

# **Depression im Alter**



## **Eine tanztherapeutische Suche**

**nach  
alter und neuer  
Lebensqualität**

Friederike Arold  
November 2008

**ABSCHLUSSARBEIT**  
am  
Frankfurter Institut für Tanztherapie FITT e.V.

Abstract:

Depressionen älterer Menschen werden durch eine Vielzahl bio-psycho-sozialer Faktoren beeinflusst. In einem ersten, theoretischen Teil werden die Besonderheiten der Patientengruppe dargestellt. In einem zweiten, empirischen Teil wird aus tanztherapeutischer Sicht untersucht, welche Interventionen und Haltungen den Patienten produktiv unterstützen können.

Abstract:

Depressions of elderly people are affected by many bio-psycho-social factors. The first and theoretical part of this work covers the particularities of this very target group. The second empiric part analyzes how the interventions and composites of dance therapeutics can support the patient in a productive manner.

Schlüsselwörter / Keywords:

Depression, Alter, Bewegung, Lebensqualität, Motivation, Möglichkeiten

*Depression, seniority, motion, quality of life, motivation, possibilities*

Institut: FITT e.V.  
Autorin: Friederike Arold

info@tanztherapie-fitt.de  
info@friederike-arold.de

## Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	4
<b>1 Der ältere Mensch</b>	4
1.1 Das Altersbild	4
1.2 Körperbild	5
1.3 Veränderungen im Alter	7
1.4 Ressourcen	9
<b>2 Depression im Alter</b>	10
2.1 Symptome	11
2.2 Komorbidität	11
2.3 Suizidalität	13
2.4 Therapeutische Versorgung	14
2.4.1 Versorgungsrealität	14
2.4.2 Therap. Haltung und Ansätze	15
<b>3 Die praktische, tanztherapeutische Arbeit</b>	19
3.1 Einleitung	19
3.1.1 Tanztherapie	19
3.1.2 Rahmen, Ablauf und Ziele	20
3.2 Lebensqualitäten	22
3.2.1 Wahrnehmung	22
3.2.2 Bewegung	25
3.2.3 Kraft	30
3.2.4 Kontakt	31
3.2.5 Gefühle	34
3.3 Widerstand	36
<b>4 Persönliche Schlussbetrachtung</b>	38
<b>Literaturliste</b>	40

# Vorwort

Ob eine Depression im Alter oder in jungen Jahren auftritt: Ursachen, Symptomatik und die anzuwendenden therapeutischen Verfahren unterscheiden sich nicht grundsätzlich voneinander.<sup>1</sup> Der ältere Mensch steht jedoch ohne Zweifel an einem anderen Punkt im Leben und dieser Tatsache muss in der therapeutischen Arbeit Rechnung getragen werden.

Im ersten Teil der Arbeit werden einige altersspezifischen Themen, die Besonderheiten der Depression bei Älteren und die sich daraus ergebenden Anforderungen an die therapeutische Haltung, auch in Hinblick auf die spezielle Therapeuten-Patienten-Beziehung dargestellt.

Im zweiten Teil werden die Erfahrungen aus einer praktischen, tanztherapeutischen Tätigkeit in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik zusammengefasst und die Ergebnisse in Bezug gesetzt zu den theoretischen Erkenntnissen. Es werden die Interventionen und Faktoren dargestellt, welche die gefühlte Lebensqualität der Patienten aktivieren und verbessern konnten.

## 1 Der ältere Mensch

### 1.1 Das Altersbild

Wie ist es, alt zu sein oder zu werden?

Dies hängt natürlich von der individuellen Situation ab – Gesundheit, soziale Kontakte, finanzielle Lage -, aber auch von den eigenen Erwartungen an das Alter und dem jeweils gültigen Altersbild.

Wie eine Gesellschaft dem Alter gegenüber steht, wirkt sich aus auf das individuelle Erleben des Alterungsprozesses.<sup>2</sup>

In seiner Vorstellung über den „Älteren“ ist der Mensch hauptsächlich geprägt von eigenen Erfahrungen und den gesellschaftlichen Normen, die sich aber insbesondere in den letzten 50 Jahren moralisch, politisch, sexuell sowie religiös sehr stark geändert haben.<sup>1</sup>

Beispiel: In den Kindertagen eines heute 80-Jährigen war dessen Großvater, wenn nicht Oberhaupt der Familie, so doch wenigstens eine würdevolle Respektperson, welche die Achtung seines Umfeldes erwarten konnte.

Mit diesem Altersbild aufgewachsen muss der heutige Großvater erkennen, dass er Glück hat, wenn ihm in der Bahn ein Platz angeboten wird oder man ihm auf dem Gehsteig den Vortritt gibt.

---

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; 2. Auflage; 2006

<sup>2</sup> vgl. Thomas Ettl: „Geschönte Körper - geschmähte Leiber“; 2006: S.52

Durch die rasante technische Entwicklung sind „die Alten“ (mutmaßlich zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte) in vielen Bereichen nicht mehr in der Lage für den Alltag relevantes Wissen weiter zu geben. Sie werden daher von Jüngeren auch nicht mehr gefragt und dieser Achtungsverlust bedeutet für viele eine narzisstische Kränkung.

Der Schatz der Alten, ihre zahllosen Erfahrungen, vor allem in zwischenmenschlichen Zusammenhängen, bleibt daher oft unerkannt. Dies wird dadurch verstärkt, dass vor allem in urbanen Gebieten selten ein gemeinsames Leben zwischen den Generationen stattfindet.

Auch die Psychologie hat einige Altersbilder ent- und wieder verworfen, z.B. galten Alte bis in die 70er Jahre als nicht therapierbar.

Die nachfolgend aufgeführten Leitbilder gelten in der Fachliteratur zwar als überholt, sind im Alltag jedoch immer wieder anzutreffen – bei der medizinischen und psychiatrischen Versorgung, im sozialen Umfeld wie bei den Betroffenen selbst:

- \* Defizit-Theorie: Das Alter besteht nur aus dem fortschreitenden Abbau von Leistungsfähigkeiten und mündet in der so genannten zweiten Kindheit. Die Therapie dient hauptsächlich der Begleitung in diesem Prozess.
- \* Disengagement-Theorie: Nach religiös-spirituellen Leitbildern ist der soziale Rückzug als Vorbereitung auf Sterben und Tod sogar notwendig; die Suche nach neuer Lebensqualität wäre kontraindiziert.
- \* Aktivitätstheorie: Erfolgreich altert, wer geistig und körperlich möglichst aktiv bleibt; hier wären Introspektion, Konfliktbearbeitung oder Auseinandersetzung kontraindiziert.

Aktuelle Leitbilder, deren ein Therapeut sich bewusst sein sollte:

- \* Das Altern stellt im Vergleich zu vorangegangenen Phasen des Erwachsenenlebens keine qualitativ andere Phase dar.<sup>1</sup>
- \* Der Körper erhält zunehmend wichtigere Bedeutung als letzter Verbündeter, der die eigene Selbstständigkeit sichern kann.<sup>1</sup>
- \* Psychische Störungen, die im Alter erstmalig auftreten, können nicht nur auf die Kindheit zurückgeführt werden; biographische Einflüsse aus dem gesamten Lebenslauf prägen die Persönlichkeit mit.<sup>1</sup>
- \* Es gibt für Ältere keine spezielle, andere Psychotherapie<sup>3</sup>
- \* Auch wenn der Ältere langsamer lernt als der Jüngere, die Lernfähigkeit an sich bleibt bestehen<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O

<sup>3</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.308

<sup>4</sup> vgl. Joachim Bauer; Das Gedächtnis des Körpers; 11.Auflage; 2007

## 1.2 Körperbild

Auch das Verhältnis zum eigenen Körper ist in erster Linie individuell sehr unterschiedlich. Es hängt von vielfältigen Erfahrungen und unterschiedlichen Einflüssen ab:

Wie war das Verhältnis zu Körper und Bewegung in der Herkunftsfamilie? Welche Erfahrungen und Lebensgewohnheiten prägen die weitere Biographie? Hat der Mensch mit Bewegung und guter Ernährung auf seine Gesundheit geachtet? Gab es ein positives, lustvolles Erleben bei Sport, Tanz oder Sex?

Auf der anderen Seite hatte sich der Körper mit welchen Belastungen, Schwangerschaften, Krankheiten, Kriegsfolgen auseinanderzusetzen und wie konnten diese emotional verarbeitet werden?

Im Körpergedächtnis liegen Konflikte wie Ressourcen gespeichert.<sup>4</sup>

Ebenso wie das Altersbild ist das Körperbild den Schwankungen der gesellschaftlichen Vorgaben unterworfen:

Ein heute 80jähriger Deutscher hat seine bewusste Kindheit (5-12 Jahre) im Geiste des Nationalsozialismus verbracht. Körperertüchtigung und Leibeserziehung waren Teil einer Massenbewegung und dienten der Volksgesundheit und damit der Stärkung militärischen oder auch gebärenden Potentials. Bekanntermaßen war hier Individualität nicht gefragt, man opferte sie - und auch sich - für ein „höheres“ Ziel, über Schmerzen sprach man nicht, Körperideal war „flink wie ein Windhund, zäh wie Leder und hart wie Kruppstahl“.

Zu Kriegsende hatten sich viele Menschen mit körperlichen Versehrtheiten auseinanderzusetzen: Kriegsverletzungen, fehlende Gliedmaßen, Vergewaltigungen, Hunger. In den Nachkriegsjahren bezeugte dick sein, dass man genug zu essen hatte. In den 50er Jahren (in der Kindheit eines heute 60 Jährigen) verschob sich der Körperkult allmählich zum Jugendkult.<sup>2 5</sup> Nach den Belastungen des verlorenen Krieges und des Wiederaufbaus wollte man wohl körperlich wie seelisch fit, frisch, sauber und jung sein.

Die so genannten „68er“ entdeckte die Körperlichkeit inkl. Tabubrüche und sexuelle Befreiung für sich neu. Körperideal waren einerseits die superdünne Miss Twiggy und andererseits eine rundere Form, wie sowohl männliche als auch weibliche Schauspieler dieser Zeit kundtun.<sup>5</sup>

Seit den 70er Jahren ist eine zunehmende Kommerzialisierung des Körperkultes festzustellen. In den 80er Jahren beschreiben Fitness, Muskelberge à la Schwarzenegger, Bodybuilding, Aerobic mit Jane Fonda und vielfältige Ernährungsprogramme das Körperideal. Seit den 90er Jahren diktieren Medien, Werbung, Sportbekleidungsindustrie und Fitnesscenter mit ihren Gerätschaften den Schönheitskult auch für Männer. Hinzu kam die Wellness-Welle.

Im heutigen Jugend- und Schönheitskult wird z.B. durch digitale Bildbearbeitung das Besondere des Körpers eines jeden getilgt. Die Leibanteile, wie Spuren des Alterns oder von Geburten, werden als Beeinträchtigung der sexuellen Anziehungskraft, also

---

<sup>4</sup> vgl. Joachim Bauer; siehe a.a.o.

<sup>2</sup> vgl. Thomas Ettl; siehe a.a.O.

<sup>5</sup> vgl. Ronny Trachsel; Fitness und Körperkult

als unattraktiv empfunden: alt = hässlich; „Der Jugendkult wird der Wertschätzung von Reife in früheren Zivilisationen gegenüber gestellt“.<sup>2</sup>

Mit der Schönheitschirurgie hat der Angriff auf die Körperlichkeit vorläufig wohl seinen Höhepunkt erreicht.

Dieser kleine Exkurs zeigt, welchen Veränderungen die gesellschaftlichen Vorgaben zum Körperideal während einer Lebenslänge von 80 Jahren unterworfen sein können. Auch wenn wir zunächst nicht wissen, zu welcher Zeit ein Mensch wie sehr durch welche modische Anforderung geprägt wurde und wie sehr er sich angepasst hat; eins ist allen Idealen gemein, sie interessieren sich nicht für Individualität. Gerade der latent Depressive neigt ja zur Anpassung, um Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen.<sup>4</sup> Doch mit jedem neuen allgemein gültigen Ideal, dem er nachzukommen versucht, entfernt er sich weiter oder immer wieder neu von sich selbst und seinen Bedürfnissen.

### **1.3 Veränderungen im Alter**

Mit zunehmendem Alter sieht sich der ältere Mensch mehr oder weniger plötzlich mit den verschiedensten Veränderungen konfrontiert.

a) Häufige, von außen verursachte Veränderungen sind:

\* Verrentung: mit der Verrentung sinkt oft auch der soziale Status. Der Betroffene muss sich nicht nur finanziell einschränken, er erfährt auch eine geringere Wertschätzung durch die Gesellschaft. Er verliert an Macht und Ansehen.<sup>6</sup>

\* Wohnungswechsel: ob durch Verrentung oder aus Gründen der medizinischen Versorgung; Ältere müssen häufig ihre Wohnumgebung und damit den gewohnten Lebensraum verlassen.<sup>6</sup>

\* Vereinsamung: Der Tod und die Erkrankung von Familienangehörigen und Freunden verursachen oft eine zunehmende Vereinsamung und damit einen mangelnden sozialen Rückhalt des Betroffenen.<sup>6</sup>

\* Gewalt: der ältere Mensch ist einer erhöhten Gefahr von Gewalt ausgeliefert; einerseits durch Überfälle – sie sind leichtere Opfer; andererseits auch durch Versorger wie Pflegepersonal oder überforderte Familienangehörige, (z.B. durch erhöhte Medikamentierung oder Vernachlässigung).<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> vgl. Thomas Ettl; siehe a.a.O.

<sup>4</sup> vgl. Joachim Bauer; siehe a.a.o.

<sup>6</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.117

\* Stimulus: durch vorgenannte Aspekte wie Verrentung oder Vereinsamung, aber auch durch die Schwächung der Sinneswahrnehmungen, verringert sich die Stimulierung, motorisch, sensorisch-perzeptuell, emotional, sozial und kognitiv, was eine weitere Schwächung oder Rückzug verursachen kann.<sup>7</sup>

\* Erwartungen: Die Gesellschaft und das soziale Umfeld haben ziemlich genaue Vorstellungen davon, wie sich wer zu verhalten hat. Wer sich nicht alterskonform verhält, muss damit rechnen, belächelt oder abgelehnt zu werden. Mit zunehmendem Alter unterliegt es einem Tabu laut zu sein, Spaß zu haben, zu tanzen, Sex zu haben und Ähnliches.

„Die Verhaltenserwartungen des sozialen Feldes schränken die Bewegungsaktivitäten alter Menschen ein.“<sup>7</sup>

b) Körperliche und innere Veränderungen können sein:

\* Körper:

- Funktionseinschränkungen der Sinne, der Beweglichkeit, der Leistungsfähigkeit und der Potenz<sup>9</sup> sowie der Gebärfähigkeit
- Zunehmende, chronische und fortschreitend unheilbare Erkrankungen, Schwindel, Schmerzen

Oft sieht der Mensch seinen Körper als zu disziplinierende „Maschine“, die lebenslang möglichst ohne Störung funktionieren soll, im Bedarfsfall 'aufgepeppt' oder repariert werden muss und kann – üblicherweise mit Medikamenten, Drogen und Ersatzteilen. Solange das Bild aufrechterhalten werden kann, erfährt das Ich seine narzisstische Bestätigung. Symptome, die dieses Bild gefährden könnten, lösen manchmal die Ablehnung des Körpers oder des Körperteiles bis hin zum Selbsthass aus.<sup>8</sup> „Gerade was Gegenwart und Zukunft des alten Menschen anbelangt, handelt es sich um eine Bedrohung der Leiblichkeit. Der Körper wird hilflos, bereitet Schmerzen, wird unansehnlich. Man kann sich nicht mehr auf ihn verlassen. Ablehnung, Abspaltung und Vernachlässigung sind die Folge.“<sup>10</sup>

\* Selbstbild:

Veränderung der äußeren Erscheinung, des Selbstbildes und des Körperbildes, was von der Person selbst wie von seinem Umfeld oft abgelehnt wird.

„Das Körperbild älterer Menschen repräsentiert nicht mehr gesellschaftliche Wertschätzungen und die kulturellen Charakteristiken liefern kein Gerüst für eine positive Körperwahrnehmung; Dies muss zu Verhaltensproblemen führen.“<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; Tanztherapie – Theorie und Praxis; 3. Auflage

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

<sup>9</sup> vgl. Bäuerle; Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen

<sup>8</sup> vgl. Thomas Ettl: „Geschönte Körper - geschmähte Leiber“; 2006

<sup>10</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; a.a.O.; S.424

<sup>11</sup> vgl. Hassan, Haim: aus Kondratowitz „Alter und Alltag“

Aus der Arbeit mit chronisch Kranken weiß man, dass nicht unbedingt die Körperveränderung an sich, sondern die Bewertung derselben eine wesentliche Rolle spielt: ist diese zu negativ, führt das zu Verunsicherungen und Reduzierung des Selbstwertgefühls.<sup>12</sup>

\* Selbstständigkeit und Kontrolle:

Zunehmend ist der Einzelne auf Hilfe Anderer angewiesen, z.B. bei Krankheit, unkontrollierten Bewegungen, Inkontinenz. Mit dem drohenden Verlust der Selbstständigkeit schwindet auch das Gefühl selber etwas ausrichten zu können, was die Passivität bestärken oder sogar verursachen kann.

## **1.4 Ressourcen**

Diesen zahlreichen Veränderungen und Prozessen stehen jedoch auch Ressourcen gegenüber. Welche sind das und wie gehen wir nun mit dem Prozess des Alterns um?

Zunächst stehen dem älteren Menschen die Erfahrungen zur Verfügung, die er aufgrund von Anforderungen und Belastungen in früheren Lebensabschnitten gewonnen hat. Er besitzt bereits eine Fülle von Bewältigungsstrategien und kann weitere erwerben.

Im hohen Alter sind kognitiv noch Zugewinne bzw. eine Kompensierung von Verlusten möglich.<sup>15</sup>

Die Fähigkeit, die eigene Person zu verändern, um ein höheres Maß an Übereinstimmung zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Anforderungen und Möglichkeiten der Umwelt zu erlangen, nimmt kontinuierlich über den gesamten Lebenslauf zu.<sup>13</sup>

Die Anpassungsfähigkeit wird u.a. durch Studien bezeugt, die belegen, dass die Lebenszufriedenheit zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr sinkt, dann aber wieder steigt.<sup>14</sup> Dies kann als erfolgreicher Durcharbeitungsprozess interpretiert werden; der Ältere hat seine neue Position gefunden.

Die veränderte Leiblichkeit muss kognitiv erfasst werden, nicht mehr nur verdrängt werden und sie muss vor allem im narzisstischen Umgang eingeübt und bewältigt werden.

Daher bezeichnet Radebold den somatischen Altersprozess als „Organisator der Entwicklung in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens..., als biologische Zumutung: von der Biologie abverlangt und unter dem Aspekt des Selbstwertes zu verarbeiten.“<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> vgl. Stein, Muthny; Auswirkungen auf das Körperbild und Körpererleben aus Broda; Umgang mit chronisch Kranken; Stuttgart 1990

<sup>15</sup> vgl. Baltes; Produktives Leben im Alter; Frankfurt 1996

<sup>13</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.85; nach Rothbaum 1982

<sup>14</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.53

<sup>16</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.64-67

Auch der demographische Wandel könnte sich positiv für Ältere auswirken: Je größer ihr Anteil an der Gesellschaft ist, desto nachhaltiger können sie ihre spezifischen Interessen vertreten. Der Übergang von der Berufstätigkeit zum Rentenleben könnte weniger krisenhaft verlaufen, entweder weil für den Einzelnen mehr Aktivitäten zur Verfügung stünden oder weil das Nicht-Arbeiten oder die veränderte äußere Erscheinung nicht unbedingt mit einem Verlust des Selbstwertes einherginge. Die Erwartungen an das Alter könnten besser an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

So zeigt der 5. Altenbericht der Bundesregierung von 2005 ein positives Altersbild auf. Anders als zu früheren Zeiten sind die „zusätzlich gewonnenen“ Jahre bei den meisten Menschen nicht von Hilfsbedürftigkeit geprägt, sondern bedeuten in der Regel einen gesunden und aktiven Lebensabschnitt.

## 2 Depression im Alter

Der Ältere besitzt also eine Fülle von Bewältigungsmechanismen und es ist davon auszugehen, dass er bereits eine beachtliche Anpassungsleistung vollbracht hat. Ist dem nicht so, hat der Betroffene sicherlich vorher schon mit psychischen Erkrankungen zu tun gehabt, die jetzt als „Lösungsversuch“ neurologisch auch noch festgeschrieben und damit noch schwerer zu behandeln sind.

Aber auch bei einem bisher gesunden Werdegang können die Strategien jetzt vielleicht nicht für die zu bewältigenden Veränderungen ausreichen oder passen. Manchmal ist die Belastung zu groß, z.B. bei einer Häufung von Todesfällen im näheren Umfeld; der Betroffene ist mit der Bewältigung schlichtweg überfordert und reagiert depressiv.

Jeder Depression geht bei ihrem *erstmaligen* Auftreten ein schweres Belastungsereignis voraus, z.B. Konflikte in der Partnerschaft, drohende oder tatsächliche Trennung, der Tod eines nahe stehenden Menschen und/oder Überforderung oder Kränkungen im beruflichen Umfeld (hier Verlust desgleichen).<sup>17</sup>

Erst bei Rezidiven können Auslöser immer weniger bis gar nicht ausgemacht werden.

Innerpsychisch kann die Depression in dieser Altersphase auch als mögliches Ausweichmanöver verstanden werden, z.B. als Weigerung sich mit der Begrenztheit seines Lebens auseinanderzusetzen.<sup>18</sup>

Andererseits kann die Depression auch im Zuge eines so genannten Life-Reviews eine mögliche Folge der Bewusstwerdung vieler Enttäuschungen sein.<sup>1</sup>

„Etwa 5-10% der deutschen Bevölkerung leiden an behandlungsbedürftigen Depressionen; 8-12% der Männer und 10-25% der Frauen erkranken im Lauf ihres Lebens daran. Bei über 65-jährigen ist die Altersdepression die häufigste psychische Erkrankung. Die Prävalenz wird auf mindestens 10% geschätzt.“<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> vgl. Joachim Bauer; siehe a.a.O.; S.85

<sup>18</sup> vgl. Ann G. Thomas; Frauen, die wir werden; Dt. Ausgabe 1999; S.11

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

<sup>19</sup> vgl. Möller, Laux, Deister; Psychiatrie und Psychotherapie; 3. Auflage; S.77-78

## 2.1 Symptome

Nach der ICD-10 kann die Depression für alle Altersgruppen folgende Symptome aufweisen.<sup>20</sup>

Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und verminderter Antrieb.

Weitere Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken bis –handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit.

Es wird weiterhin unterteilt in leichte, mittelgradige und schwere Formen, die sich nach Schweregrad und Vorhandensein somatischer und/oder psychotischer Symptome richtet.<sup>20</sup>

Diese Einteilung ist praxisnah und handlungsorientiert: eine leichte Depression kann am besten mittels Psychotherapie behandelt werden, eine mittelgradige oder schwere muss medikamentös unterstützt werden, bei einer schweren Depression die Suizidalität beobachtet und eingeschätzt werden.<sup>1</sup>

Das Körper- und Bewegungsbild des Depressiven stellt sich wie folgt dar:

„Die passive Schwere steht im Vordergrund, was sich in einer hängenden und geduckten Körperhaltung mit gesenktem Blick äußern kann. Periphere Bewegungen beherrschen das Bewegungsbild, da zentrale Körperpartien so gut wie nicht beteiligt sind... Der Mensch hat eine eher nach innen gewölbte Körperhaltung, seine Kinosphäre ist meist sehr eng...da er zu seinen Armen und Händen kaum eine Beziehung hat...es stehen eher die erspürenden Antriebe im Vordergrund, wogegen die ankämpfenden Efforts gemieden werden.“<sup>21</sup>

Im Alter drückt sich die Depression verstärkt in larvierter Form, also über körperliche Beschwerden, aus.

## 2.2 Komorbidität

Einige weitere Erkrankungen und Erscheinungen können im Alter vermehrt beobachtet werden. Um sie einordnen und von Depression möglicherweise abgrenzen zu können, werden sie im Folgenden aufgezeigt.

### **\* Körperliche Erkrankungen**

Es besteht eine signifikante Beziehung zwischen der Verschlechterung der körperlichen Gesundheit und dem Auftreten depressiver Symptome (Murriel et al '91).<sup>1</sup>

---

<sup>20</sup> vgl. WHO; ICD-10, Klinisch-diagnostische Leitlinien; 5. Auflage 2004/2005

<sup>20</sup> vgl. WHO; ICD-10; siehe a.a.O.

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

<sup>21</sup> vgl. Petra Klein; Tanztherapie – Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein; 2.Auflage; 1998; S.230

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

Im Alter treffen wir vermehrt auf Somatisierungen, Schmerzpatienten und chronische Erkrankungen. Eine klare Abgrenzung ist schwer, z.B. lösen chronische Erkrankungen Depressionen aus; Depressionen wiederum äußern sich öfter somatisch als bei jüngeren Patienten.

Auch die Schnittmenge von depressiver und dementieller Erkrankung ist groß; bis zu 50% der Patienten mit Demenz (Alzheimer wie vaskulärer Typ) weisen depressive Symptome auf.<sup>1</sup> Vor allem die Aspekte Orientierung, Gedächtnis und Merkfähigkeit sind bei beiden Patientengruppen gestört.<sup>22</sup> Abzugrenzen sind die Symptome durch die Art wie der Patient mit ihnen umgeht: der Depressive interessiert sich nicht für seine Umgebung und resigniert bei der ersten Hürde; Der Demente leidet - vor allem in den anfänglichen Stadien - unter seiner Schwäche und versucht, sie vor sich und seiner Umgebung zu verbergen. Auffällig sind hier auch die Wortfindungsstörungen.

Andererseits ist „Vergesslichkeit“ auch als Abwehr bei Konfliktthemen anzutreffen.

Diabetes, Leber- Nieren- und Herz-Kreislaufkrankungen, HIV, MS bewirken oft depressive Verstimmungen. Medikamente, die aufgrund körperlicher Erkrankungen genommen werden müssen, können depressive Symptome auslösen, z.B. Antiparkinsonmittel, Antihypertonika, Antikonvulsiva, Barbiturate, Benzodiazepine, Betablocker, Cholesterinasehemmer, Cimetidin, Hormonpräparate, Ranitidin Corticosteroide.<sup>23</sup>

#### **\* Andere psychische Erkrankungen**

*Depression in der Anamnese:* nach Keller & Boland (1998) erleiden nach 2 Jahren 40% der monopolar Depressiven ein Rezidiv, nach 5 Jahren 60%, nach 10 Jahren 80%.<sup>1</sup>

*Suchtstörungen / Alkoholmissbrauch:* Alkohol als vermeintliche Hilfe, Sorgen, Schmerzen, Einsamkeit und anderes zu ertränken

*Essstörungen*

*Angststörungen*

*Schizophrenie:* muss in Fällen von schwerer Depression mit psychotischen Symptomen, z.B. Halluzinationen differenziert werden

#### **\* Anpassungsstörungen**

*Trauer*

Aufgrund der zunehmenden Verluste von Angehörigen und Freunden kommt der richtigen Trauerarbeit eine große Bedeutung zu.

Sowohl das Verdrängen von Trauer einerseits wie auch eine von Wut oder Gram geprägte chronische Trauer andererseits können zu Depressionen führen.<sup>39</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

<sup>22</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; Irren ist menschlich; 2. Auflage; 2004

<sup>23</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.119

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

<sup>39</sup> vgl. Bowlby, John; Verlust, Trauer und Depression; 1983; Fischer-Verlag

### *Überforderung:*

Jede Erkrankung - ob körperlich oder seelisch - ist per se Zeichen einer Überforderung. Die Depression kann eine Überforderung bewirken oder verstärken, eine jahrelange, möglicherweise lebenslange Überforderung kann depressive Stimmungen verursachen durch das permanente Gefühl den Anforderungen des Alltages nicht gewachsen zu sein. In der Tanztherapie kann sich dieser Unterschied offenbaren und die unterstützenden therapeutischen Maßnahmen angepasst werden.

### *Körperversehrtheit*

Reaktion auf Amputationen, Krebsfolgen

Reaktion auf alterstypische Veränderungen, siehe oben

Reaktion auf Geschehen, z.B. Überfall, denen der Ältere öfter und vor allem folgenreicher ausgesetzt ist als Andere

### ***Belastungsstörungen/Trauma***

Viele Ältere sind durch Krieg und Nachkriegszeit/Hunger traumatisiert, aber nicht behandelt worden. Die traumatische Erfahrung wird zum Lebensthema; Mancher wird trotzdem niemals darüber sprechen, ein Anderer verkehrt seine Gefühle ins Gegenteil.

Bei älteren Patienten, die sich im Alter erstmals wieder mit traumatischem Material aus ihrer Biographie beschäftigen, kann oft von einer stabilen Ich-Funktion ausgegangen werden.<sup>1</sup>

Trotzdem kann die vermehrte Erinnerungsarbeit im Alter, gepaart mit den durch körperliche Erkrankungen und altersbedingter Schwächung erlebten Gefühlen von Ohnmacht, die Traumatisierungen nun reaktivieren.

## **2.3 Suizidalität**

Die höchste Gefährdung für einen Suizid geht von den Kriterien 'Depression', 'Suchtmittelabhängigkeit' und 'Alter' aus:<sup>1</sup>

In der Gesamtbevölkerung kommen auf 100.000 Einwohner

24 vollendete Suizide zwischen 45-60 Jahren,

38 zwischen 75-80 Jahren und

44 zwischen 85-90 Jahren.

Die Anzahl der Suizide steigt also mit dem Lebensalter. Besonders betroffen sind Männer, die sich im Alter 2-3 mal häufiger suizidieren als Frauen.<sup>1</sup>

Männer scheinen länger ihre Begrenztheit und Endlichkeit zu verleugnen als Frauen; Ein Zusammenhang zwischen der sich z.B. durch Krankheit ergebenden plötzlichen Konfrontation und der signifikant höheren Suizidrate bei alten Männern ist zu vermuten.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

Bei Depressiven ist die Suizidrate 30 Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Wir müssen bei der vorliegenden Patientengruppe also von einer erhöhten Suizidgefahr ausgehen. Innerpsychisch wird Suizidalität verstanden einerseits als Wendung von Aggression gegen sich selbst, andererseits aber auch als narzisstische Krise (1). Die Wendung von Aggression gegen sich selbst betrifft besonders den Depressiven; er findet keinen produktiven Ausdruck für Wut oder Ärger. Die narzisstische Krise betrifft verstärkt den Älteren, denn gerade das Alter birgt wie oben erwähnt die Gefahr narzisstischer Kränkungen (Teising '92), auf die möglicherweise mit ohnmächtiger Wut reagiert wird.

## **2.4 Therapeutische Versorgung**

### **2.4.1 Versorgungsrealität**

Nach Schätzungen von Möller u.a. sind 10% aller Patienten in Allgemeinpraxen behandlungsbedürftig depressiv, was aber nur bei der Hälfte bemerkt wird.<sup>19</sup> Bei älteren Menschen (wie bei Kindern und Männern) besteht die Gefahr, dass eine Depression gar nicht erst erkannt wird. Für Ältere geht man bereits davon aus, dass nur 10% eine gezielte Behandlung erfahren. Schätzungsweise konsultieren ca. 50% der Depressiven keinen Arzt.<sup>19</sup>

Bis in die 70er und 80er Jahre wurde die psychotherapeutische Behandelbarkeit älterer Menschen in Frage gestellt.

Heute ist bekannt, dass Depressionen von alten Menschen bei Erstmanifestation keine schlechtere Prognose haben als die von Jüngeren. Da besonders im Alter andere, somatische Symptome im Vordergrund stehen, werden die depressiven Störungen vom Arzt wie vom Patienten häufig dem „normalen“, also unvermeidbaren Altersprozess zugeordnet. Die Fehldiagnose verursacht immenses Leid und Kosten (Chronifizierung der Depression, Einnahme zahlloser Medikamente, vielfältige Operationen und schädigende körperliche Behandlungen, parallele Behandlung mehrerer Ärzte ebenso wie soziale Entlastungsmaßnahmen wie Hauspflege). Eine Schulung der Hausärzte wäre notwendig und Kosten sparend.

Eine klare Diagnose erscheint also schwierig und nur 10% dieser Patientengruppe erhält eine gezielte Behandlung.<sup>1</sup>

Aber selbst die richtige Diagnose hilft nicht unbedingt weiter, wenn ihr keine angemessene Behandlung folgt:

Nach der Berliner Alterstudie B wurden von 133 depressiv Erkrankten über 70 Jahren 40 Patienten mit Psychopharmaka behandelt, davon allerdings nur 6 mit Antidepressiva, aber 34 mit Benzodiazepinen, also Beruhigungsmittel. Keinmal wurde Psychotherapie verordnet.<sup>1</sup>

---

<sup>19</sup> vgl. Möller, Laux, Deister; siehe a.a.O.

<sup>19</sup> vgl. Möller, Laux, Deister; siehe a.a.O.

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.

Dabei ist erstens bekannt, dass Antidepressiva das adäquate Mittel bei Depressionen sind, von Benzodiazepinen hingegen ein sehr hohes Suchtpotential ausgeht. Im Falle einer Medikamentierung muss oft eine zu hohe Dosierung festgestellt werden<sup>24 8</sup>; ursächlich können hier Unkenntnisse über die verminderte Verträglichkeit von Medikamenten im Alter sein, aber auch eine gewünschte „Disziplinierung“ eine Rolle spielen. Zweitens ist hier zu bemerken, dass gerade die psychotherapeutische Behandlung einer ersten Depression das Risiko einer späteren nachweislich senkt.<sup>4</sup>

Auch der Therapeut unterliegt der Gefahr der Fehleinschätzung - vielleicht aus mangelndem Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Älteren („bringt doch nichts“), vielleicht aus Abwehr des Therapeuten, z.B. der eigene Angst alt zu werden, oder fehlendem Respekt („lohnt sich nicht mehr“).

Beispiel aus verhaltenstherapeutischer Sicht

Bei Depressiven bestehen folgende dysfunktionale Kognitionen:

- negative Zukunftserwartungen, die unbegründet oder übertrieben sind
- positive Ereignisse können nicht wahrgenommen werden
- eigene Handlungsmöglichkeiten und Leistungsvermögen gering schätzen
- Externalisierung der Erfolge, Internalisierung der Misserfolge

Die dysfunktionalen Kognitionen kommen bei jungen wie alten depressiven Patienten vor, allerdings besteht bei Älteren die besondere Gefahr, dass sie der Umwelt, dem Patienten wie auch dem Therapeuten als „altersspezifische Realität“<sup>1</sup> erscheint, hier vor allem bezogen auf Punkt 1-3. Somit würde die Depression als solche weder erkannt noch behandelt.

Der Eindruck von Patienten, aber auch von Ärzten, dem Umfeld und sogar der Therapeuten, „es“ läge nun mal am Alter, verhindert eine angemessene Behandlung - am Alter ist tatsächlich nichts zu ändern - und kann fatale Folgen haben: die Suizidrate steigt wie bereits beschrieben im Alter stark an und ist bei über 80-Jährigen doppelt so hoch wie in der übrigen Bevölkerung.

Interessanterweise spiegelt diese Haltung auch die Hoffnungslosigkeit und damit die depressive Haltung der Patienten wieder.

## 2.4.2 Therap. Haltung und Ansätze

Wer mit älteren Menschen arbeitet, sollte um die altersspezifischen Probleme und Veränderungen wissen. Genau so bewusst sollte dem Therapeut aber auch sein, dass die zu bewältigenden Faktoren meistens nicht zu einer depressiven Reaktion führen. Die Vorstellung „Wenn ich so alt wäre, diese Probleme hätte, wäre ich auch schlecht drauf, etc. ist also nicht nur falsch, jedenfalls nicht evident, sondern nimmt auch die Depression als psychische Erkrankung nicht wahr.

Die Depression muss - in jedem Alter - ernst genommen werden und sie kann und muss entsprechend behandelt werden. Beispielsweise kann es passieren, dass sich der Erkrankte, gerade bei der gehemmten Depression, mit seiner Krankheit „einrichtet“,

---

<sup>24</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.191;

<sup>8</sup> vgl. Thomas Ettl; siehe a.a.O.

<sup>4</sup> vgl. Joachim Bauer; siehe a.a.O.

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; a.a.O.; S.118

sich mit ihr identifiziert und sie spätestens hiermit chronisch wird - was die Identifikation noch steigert.

Psychodynamisch wird eine psychische Erkrankung als Reaktion auf ein nicht bewältigtes Lebensproblem angesehen. Zum Beispiel werden Gefühle von Angst und Schmerz abgewehrt und finden nun in der Erkrankung ihren Ausdruck, was auch als primärer Krankheitsgewinn bezeichnet wird. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Patienten so zu unterstützen, dass er genug Selbstvertrauen findet, sich mit diesen Gefühlen auseinander zu setzen.<sup>25</sup>

Trotzdem erscheint die Bezeichnung des 'Lösungsversuches' konstruktiver<sup>26</sup>: Der innere Konflikt möchte gelöst werden, die gelernten Verhaltens- und Denkmuster eignen sich aber nicht oder die Belastung ist zu groß, um sie alleine bewältigen zu können. Das Aufzeigen und Erkennen, dass die Verhaltensmuster nicht adäquat sind, könnte schon ein erster Schritt in der therapeutischen Arbeit sein. Der Begriff 'Krankheitsgewinn' impliziert, dass der Patient doch etwas von seiner Krankheit hat; der Begriff 'Lösungsversuch', dass er (unbewusst) zumindest versucht etwas zu unternehmen.

Diese Haltung bringt dem Patienten den nötigen Respekt entgegen und stärkt sein Selbstbild. Erkennt der Patient, dass sein Lösungsversuch „nur“ fehlgeschlagen oder unbefriedigend verlaufen ist, ist der Weg nicht mehr so weit, auf einem anderen Weg nach anderen Lösungsmöglichkeiten suchen zu können.

Die Suchhaltung des Therapeuten fungiert als Vorbild für den Patienten, es soll anstecken sich selbst zu diagnostizieren, sich wahrzunehmen. Der Patient würde nicht mehr hoffnungslos nur auf Hilfe von Anderen hoffen, sondern beginnen, auf Hilfe von sich selbst zu hoffen. Dies kann eine Arbeitsatmosphäre schaffen, die die Depression unterwandert.<sup>27</sup>

Andererseits muss aber auch akzeptiert werden, wenn ein Patient nichts mehr grundsätzlich in seinem Leben ändern will, sich nicht tiefer mit sich und seinen Konflikten auseinandersetzen will, auch dass sich lebenslange Beziehungs- und Verhaltensmuster nicht so leicht verändern lassen, die erreichbaren Erfolge daher vielleicht begrenzt sind.<sup>1</sup> So stünde die Alltagsbewältigung im Vordergrund der therapeutischen Arbeit und vielleicht die gemeinsame Suche nach Nischen, in denen die Lebensqualität gesteigert werden könnte, z.B. „Womit geht es mir gut?“, „Wo ist Platz für Freude in meinem Leben?“<sup>7</sup> etc.

Ziel einer erfolgreichen Intervention kann auch sein, eine Verschlechterung der Gesamtsituation zu verhindern oder eine Verlangsamung drohender Abhängigkeit zu erreichen<sup>28</sup>

Die Selbstständigkeit, das Gefühl selber etwas ausrichten zu können oder auch nicht, ist ein wichtiger Aspekt bei der Depression, wie beim Umgang mit dem Alter.

Das Kriterium 'Selbstständigkeit', ob und wie viele alltagsrelevante Aufgaben noch selber erledigt werden können, trägt wesentlich zum Wohlbefinden bei.

---

<sup>25</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; a.a.O.; S. 202

<sup>26</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; a.a.O.; S. 206

<sup>27</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; a.a.O.; S. 204

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; a.a.O

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

<sup>28</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.71

Selbst Schmerzen können besser ertragen werden, wenn ein gewisser Grad an Selbstständigkeit im Alltag besteht.<sup>29</sup>

Abhängigkeit hingegen fördert regressives Gebaren und dieses bestärkt Depression und Rückzug. Leider ist im Versorgungsalltag regressionsförderndes Verhalten anzutreffen: Ansprechen in der Babysprache (ohne Namen, Höflichkeit oder in „wir“-Form)<sup>38</sup>, häufiger Wechsel der Bezugspersonen, die Einstellung „ein braver Patient ist ein guter Patient“, Anforderungen werden vermieden, auch für den Patienten bewältigbare Aufgaben werden ihm abgenommen.

„Regressive Phänomene sind nicht an sich Kennzeichen des älteren Menschen, sondern oft das Ergebnis eines regressionsbegünstigenden Umgangs mit ihm.“<sup>30</sup>

Der verhaltenstherapeutische Ansatz drückt dies so aus: „unselbstständiges Verhalten von Älteren wird durch Zuwendung und Aufmerksamkeit verstärkt, während selbstständiges Verhalten ignoriert und somit gelöscht wird“ (vor allem in der Pflege- und Heimsituation).

Die Passivität und das regressive Verhalten des depressiven Patienten stellen eine große Herausforderung für den Therapeuten dar: einerseits muss er für den Patienten Positives, Zukünftiges vorphantasieren; der Patient ist alleine dazu nicht in der Lage. Andererseits darf dies nicht zur offiziellen Aufgabe des Therapeuten werden, da es die Passivität und damit auch die depressive Haltung des Patienten (auch gegenüber dem Therapeuten) noch verstärkt. Es ist also ein Balanceakt, denn eine fordernde Haltung gegenüber dem Patienten bestärkt dessen Überforderung und damit dessen inneren Rückzug. Eine immer helfende Hand wiederum, wird vom Patienten vielleicht gerne genommen, vielleicht auch erwartet, aber helfen wird sie ihm nicht, denn sie motiviert nicht seine Eigenverantwortung.

Eine Besonderheit bei der therapeutischen Arbeit mit Älteren ist der Umstand, dass der Therapeut jünger, manchmal viel jünger als der Betroffenen ist. Die starke Altersdifferenz erzeugt spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungs-konstellationen.<sup>31</sup>

Das Dilemma des älteren Patienten, vor allem im hohen Alter, besteht unter anderem darin, dass er sich einerseits eine schützende und wohlwollende Hilfestellung wünscht und andererseits über Probleme und Kränkungen kaum mit einem Jüngeren, der vielleicht im Alter seines Enkelkindes ist, reden möchte. Kulturgeschichtlich gesehen ist es neu, dass sich Ältere bei Jüngeren Rat holen und es erschwert das Arbeitsbündnis.

Bei einem speziell ausgerichteten Therapeuten, wie dem Tanz-, Körper-, aber auch Gestalt- oder Kunsttherapeuten, fällt es Älteren vielleicht leichter Jüngeren diese Kompetenz zuzugestehen als bei einem reinen Gesprächstherapeuten.

Der junge Therapeut wiederum kennt Ältere hauptsächlich als Eltern oder Großeltern, die ihn möglicherweise an Konflikte oder unerfüllte Wünsche erinnert (umgekehrte Übertragungskonstellation). Die Altersdifferenz fällt besonders im Familiengespräch auf; hier entsteht eine Konstellation, in welcher der Therapeut gleichaltrig mit den Kindern seines eigenen Patienten ist. Dies birgt einerseits die Gefahr, dass der Therapeut sich unbewusst mit diesen verbündet, andererseits wird es dem älteren

---

<sup>29</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.166

<sup>38</sup> vgl. Sachweh, Svenja; Schätzle hinsitzel!; Frankfurt 1999

<sup>30</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.294

<sup>31</sup> Vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.219

Patienten schwer fallen, einem Therapeuten zu trauen, der einer für ihn möglicherweise enttäuschenden Generation angehört; z.B. einer Generation, die den Patienten in die Klinik gebracht hat.<sup>32</sup>

Trotz Altersdifferenz möchte der Patient auch vom jüngeren Therapeuten wohlwollend gesehen werden. Sich angenommen zu fühlen bedeutet stets eine Ich-Stärkung. Für manchen Patienten eignet sich gerade der Tanz oder die Bewegung mit der Musik, dafür etwas mehr aus sich herauszugehen und sich zeigen zu können.

Die Arbeit mit Älteren bedarf zusätzlicher Aufmerksamkeit, weil die prägenden Kindheits- und Jugenderfahrungen des Patienten dem Therapeuten weitgehend unbekannt sind; die benutzten Chiffren (Begriffe, Hinweise, Anspielungen) sind dem jungen Therapeuten häufig nicht geläufig.<sup>1</sup> Er muss also versuchen möglichst zeitgeschichtlich zu denken. Den Erfahrungshorizont des Patienten sollte er einordnen können (Krieg, Nachkriegszeit; Wirtschaftswunder).

Ein wesentlicher Faktor der therapeutischen Arbeit ist die Wertschätzung. Der Therapeut muss den nötigen Respekt aufbringen, um ein Vertrauensverhältnis herstellen zu können. Mitleid würde den Patienten nur kränken. In der Öffentlichkeit genießt die professionelle Tätigkeit im Altersbereich relativ wenig Anerkennung. Dies darf die Einstellung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten nicht negativ beeinflussen.

Der Therapeut muss sich mit der eigenen Alterssituation auseinandersetzen. Denn die Konfrontation mit dem eigenen Altern und Alt sein kann durchaus Abwehrreaktionen des Behandlers hervorrufen.<sup>33</sup>

Der Therapeut sollte die Möglichkeiten realistisch einschätzen können: einerseits den Patienten nicht als unveränderbaren 'alten Knochen' anzusehen, gleichzeitig aber auch Verständnis dafür zu haben, wenn er nichts mehr ändern möchte oder kann.

Auch sollte er Verständnis haben für die vorgenannten Aspekte wie die vielfältigen Veränderungen, für die wachsenden spirituellen Bedürfnisse und den Glauben, der für den Älteren mutmaßlich eine größere Rolle spielt als für den Therapeuten, und dafür, dass das Alter nicht aus dem Warten auf den Tod besteht – jedenfalls nicht sollte.

Schlussendlich benötigt der Therapeut die Fähigkeit zur Co-Evolution. Er muss von seiner Expertenhaltung zurücktreten und sich auf eine gemeinsame Entwicklung einlassen – und bereit sein, auch von den Patienten etwas zu lernen.

---

<sup>32</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.316

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O

<sup>33</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O.; S.230

## 3 Die praktische, tanztherapeutische Arbeit

### 3.1 Einleitung

#### 3.1.1 Tanztherapie

„Das Leibgedächtnis hat alle Szenen und Atmosphären des Lebens abgespeichert; Nicht nur die Falten, auch die körperliche Haltung, die Qualität der Bewegung, die nonverbale Kommunikation“ geben Zeugnis einer Lebensgeschichte, einer Leibesgeschichte (Ekman 1988). Die psychische Landschaft jedes Einzelnen spiegelt sich also auch in seinem Körper, in seinen Bewegungen wieder, eine innere Problematik findet auch hier ihren Ausdruck.

Der Tanztherapeut kann durch das Beobachten der körperlichen Reaktionen des Patienten einen Eindruck seines augenblicklichen Befindens gewinnen.

Die Diagnose wird um die körperliche Ebene erweitert: Was kann der Patient? Wo tut er sich schwer? Lässt er sich hängen? Hat er Zugang zu seiner Kraft? Wo fühlt er sich wohl? Wie ist der Fußstand? Wie viel Raum nimmt er ein - läuft er lieber am Rand oder durch die Mitte? Wie verhält er sich im Kontakt - sucht oder meidet er sie? usw.

Diese körperliche Diagnose bietet gleichzeitig Ansätze, die Bewegungen zu untersuchen, zu erweitern, zu verändern oder Neues auszuprobieren.

Wenn Etwas 'leuchtet', dem Therapeuten fällt also etwas Besonderes auf - eine Bewegung, eine Haltung, eine Geste, vielleicht auch ein Zögern, wird er versuchen daran zu arbeiten.

Er wird anbieten, das Etwas zu verstärken, es spiegeln, es spüren zu lassen, falls das schwer fällt, das Gegenteil ausprobieren lassen, Dinge im Gespräch benennen und mit dem Patienten nach einer Deutung und gegebenenfalls nach Alternativen suchen. Zur Unterstützung werden oft Musiken unterschiedlichen Charakters angeboten, z.B. schwingend, rhythmisch, ruhig etc. Wenn es darum geht, einen eigenen Rhythmus oder das eigenes Tempo zu finden oder Anderes wahrzunehmen, wird auch auf Musik verzichtet.

Die Tanztherapie bietet für Ältere mit depressiven Erscheinungen besondere Vorteile:

\* Durch die Bewegung kommen die Muskeln des Älteren überhaupt zum Einsatz und der Depressive wird automatisch aktiviert – selbst wenn die Bewegungen ohne besondere Anteilnahme ausgeführt werden.

\* Ältere Menschen möchten oft nichts von psychischen Problemen wissen. Erstens reichen ihnen schon die zahlreichen körperlichen Erkrankungen, mit denen sie sich auseinandersetzen haben. Zweitens sind viele kulturell und durch ihre Erziehung bedingt nicht so schnell bereit über innere Probleme, Fehler oder Ängste zu sprechen.

Hier bietet die Tanztherapie eine andere, nämlich körperliche Ebene, in der ein Konflikt stellvertretend oder symbolisch ausgedrückt und bearbeitet werden kann. Zum Beispiel ist es im „Spiel“ erlaubt, Stopp zu sagen oder Grenzen zu setzen; die dazugehörigen Emotionen wurden gefühlt und erlebt und sind vielleicht eine Übung für die Realität.

\* Sowohl der körperliche Einsatz als auch die möglicherweise konflikthafte Auseinandersetzung mit der inneren Thematik ist individuell wählbar. Je nach körperlicher Verfassung sowie nach psychischen und kognitiven Fähigkeiten kann der Betroffene sich bewegen, darüber nachdenken oder sprechen. Dies kommt jedem Individuum zugute, jedoch insbesondere Älteren mit körperlichen Gebrechen oder beginnenden dementiellen Erkrankungen.

Hier stellen einfache Übungen z.B. mit Rhythmus, die der Patient ausführen kann, bereits ein Erfolgserlebnis dar, welches aktiviert und das Selbstbewusstsein stärkt.

\* Als kreative Therapieform eignet sich die Tanztherapie bei depressiven Erscheinungen, da die Kreativität das vorhandene Übermaß an Struktur etwas „aufweichen“ kann. Der Patient findet den nötigen Ausdruck und lernt flexibler auf Situationen zu reagieren. Bei psychotischen Symptomen, Trauma- oder Angstanteilen sollte dies allerdings wenn überhaupt, nur vorsichtig und in kleinen Schritten angegangen werden, da der Patient die Struktur dringend benötigt, um in der Realität zu bleiben und genug Kontrolle über seine Situation zu behalten.

\* Ein wesentlicher Aspekt der Tanztherapie ist, dass sie Angebote macht, d.h. der Patient kann auch ablehnen. Das höchste Gut, das der psychisch Erkrankte erlangen kann, ist seine Selbstbestimmung, sein Gefühl für sich selbst wieder zu finden. Die Bedeutung der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit für das Verhältnis zum älter und gebrechlicher werden wurde bereits geschildert.

### **3.1.2 Rahmen, Ablauf und Ziele**

#### **Rahmenbedingungen**

Alle nachfolgend aufgezeigten Beispiele beziehen sich auf die praktische Tätigkeit der Verfasserin in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik 2007-2008; die Patienten waren zwischen 57 und 86 Jahren alt mit Hauptdiagnose „depressive Störung“. Komorbiditäten waren hauptsächlich Sucht- und Angststörungen sowie dementielle Erkrankungen.

Die selbstständig angeleitete Tanztherapie fand einmal wöchentlich statt; zusätzlich wurden Kunsttherapie, Sozialberatung, Lesegruppe und Gedächtnistraining sowie Außenaktivitäten wie Ausflüge und Spaziergänge angeboten.

Der Aufenthalt der Patienten betrug 6 Wochen bis 3 Monate, wobei einige Patienten bereits zum zweiten Mal die Tagesklinik besuchten.

## **Ablauf Gruppen- oder Einzeltherapie**

Die einstündigen Gruppenstunden hatten einen ritualisierten Anfang und Ende. „Je mehr Öffentlichkeit und unsicheres Entdecken und Ertasten ermöglicht werden soll, desto fester und sicherer müssen die Rahmenbedingungen sein.“<sup>34</sup> Der Anfang bestand aus einem einfachen Volkstanz, der Schluss aus dem gemeinsamen Schwingen eines großen Schwungtuches, das mit einem Spiel verbunden war.

Die Stunde begann mit körperlichem Aufwärmen und/oder Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsübungen, die weiteren Übungen waren zwar themenbezogen, ließen aber auch Raum für einzelne Prozesse oder Gestaltungen. Anschließend fand eine Reflektionsrunde statt, in der jeder Patient von seinen Wahrnehmungen, Bewegungen und Begegnungen berichtete. Die Verfasserin ging auf die Beiträge ein, wies vielleicht darauf hin, was sie gesehen hatte, manchmal ergab sich auch ein allgemeines Gespräch.

Die Themen in der Gruppentherapie wurden auf die Gruppe zugeschnitten eingebracht, die Themen der Einzeltherapie ergaben sich in erster Linie individuell aus dem persönlichen Gespräch und den Beobachtungen der Verfasserin.

## **Ziele**

Ziele der tanztherapeutischen Maßnahmen im Zuge der praktischen Arbeit waren:

- \* Erweiterung des Bewegungsrepertoires, Spaß an Bewegungen haben, aktivieren
- \* Stabilisierung und Erleben von Ich-Stärke, etwas bei sich und Anderen bewirken zu können, Kraft spüren
- \* Steigerung der Körperwahrnehmung bzw. Differenzierungsfähigkeit derselben. Positive Körperlichkeit erleben. Mehr Vertrauen zum eigenen Körper schaffen.
- \* Zugang schaffen zu Emotionalität: Erleben von positiven Gefühlen, Freude und Ausgelassenheit. Lernen Gefühle angemessen, also nicht autoaggressiv, auszu-drücken. Unterschiede spüren.
- \* Förderung der Kontaktfähigkeit: Erleben von Beziehung, Wertschätzung erfahren von anderen Teilnehmern und vom Therapeuten. In der Gruppenreflektion kann „durch ausführliche Gesprächsphasen ein kommunikativer Prozess in Gang gesetzt werden, der immer zum Ziel hat, dass die Teilnehmer über die „Gesprächsklischees“ hinaus zu einem Austausch kommen, der persönlicher wird als im Alltag üblich ist.“<sup>35</sup>
- \* Förderung der Selbstbestimmung: Die Tanztherapie soll den Patienten dahingehend motivieren und unterstützen, als dass er ausprobiert und dadurch besser entscheiden kann, was ihm gut tut und was nicht.

---

<sup>34</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; a.a.O.; S.441

<sup>35</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; a.a.O.; S.417

\* Förderung der Kreativität: Im kreativen Prozess drückt sich das Individuum aus - auch unbewusst ein gesunder Vorgang. Es können aber auch Assoziationen ausgelöst werden, die innere Zusammenhänge bewusst werden lassen und die auf anderer Ebene möglicherweise abgewehrt würden.

\* Förderung der Eigenreflektion: Die Erkenntnis kann den Patienten zu einem bewussteren Umgang mit sich selbst führen, lässt die Eigenverantwortung erkennen und macht Neubewertungen möglich, z.B. von Aggression. Die Bewusstwerdung ist ein entscheidender Schritt, vielleicht doch selber etwas bewirken, also auch ändern zu können.

## 3.2 Lebensqualitäten

Während der 14monatigen Arbeit mit 70 Patienten in Gruppen- und Einzeltherapie kristallisierten sich in der therapeutischen Praxis einige Qualitäten als die wesentlichen heraus. Diese waren die Wahrnehmung, die Bewegung an sich, die Kraft, der Kontakt und die Gefühle.

Auf das Empfinden dieser Lebensqualitäten reagierten die Patienten besonders intensiv. In ihnen scheinen die ersten Ansätze zu liegen, die helfen können, eine depressive Stimmung im Alter zu überwinden.

### 3.2.1 Wahrnehmung

#### Sich und seinen Körper wahrnehmen

Wer seinen Körper mehr wahrnimmt, nimmt auch sein Ich mit seinen Bedürfnissen besser wahr. „Der Zugang zum Leib erfolgt über das Spüren“<sup>36</sup>. Sich selbst zu spüren, mit sich und seinem Körper in Kontakt zu kommen erscheint für einige Patienten eine neue Erfahrung zu sein.

Übung:

Die Aufmerksamkeit wird auf einzelne Körperteile gelenkt, z.B. durch die Vorgabe: „Das ist mein **Arm** – was kann er, z.B. an Bewegungen von Schulter- oder Ellenbogen- Gelenk ausgehend? etc.“ Dann wird er in Bezug gesetzt: „Das ist **mein Arm** – ist er hart oder weich, warm oder kalt, wie fühlt sich die Haut an? etc.“

Die Übung soll bestärken, den Körper nicht nur in seiner Funktionalität zu sehen, sondern auch in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen und wertzuschätzen. Ein positives Körperbild wiederum stärkt das Selbstbewusstsein.

Übung: Mit einer Hand an einer Stelle des Körpers unterschiedliche Abstände erspüren -ab wann wird es warm, ab wann spüre ich die Härchen etc.

Herr M.: „wie gut ich den eigenen Körper spüren kann! Ich war überrascht.“

Herr G.: „...dass ich auch Wärme ausstrahle, wusste ich gar nicht!“

---

<sup>36</sup> vgl. Thomas Ettl; siehe a.a.O.; S.18

Die Patienten erschienen nicht nur überrascht, sondern auch begeistert und motiviert für weitere Entdeckungen.

Die Körperwahrnehmung ist für den wenig spürenden Depressiven sehr wichtig. Bedenkt man jedoch die hohe Anzahl der larvierten Depressionen und Schmerz-zuständen im Alter, geht es aber nicht um eine bloße Steigerung der Wahrnehmungsfähigkeit, sondern vielmehr um eine bessere Differenzierungsfähigkeit. Wer seinen Körper differenzierter wahrnimmt, nimmt auch sein Ich mit seinen Bedürfnissen differenzierter wahr.

Die Differenzierungsfähigkeit bildet sich leichter über die Polaritäten aus, weshalb diese in der Tanztherapie häufig angewendet werden: Bewegungen werden langsam-schnell, leicht-schwer, aktiv-passiv etc. ausgeführt. Die Polaritäten können durch die entsprechende Musikauswahl unterstützt werden, z.B. leichte, zarte, langsame oder schnelle, rhythmische Musik.

Merkt der Patient den Unterschied zwischen den Extremen, was bei Depressionen keinesfalls selbstverständlich ist, können weitere Nuancierungen erspürt werden. Möglichst soll ein eigenes, aktuell passendes Maß der entsprechenden Qualität gefunden werden.

Das Erspüren über die Polaritäten hilft also in mehrfacher Hinsicht:

- durch die Extreme wird es wahrscheinlicher, dass der Patient überhaupt etwas spürt
- viele unterschiedliche Bewegungen können durchgeführt werden, die der Patient von sich aus gar nicht ausprobieren würde, von denen er vielleicht gar nicht wusste, dass sie ihm gefallen würden
- der Patient hat die „Erlaubnis“ extreme Bewegungen durchzuführen, was er im Alltag niemals tun würde
- oft ist es leichter zu merken, was einem nicht gefällt. Dadurch kann erst das Bewusstsein entstehen, was vielleicht gar nicht so schlecht ist.

Bleibt ein Patient hier aber stecken und sagt z.B. jedes Mal: „ich fühle mich schwer“ sollte dem nachgegangen werden: „Wie schwer fühlen Sie sich, z.B. auf einer Skala von 1 bis 10? Fühlen Sie sich genau so schwer wie gestern?“ etc.

Merkt der Patient, dass es Unterschiede in seinem Erleben gibt, ist ein wichtiger Schritt vollzogen. Wenn es nämlich Unterschiede gibt, heißt das, dass es auch Einflussmöglichkeiten gibt, man also vielleicht – in diesem Fall der Schwere - nicht hoffnungslos ausgeliefert sein muss.

Die Tanztherapie will einen positiven Bezug zur Leiblichkeit aufbauen, sodass der Körper nicht nur als Ort des Schmerzes und Unbehagens gesehen wird, sondern auch als angenehm gespürt werden kann, z.B. können einfache Übungen wie Strecken, Dehnen, Gähnen, Räkeln Wohlbefinden und Behaglichkeitsgefühle auslösen.<sup>7</sup> Lehnt der Betroffene schmerzende Körperteile ab, verstärkt dies mutmaßlich den Schmerz.

---

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

## **Andere wahrnehmen**

Auch Andere wahrzunehmen fällt dem auf sich und sein Leid fixierten Depressiven schwer.

### **Übung:**

Eine Hälfte der Gruppe verteilt sich im Raum und schließt die Augen; Die andere Hälfte läuft herum. „Wann und wodurch bemerken sie, dass jemand in ihrer Nähe ist?“ Antworten sind: „Geräusche von Schritten, Atem und Stimmen“, vor allem der Windzug durch die laufenden Körper wird als angenehm empfunden, manche Mitpatienten werden „erkannt“. Neben der Wahrnehmung Anderer stärkt die Übung auch die Sinne, das Raumempfinden und das Gruppengefühl.

### **Übung:**

Reihum macht jeder eine Bewegung vor, die anderen machen sie nach. Eine verbreitete Gruppenübung für jedes Alter, die den Nachteil hat, dass sich auch diejenigen verpflichtet fühlen, die eigentlich nichts vormachen wollen oder bestimmte Bewegungen ablehnen. Sie hat aber auch den Vorteil, dass Patienten Andere sehen, andere Bewegungen ausprobieren, ob sie fremd oder bekannt sind.

## **Sinne**

Im Alter werden die Sinne immer schwächer und die geringere Aufmerksamkeit durch die Depression lassen den Betroffenen auch noch weniger wahrnehmen. Dies bedeutet, dass die Sinne mehr oder bewusster stimuliert werden müssen. Hierbei hilft es, dass auch die Sinneseindrücke im Körpergedächtnis gespeichert sind.<sup>4</sup>

In einer Imaginationsübung<sup>37</sup> wurde gefragt, welche Freuden den Sinnen verdankt werden könnte – in Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft -: dem Sehen, Riechen, Schmecken, Hören, Tasten, Fühlen?

In der Reflektion berichteten die Patienten viel von Naturerlebnissen, die sie gesehen und gerochen hatten -Wiese, Nebel, Berge mit Schnee, Strand, Sand, Herbstwald, Farben, Kastanien. Eine Patientin schwärmte von einem heißen Kakao, auf den sie jetzt auch Lust bekommen hatte.

Durch die Übung konnten die Sinne erinnert und wieder aktiviert werden, außerdem positive Körperlichkeit erlebt werden.

## **Stabilität**

Für diese Patientengruppe ist die Stabilität von wesentlicher Bedeutung. Jeder psychisch Erkrankte bedarf der inneren Stabilität. Der ältere Mensch wird außerdem durch die schwindende Muskelkraft, die schwächer werdende Orientierung und die oft mangelhafte Bewegung auch körperlich leichter 'wackelig', also instabil.

---

<sup>4</sup> vgl. Joachim Bauer; siehe a.a.O.

<sup>37</sup> vgl. Luise Reddemann; Imagination als heilsame Kraft; 12.Auflage; 2006; S. 37

Nicht zu vernachlässigen ist der bereits erwähnte Aspekt, dass viele heute über 70-Jährige durch Kriegs- und Nachkriegserfahrungen traumatisiert und unbehandelt blieben, was die Instabilität verstärkt.

Die Wechselwirkung zwischen innerer und äußerer Stabilität ist leicht nachvollziehbar: wer einen guten Stand hat, kann leichter seinen Standpunkt vertreten; Wer stabil seinen Weg geht, kann nicht so leicht aus der Bahn geworfen werden; etc.

Beispiel Frau S:

Bei einer Bewegungspause bemerke ich, dass Frau S vor und zurück wackelt. Ich versuche eine Pendelübung mit ihr. Zunächst leite ich an, am Fuß, hauptsächlich an Ballen und Ferse, den Bodenkontakt spüren. Nun werden erst sehr kleine Pendelbewegungen nach vorne und hinten ausgeführt. Diese werden nur so weit vergrößert, dass der Körper nicht in Gefahr gerät zu kippen. Dann werden die Bewegungen wieder verkleinert bis Frau S zum Stillstand kommt. Die Übung bringt einerseits die positive Erfahrung, dass Bewegungen möglich sind ohne die Stabilität zu verlieren. Andererseits bewirkt sie, dass der Körper am Ende automatisch eine stabile Position einnimmt; sie hat also eine zentrierende Wirkung.

Frau S: „Das gibt’s ja gar nicht. Ich fühle mich ganz anders, viel leichter. Obwohl es nur so kleine Bewegungen waren! Das ist wirklich verrückt“.

### 3.2.2 Bewegung

Die Depression an sich ist eine Form von Stillstand. Tanztherapie ist Bewegung und als solche kann sie bereits fest gefahrene Strukturen, wie z.B. eine Depression aufweichen.

Die Bewegung erreicht das Innenleben aber nur, wenn sie authentisch ist. Gerade der depressive Patient ist aber auch bereit, körperliche Übungen nur nachzumachen, also ohne dass der Körper mit dem Gefühl verbunden ist.

Der Tanztherapeut kann dieses erkennen, zumindest vermuten, und es ist seine Aufgabe, diese Verbindung herzustellen, zu erleichtern und zu unterstützen – z.B. über die vorgenannten Wahrnehmungs-, Zentrierungs- und Stabilisierungsübungen. Auch in der Reflektion zeigt sich manchmal: nicht nur das mutmaßliche Empfinden passt nicht zur Bewegung. Auch die dazu gemachte Aussage korreliert dann weder zum einen noch zum anderen; manchmal werden nur die Äußerungen des Vordermannes nachgesprochen. Der Therapeut sollte den Patienten dann dabei unterstützen seine Aufmerksamkeit zu schärfen, z.B. ob man eben gerade schnelle oder langsame, große oder kleine etc. Bewegungen gemacht hat und vor allem welche man lieber gemacht hat, womit der Bezug zu sich selbst hergestellt ist. Dieses Wissen über sich und seine Vorlieben hilft, sich selber besser versorgen zu können.

Auch „der Einfluss auf das Bewegungsverhalten alter Menschen ... durch eine zutrauende oder absprechende Erwartungsstruktur ... darf nicht unterschätzt werden.“<sup>7</sup>

Mediziner und Pflegepersonal haben die Tendenz zur Schonung und Ruhe.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O., nach Petzold 1990

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

„Das Bewegungsverhalten alter Menschen variiert abhängig vom Gesundheitszustand, dem Alter und der „Bewegungskarriere“, die wir vorfinden.<sup>7</sup>

Die Unterschiede waren in der Gruppe deutlich zu sehen. Manchen war es vollkommen fremd bis befremdlich, sich einfach „nur so“ zu bewegen, also ohne zwingende Funktionalität, wie etwa wohin zu laufen, nach etwas zu greifen etc. Andere lebten sichtlich auf, genossen die Bewegung und die Erlaubnis dazu, schwelgten in Erinnerungen, vor allem wenn eine Musik oder ein Rhythmus vertraut waren.

„Musik und Tanz wecken Erinnerungen, auch Körpererinnerungen und aktivieren das Körperbewusstsein und die Koordination der Bewegung“.<sup>7</sup>

Die innere Haltung des Therapeuten, dem Patienten genügend Zeit einzuräumen, kann ihm die Sicherheit vermitteln, die er braucht, um sich möglicherweise doch einmal darauf einlassen zu können. Hilfreich ist es auch, zwischen für den Patienten bekannten Bewegungen und neuen abzuwechseln, sodass er sich zwischenzeitlich immer wieder auf sicherem Terrain bewegen kann.

## Raum

Die Frage, wie viel Raum man sich nimmt, beinhaltet zum Einen die unbewusste Entscheidung wie viel Raum ich mir in Bezug auf mich selber gönne, wie viel Entfaltungsmöglichkeiten ich mir also zugestehe, aber auch ob ich mir einen (schützenden) Rahmen geben kann, wenn ich ihn brauche.

Zum anderen beziehe ich mich mit dem Raum, den ich einnehme, auch auf die Umwelt. Wie viel Raum beanspruche ich für mich vom großen Raum, nehme ich damit anderen vielleicht etwas weg? Wie reagiere ich, wenn ich zuviel, zuwenig Raum von den anderen „bekomme“ etc.

Beispiel:

Während der Einzeltherapie bemerke ich, dass die Arme von Frau G beim Tanzen kaum hoch gehen und meist relativ eng am Körper liegen.

Ich biete an: „Wollen Sie vielleicht mal probieren, dieselben Bewegungen zu machen und dabei die Arme etwas mehr vom Körper weg zu halten?“

Sie versucht es. Ich spreche die emotionale Seite an, ich könnte auch nach einer Assoziation fragen: „Wie fühlt sich das an?“ Frau G.: „*Mehr Freiheit!*“

Sie soll den Unterschied spüren: „Und wenn Sie die Arme noch mal an den Körper halten, wie ist das jetzt?“ Frau G.: „*So bin ich es gewohnt*“

Sie macht plötzlich einen robusten Eindruck auf mich: „Gibt es Ihnen Halt?“

Frau G.: „*Ja!*“ Sie stutzt und wir setzen uns.

Frau G konnte die Bewegungen ausführen, war emotional beteiligt und hatte klare Assoziationen. Nun geht es um die Deutung: „Was halten Sie?“

Frau G.: „*Ich nehme mich zurück, schon immer. Ich war immer brav, gut in der Schule...Ich kann schlecht meinen Standpunkt vertreten... Ich bin harmoniesüchtig, gebe lieber nach, als dass es dann Streit gibt.*“ „Was würde denn passieren, wenn Sie sich nicht zurücknehmen?“ etc.

---

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O., nach Petzold, Beks 1990

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

Da die Vorstellung des Streites ihr nicht bedrohlich erscheint, experimentieren wir in den nächsten Stunden dazu mit dem Körper. Wir probieren erst beim gegenüber Sitzen, dann im Raum, aus: „Was macht es mit dem Standpunkt, ob die Arme am Körper anliegen oder auf der Sitzlehne liegen / vom Körper etwas abstehen?“ Frau G. bemerkt, dass sie sich von ihrem Körper Unterstützung holen kann sowohl zur Kräftigung ihres Standpunktes als auch zum 'Halt geben' – je nach Bedarf. Der Transfer ist erfolgt und sie erkennt, dass sie sich in erster Linie die Aufmerksamkeit schenken muss, ihre Bedürfnisse zu erkennen, um ihnen nachkommen zu können.

Eine weitere Dimension des Raumes ist das Öffnen und Schließen, die bewusste Veränderung des eingenommenen Raumes.

Übung Öffnen und Schließen:

nach einer Vorübung, in der die Gruppe ein Körpergefühl für die enge und weite Kinesphäre bekommen konnte, werden große Tücher verteilt, welche die Patienten sich umlegen. Nun wird mit dem Öffnen und Schließen experimentiert – mit Atem, unterschiedliche Richtungen, im Raum, mit Musik etc.

Durch die spielerische, aber bewusste Veränderung der Raumeinnahme konnte sowohl die Position (offen, geschlossen, mittel) leichter gefunden werden, die zur Stimmung passte, als auch darauf geachtet werden, welche Gefühle die Dynamik an sich hervorruft: Was passiert mit mir, wenn ich mich öffne oder schließe? Einige Patienten konnten sich gut einschätzen und für sich sorgen: Frau S: „Ich war zu, mir geht's nicht gut“ oder Frau K: „Ich mach lieber zu, ich fühle mich wohler bei mir.“ Auch wenn dies der depressiven Haltung entspricht, wird es vom Therapeuten unterstützt, da es den Bedürfnissen der Patientin entspricht. Wichtig ist, zum richtigen Zeitpunkt etwas Anderes, Neues auszuprobieren und damit vielleicht, irgendwann auch etwas Anderes, Neues zu empfinden. Unwichtig ist, einfach irgendetwas zu machen, obwohl es einem nicht entspricht, also nicht authentisch ist und keinen inneren Bezug hat; wir wären wieder bei der Gymnastik. Dass es gar nicht so leicht ist, sich zu öffnen und dabei bei sich zubleiben, wird auch Frau Z bereits in dieser, ihrer ersten Stunde klar: „Ich habe mich viel geöffnet, zuviel. Das ist ja wie im richtigen Leben! ... So bin ich es gewohnt, ich sollte mehr bei mir sein.“

## Ziel

Dem älteren Menschen fehlt es oft nicht an Arbeit oder Beschäftigung, sondern es mangelt ihm an einem Ziel.<sup>22</sup> Dem Depressiven ergeht es ebenso, da ihm ja alles sinnlos erscheint. Daher ist bei depressiven älteren Menschen das Ziel ein wichtiges Thema. Die steigende Lebenserwartung und die frühere Geburt (und damit auch der frühere Auszug) des letzten Kindes bewirken, dass statt wie vor 100 Jahren nicht mehr eine Spanne von 5, sondern von 30 Jahre für den Betroffenen zu gestalten ist<sup>1</sup> – mit oder ohne Ziel.

Durch die Affinität zum Laban'schen Bewegungsantrieb „Raum“ kann die Wirkung von Zielgerichtetheit bzw. Ziellosigkeit über die Qualitäten „Direkt“ bzw. „indirekt“

---

<sup>22</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; siehe a.a.O.

<sup>1</sup> vgl. Heuft/Kruse/Radebold; siehe a.a.O

erspürt und ausprobiert werden. Die „Direktheit“ an sich ist für den älteren Menschen hilfreich, um die altersbedingte Schwächung der räumlichen Orientierung zu meistern.<sup>22</sup>

#### Übung `Direkt/Indirekt`:

Die Patienten sollen im Raum ein Ziel anvisieren und direkt darauf zuzugehen; dort angekommen, sich ein neues Ziel aussuchen etc. „Was fühlen Sie körperlich? z.B. an den Schultern, an den Augen, wie bewegen sich Ihre Arme? etc. und verstärken Sie das.“ Anschließend sollen die Patienten nur durch den Raum schlendern, mit möglichst weit gestelltem Blick und sich treiben lassen. Auch dieses Gefühl soll gesteigert werden, natürlich mit der Einschränkung darauf zu achten nicht zu stürzen. In einer ersten Reflektionspause wird beschrieben: Ein Ziel zu haben wirkt hauptsächlich wohltuend und aktivierend. Frau S: „da hat man was.“ Herr H: „mit“ macht mich locker, „ohne“ spannt mich an. Das Sichttreibenlassen war unangenehm und machte schwer: Frau K: „Ohne“ da bleibe ich stehen. Einige Patienten fühlten sich im Raum etwas verloren.

Nun ist es sicherlich eine schöne Erfahrung, die Zielgerichtetheit gespürt, die positive Aktivierung auch körperlich erfasst zu haben und vielleicht besteht die Möglichkeit daraus den Schluss zu ziehen, sich selber Ziele setzen zu können: allgemeiner Art, Ausflüge, Tagesziele etc. In der therapeutischen Stunde sind solche eigenen Ziele aber vorerst nicht vorhanden und es geht eher darum, wie man mit diesem Umstand zurechtkommt.

#### Übung Fortführung:

Die Gruppe soll also noch mal schlendern. Dies wird zunächst nur missmutig ausgeführt, mit der Zeit werden meine Anregungen jedoch angenommen:

„Wenn man nun kein konkretes Ziel hat, was hilft dabei, sich nicht im Raum zu verlieren, nehmen Sie Eindrücke aus der Umgebung auf, vielleicht schauen Sie aus dem Fenster, auf die Bilder, die an der Wand hängen, auf den Weg, den Sie gegangen sind.“

Herr K: „man nimmt mehr wahr von seiner Umwelt“, Frau K: „man war mehr bei sich“, Frau D: „Ich bin auf ein Ziel zu und habe auf dem Weg nach rechts und links geguckt. So war es am angenehmsten.“ Die meisten konnten etwas finden zwischen ‚verloren im Weltraum‘ und dem ‚Scheuklappengang‘; die Patienten waren sowohl bei sich, präsent, aber auch nicht fixiert und konnten ihre Umgebung wahrnehmen. Eine lockere Atmosphäre breitete sich aus, mutmaßlich durch dieses gesunde Verhältnis.

Nur für Herrn H. hatte sich nichts verändert: „es ist unangenehm geblieben, ich brauche ein Ziel“; hier wäre es besonders wichtig im Einzelgespräch oder in Zusammenarbeit mit einem Sozialarbeiter mögliche „kleinere“ oder so genannte Tagesziele zu finden.

Anders reagiert Frau O auf diese Übung, Patientin in Einzeltherapie:

Auf die Gruppenteilnehmer hatte das direkte Zugehen auf ein Ziel eindeutig aktivierend gewirkt. Frau O, die in anderen Stunden schon lange getanzt und sich bewegt hatte, ermüdet nun extrem schnell und wirkt verspannt. Das Sich treiben lassen entlastet sie merklich, die Erlaubnis zum ausgelassen sein entspannt sie.

---

<sup>22</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; siehe a.a.O

Ihr gefällt das ziellose Schlendern besser, sie ist jedoch bereit sich auf weitere Versuche einzulassen. Ich schlage vor, dass sie sich ein Ziel im Raum aussucht und sich mit jeweils unterschiedlichen Tempi und Wegen darauf zu bewegt. Sie probiert, ich mache hin und wieder Vorschläge und bitte sie nach einer Weile den ihr angenehmsten Weg auszuwählen und mir „vorzuführen“.

Sie geht noch mal alle Möglichkeiten durch und kann sehr gut spüren, was ihr gut tut und was nicht, z.B. zu schnell => „das Ziel kommt bedrohlich auf mich zu;“ zu langsam => „das Ziel wird immer größer“; indirekt, mit Kurven => „mir wird schwindelig“ etc.

In der Reflektion wurde ihr klar, dass sie sehr gut differenzieren und sich für einen geeigneten Weg entscheiden konnte. Vor allem erkannte sie, dass ein Ziel nicht prinzipiell belastend sein muss, vor allem wenn man in seinem eigenen Tempo und auf seine eigene Art geht. Eine Möglichkeit, die ihr als Rentnerin zumindest theoretisch offen steht.

Auch diagnostisch können die unterschiedlichen Reaktionen der Gruppenteilnehmer und der Einzelpatientin auf die Übung genutzt werden. Während für die Gruppe die depressive Antriebslosigkeit im Vordergrund stand, war bei der Einzelpatientin eher eine Überforderung, mutmaßlich eine langjährige, zu spüren. Dementsprechend wäre die weitere therapeutische Arbeit auszurichten.

## Zeit

Das psychische Tempo und die psychomotorischen Fähigkeiten verlangsamten sich zunehmend bereits ab dem 30. Lebensjahr.<sup>22</sup> Vor allem die Reaktionszeit erhöht sich und die Menschen sind durch plötzlichen Ereignisse und Veränderungen überfordert. Die Fähigkeiten und Bedürfnisse im Umgang mit der Zeit sind die eine Seite, die andere sind die Erwartungen von der Umwelt und sich selbst.

### Übung Schnell-langsam:

Frau O (in Einzeltherapie) erzählt von einem Ausflug, wir reden darüber, wann sie sich im Alltag bewegt. Frau O: „*Ich laufe viel, ja, ich muss ja schnell laufen*“ „Wer sagt das?“ „*Alle! und damit ich fit bleibe*“ „Wollen Sie mir das mal zeigen?“ „Ja“.

Sie läuft relativ schnell, aber in erster Linie sehr angespannt. „Wie fühlt sich das an? Bitte antworten Sie nicht, sondern versuchen zunächst nur zu spüren.“ Die Anspannung wächst, die Schulter wird immer schiefer.

„Wie war das?“ „*Meine Beine tun weh und ich bin außer Atem*“ (ich wundere mich, weil ich sicher war, dass ihr der Schulter-Nackengebiet wehtun müsste).

„Wie würden Sie laufen, wenn es nur nach Ihnen ginge, so, dass sie sich wohl fühlen?“ Sie läuft geringfügig langsamer, nur sehr viel lockerer. Als ich ihr das sage, ist sie sehr erstaunt: „*Ich habe gedacht, ich bin viel langsamer!*“

„Wie wäre es, wenn Sie jetzt noch mal richtig langsam laufen würden?“ „*Gerne*“ Offensichtlich braucht sie hierzu eine Erlaubnis. Sie schlendert sehr langsam durch den Raum und plaudert. Ich wippe automatisch mit hin und her und wiederhole inhaltlich, nicht wortwörtlich ihre Anmerkungen: „Ah ja, sie bummeln, an Schaufenstern vorbei? Sie lassen es sich gut gehen, ah, sie gehen zur Eisdiele etc.“

---

<sup>22</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; siehe a.a.O

Sie schlendert noch eine Zeit, wir lächeln beide und sie genießt offensichtlich ihre Vorstellungen.

In der abschließenden Reflektion sprechen wir über das Tempo, den Einfluss von Tagesform, Stimmung, Erwartungen etc. In der Bewegung ist ihr klar geworden, dass sie erstens unterschiedliche Bedürfnisse hat und zweitens auch ihr Bedürfnis nach Langsamkeit und Gemütlichkeit ein Recht hat erhört zu werden. Wir erörtern wie sie diese Erkenntnis im Alltag umsetzen kann, z.B. mit Partner Kompromisse finden und/oder sich annähern, gehetzte Situationen durch Absprachen vermeiden, vor allem eigene Erwartungen nach Stimmung differenzieren (heute will ich sportlich sein, heute nicht). Wesentliche Erkenntnis der Stunde war also eigene Bedürfnisse überhaupt zu erkennen, sie als solche auch zu akzeptieren und nicht abzuwerten und schlussendlich Ideen zu entwickeln, wie sie vertreten werden könnten.

### 3.2.3 Kraft

Im Alter werden die Muskeln vor allem von Armen und Beinen immer schwächer und schwinden.<sup>22</sup> Aus biologischer Sicht kann der Abbau der Fähigkeiten nur durch dessen Gebrauch vorgebeugt bzw. verzögert werden.<sup>7</sup>

Aus psychischer Sicht stellt das Erspüren von aktiver Kraft eine energetische Lebenskraft und damit eine Lebensqualität dar, die gar nicht überschätzt werden kann. Kaum etwas kann das Selbstbewusstsein und die Selbstbestimmung so nähren wie das Gefühl, Kraft zu besitzen und Stärken zu haben.

Auch wenn der Depressive kraftlos erscheint, kann die innere Anspannung enorm sein.

Diese innere Anspannung kann als große, passiv wirkende Kraft verstanden werden, die es für den Patienten zu überwinden gilt, um überhaupt in Bewegung zu kommen.

Übung Loslassen:

Patient A bewegt den Arm von Patient B, dieser versucht den Arm loszulassen. Einigen fällt es nicht nur schwer den Arm loszulassen, sie spüren gar nicht, dass sie es nicht tun. Wie Frau K, die darauf besteht, sie würde den Arm nicht halten, obwohl ihre Hand auf Kopfhöhe in den Raum absteht. Auch hier wird die o.g. Anspannung sichtbar.

Übung Gewicht abgeben:

Es soll ausprobiert werden, ob sich durch das Anlehnen von Rücken, Schulter, Becken oder Händen etwas am Körpergefühl ändert. Ihr Gewicht an der Wand oder an der Säule abzugeben fällt den Patienten viel leichter als das Loslassen und vor allem gefällt es ihnen. Frau Be: „Der Atem geht besser.“ Hier wird deutlich wie sehr die Anspannung auch den Atemfluss stört.

Frau B: „Das hat gut getan; Manchmal möchte man sich ja auch wo aussprechen.“ Frau B. hat den Zusammenhang ganz unwillkürlich erspürt und erkannt. Loslassen ist wie Aussprechen und vor allem ist Aussprechen eine Art von Loslassen.

---

<sup>22</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; siehe a.a.O

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

Bekanntermaßen sind viele depressive Frauen besser versorgt als ihre männlichen Leidensgenossen, weil sie sich meistens besser mitteilen können: erstens lindert die Aussprache schon einen Teil der seelischen Not, zweitens scheuen sie den Gang zum Arzt weniger.

#### Übung Krafteinsatz:

Über mehrere Stunden verteilt wurde ausprobiert: mit den Füßen kann man am Boden tippen oder stampfen, mit den Beinen wedeln oder ausschütteln, als würde etwas am Schuh kleben, mit dem Rücken kann man sich an die Stuhllehne anschmiegen oder gegen sie drücken, mit den Armen schwingen oder schleudern, sich mit den Händen betupfen oder kneten. Spürt der Patient in einer entsprechenden Übung, dass er seinen Krafteinsatz steuern kann, so kann er daraus schließen, dass er die Schwere, die er verspürt, vielleicht auch beeinflussen kann.

Weiter führend könnten auch hier die Übergänge beobachtet werden.

Frau K: „es war schön mal härter aufzutreten.“ Herr K: „Abklopfen tat gut, ich konnte mit dem Rhythmus gehen.“ Frau Be: „Ich habe ein bisschen kräftiger gemacht, damit ich mich gut spüre.“ Frau S: „lieber ohne Kraft, das ist beruhigend.“ Auch die Kombination aus Krafteinsatz und Gewicht abgeben zeigte in der Stunde zum Thema 'Aktiv-Passiv' seine Wirkung. Frau S: „Mir hat es gut getan, ich bin ganz aufgewärmt, anstrengend war gut, da hab ich mich gespürt, loslassen war dann auch gut, weil befreiend.“

Das spielerische Ausprobieren von Kraft im neutralen oder positiven Sinne, also in aktiver Form, erzeugte viel Lebendigkeit und Ausgelassenheit im Raum. Übungen, in denen Aktivität und Passivität ausprobiert und erspürt werden können, tragen auch der Bedeutung des oben beschriebenen Themas der Selbständigkeit Rechnung.

#### Übung Kraft messen:

Zwei Patienten stellen sich Schulter an Schulter und versuchen zunächst gegeneinander zu drücken. Bei Männern wie Frauen löste diese Übung Heiterkeit aus.

Wer keinen geeigneten Partner fand, konnte sich an mir ausprobieren. Die allermeisten hatten Kraft, spürten sie und hatten auch Spaß daran. So gestärkt konnten einige sogar miteinander schwingen – wieder Schulter an Schulter mit Partner.

### 3.2.4 Kontakt

Die Depression gilt auch als Störung der zwischenmenschlichen Beziehung;<sup>4</sup> ein Merkmal ist der soziale Rückzug. Der zunehmend ältere Mensch ist wie bereits erwähnt ohnehin von zunehmender Vereinsamung bedroht. Daher muss bei dieser Patientengruppe besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der Kontaktfähigkeit gelegt werden. Positive Erfahrungen, die im Kontakt zu Gruppenteilnehmern oder zum Therapeuten gemacht werden, sollen den Patienten aus seiner inneren Isolation locken, ihn ermutigen, Beziehungen überhaupt wieder zuzulassen.

---

<sup>4</sup> vgl. Joachim Bauer; siehe a.a.O.

„Zwischenleibliche Interaktion, körperliche Nähe und Zuwendung, (die im Alltag oft fehlt) wird in tanztherapeutischen Gruppen möglich, besser als bei rein-verbaler Kommunikation.<sup>7</sup>

## **Dialog**

### Übung Spiegeln:

Jeder erhält ein Tuch und kann dieses zu vorgegebener Musik bewegen, schwingen etc. In Zweiergruppen gibt einer eine Bewegung vor, der Andere versucht sie nachzumachen, spiegelt sie; dann wechseln die Personen und tauschen sich aus.

Auffällig ist, dass es in dieser Gruppe allen leichter fällt eine Bewegung nachzumachen als sie vorzugeben – typisch für die depressive Grundhaltung, er kann sich auf Andere einstellen, tun, was von ihm verlangt wird, aber etwas Eigenes zu entwickeln und darzustellen, fällt ihm schwer. Nur eine Patientin, bei der Angstsymptome im Vordergrund stehen, bevorzugt das Vorgeben – schließlich hat sie so die Kontrolle über das Geschehen.

Sinn der Übung ist das Sehen und gesehen werden, denn hierüber entsteht Beziehung und Beziehung ist Bestätigung.

Bsp.: Herr W ruft plötzlich in die Gruppe: „Ach, es geht um mich!“ und strahlt dabei über das ganze Gesicht.

Bsp. Frau C: „Ich habe den Unterschied nicht gespürt (in Bezug auf die Vorübung). Ich mache lieber nach.“ Daraufhin ihre Partnerin Frau S: „Frau C hat so tolle Sachen vorgemacht!“

Ich frage Frau C: „Haben Sie das gehört?“ Frau C: „Das kann ich mir gar nicht vorstellen.“ Frau S wiederholt ihren Satz. Schweigen.

Ich schlage vor: „Können Sie es anzunehmen, dass jemand Sie wertschätzt?“

Frau C: „Ja, ich versuche es.“

### Übung:

Über mehrere Stunden sollen unterschiedliche Dialogebenen ausprobiert werden: Malen, Bewegung, Sprechen. Unterschiedliche Ebenen würden sicher auch unterschiedlich gut „klappen“. Wo hat der Patient ein Gefühl von Kontakt? Wo fühlt er sich verstanden?

### *Maldialog*

Je zwei Patienten teilen sich ein Blatt und versuchen einen Dialog zu führen, also immer abwechselnd zu malen und jeweils entscheidend, ob sie miteinander, aufeinander Bezug nehmend oder nur nebeneinander malen. Manche empfinden Leistungsstress beim Malen. Interessant war ein Paar, bei dem einer sich immer auf den Anderen bezog, nachmalte was dieser vorher gemalt hatte und beide danach feststellten, dass sich keinerlei Gemeinsamkeit oder Kontakt zwischen ihnen ergeben hatte; das mechanische Nachmachen stellt also keinen Kontakt her, weil es sich nicht innerlich auf den Anderen bezieht.

---

<sup>7</sup> vgl. Willke, Hölter, Petzold; siehe a.a.O.

Ein weiteres Paar kam erst miteinander klar, nachdem Frau S ihrem Partner einen festen Rahmen zugewiesen hatte. Zuvor hatte er recht wahllos, überall auf dem Blatt, also auch auf „ihrer“ Seite hingemalt. Der Rahmen gab ihm die nötige Struktur sich zurechtzufinden, auf dem Bild wie in seiner Form der Kommunikation; Frau S kam wiederum erst zurecht, nachdem sie ihre Grenze gezeigt hatte.

Ein letztes Paar, das sonst nichts miteinander zu tun hatte, äußerte sich: „es war erstaunlich, harmonisch... dass jemand so auf mich eingeht! ... wir haben uns ergänzt, es war schön.“

### *Bewegungsdialog*

Manche haben einander gespiegelt, Andere haben die Bewegungen des Partners weitergeführt. Auch beim Bewegungsdialog zeigte sich bei Einigen, dass der Dialog mehr ist als die Summe der einzelnen „Äußerungen“; es entsteht Beziehung.

Bsp.: Frau N meinte, sie würde zu starke Bewegungen machen. „Hat Ihre Partnerin andere Bewegungen gemacht?“ Ja, weichere, das hat mir gut getan, da konnte ich auch weichere machen.

Bsp.: Frau S fand ihre Begegnung harmonisch, nun möchte sie dies (vor der Gruppe!) von ihrer Partnerin bestätigt wissen - in der Bewegung hatte sie sich bestätigt gefühlt.

Der verbale Dialog ist natürlich der geübteste; er verflacht aber auch leicht. Wie sich Frau S und Herr G im Maldialog auseinandergesetzt haben, hätte auf verbaler Ebene schnell eskalieren können und hätte deshalb wahrscheinlich gar nicht statt gefunden; eine Klärung ihrer gemeinsamen Kommunikationsregeln aber dann leider auch nicht.

Bei den Kontaktübungen schien den Patienten die Parallelität zu ihren eigenen Themen der Kommunikation im Alltag besonders deutlich.

## **Gruppe**

Gegen Ende der Stunde wurde oft ein großes, rundes Tuch gemeinsam geschwungen, u.a. wurde versucht, ein Ball durch Auf- und Abbewegungen darin kreisen zu lassen. Erstaunlicherweise war das Gelingen eher abhängig von der aktuellen Stimmung und Harmonie der Gruppe als von der körperlichen Verfassung der Einzelnen.

Übung: Die Patienten laufen, jeder für sich, durch den Raum. Dann soll die Aufmerksamkeit in den Raum, auf die Anderen gelenkt werden: Wie ist es jemanden zu treffen? Möchte ich ihn nur anschauen, lächeln, Guten morgen sagen, Hand geben oder keinen Kontakt?

Frau C wollte für sich bleiben, der Rest war plötzlich eine überaus vitale, freundliche Gruppe, es wurde gelächelt, Hände geschüttelt, kurzes Schwätzchen gehalten. Was im Alltag so schwer erscheint –die morgendliche Begrüßung untereinander fiel deutlich gedämpfter aus-, konnte hier spielerisch geübt und genossen werden.

### 3.2.5 Gefühle

Gefühle überhaupt wahrzunehmen fällt dem depressiven Patienten zunächst schwer. Die Depression ist Ausdruck davon, bestimmte Gefühle gar nicht mehr wahrnehmen zu wollen. Sie ersetzt Gefühle wie Wut, Trauer und Ohnmacht. Dass auch schöne Gefühle kaum noch empfunden werden, ist ein trauriger Nebeneffekt. Die vorgenannten Qualitäten von Wahrnehmung, Bewegung, Kraft und Kontakt, also Beziehung zeichnen sich dadurch aus, dass sie positive Gefühle auslösen können. Diese wahrzunehmen bedeutet einen besonderen Zuwachs an Lebensqualität und Freude.

#### Übung:

Jeder soll sich spontan eine Bewegung ausdenken, die mit einem Gefühl verbunden ist. Über die Hälfte (!) der Gruppe benennt das Streicheln eines Haustieres: Herr R streichelt durch die Luft: „Wenn die Katze schnurrt, wird mein Körper locker.“ Frau W öffnet ihre Hände: „Der Hund legt seinen Kopf vertrauensvoll in meine Hände“

Herr B: „Die Katze ist warm und weich, es könnte auch eine Frau sein,“

Herr S streichelt den großen Hund seines Nachbarn. Zum ersten und einzigen Mal während seines Aufenthaltes sehe ich ihn lächeln.

Hier offenbart sich die mutmaßliche Einsamkeit.

Frau H steht unter der Dusche, seift sich ein und genießt den Hautkontakt.

Auch die unangenehmeren Gefühle bringen leibliche Assoziationen, die in der Reflektion aufgeklärt werden können. Frau C, die sich vor ihrem bevorstehenden Umzug fürchtet, hatte an eine kalte Dusche gedacht. Herr D wollte 'was wegwerfen', auf Nachfrage erzählt er von seiner Verschleppung durch die Russen. Herr S haut sich auf die Stirn; er ärgert sich darüber, dass er so viel nicht mehr kapiert.

Die Übung zeigt nicht nur wie sehr Gefühle körperlich empfunden und ausgedrückt werden, sondern vor allem auch, dass über den Leib positive Gefühle erinnert und damit auch wieder aktiviert werden können. Positive Gefühle stellen außerdem eine außerordentliche Motivation dar, etwas empfinden zu wollen. Vielleicht ist der Patient irgendwann dazu bereit, sich mit seinen anderen Gefühlen und der Depression auseinanderzusetzen.

#### Übung:

Es werden Gefühlszustände benannt, die in Bewegung umgesetzt werden sollen. Jedem, dem etwas einfällt, zeigt seine Assoziation.

Bei 'egal' lassen die meisten die Arme los und die Schultern fallen. Bei Manchen ist ein Impuls zum Wegschleudern erkennbar; es soll wohl egal sein?

Bei 'fröhlich' werden fast durchgängig die Arme hoch gerissen, Herr S reibt sich die Hände.

Bei 'zufrieden' lehnen sich die meisten an die Stuhllehne, kuscheln sich ein bisschen ein oder strecken die Beine aus. Herr R kommt an seine Trauer, weil er sich an die schöne Zeit mit seiner Frau erinnert. Herr S macht eine Handbewegung mit der Faust; auf Nachfrage erklärt er die Bedeutung: „Ich habe es geschafft!“

Die größten Unterschiede gibt es zum Thema 'ärgerlich': es wird geboxt, mit der Faust auf die Stuhllehne geschlagen, einer kratzt sich am Kopf (über den er sich ärgert), eine dreht sich weg und einige tun gar nichts.

Es entsteht eine Diskussion, ob Ärger eine zulässige Empfindung ist und wie man mit ihr umzugehen hat. Frau H: „wenn ich boxe, kriege ich doch einen zurück?!“ Anscheinend hat sie so wenig Zugang zu diesem körperlichen Ausdruck, dass sie ihn gar nicht als Symbolik erfasst. Bei der nächsten Stunde soll das Thema vertieft werden:

Nach Vorübungen (zum Thema Kraft) werden unterschiedliche Assoziationen angesprochen: welche Bewegung passt zum Thema oder fällt ein? Welche Farbe passt zum Thema? Welche Bewegung passt zur ausgewählten Farbe? Etc.

Einige nannten die Farbe grau, man könnte meinen, der Ärger solle im Nebel bleiben. Frau G wollte die Faust zeigen, ließ dann aber die Arme in den Schoß fallen, die Faust im Raum zu zeigen ging ihr zu weit. Frau S gibt die Farbe grün an mit dem Hinweis, sie habe aufgrund eines Leberschadens keine Galle mehr und lasse zuviel raus?

Herr B springt auf, sagt laut und deutlich: „Es reicht, schon wieder bin ich dran, ich gehe jetzt!“ Herr R benutzt kraftvolle Bewegungen, aber nur, um imaginär etwas weg zu schieben: „Ärger wird runtergeschluckt.“ Mit der Aussage wird ihm bewusst, dass es wohl nicht der gesündeste Weg ist.

Frau H fallen keine Bewegungen ein, die sie mit Ärger assoziieren würde. Vielleicht hilft eine Imagination: „Wurden sie schon einmal von einer Fliege genervt, die um sie herum surrte und immer wieder kam, obwohl man sie zunächst nur freundlich wegwedelte?“ Nach kurzer Zeit hat Frau H sich in diese Vorstellung eingefunden, energisch vertreibt sie die imaginären Fliegen um sie herum mit zorniger Stimme, entsprechenden Ausrufen und heftigen Bewegungen. Auch hier ist erkennbar, dass das Potential sowohl für kraftvolle Bewegungen als auch für Gefühle von Ärger oder Genervt sein, die notwendig sind, um aus der Passivität heraustreten zu können, vorhanden sind. Aufgabe der therapeutischen Arbeit ist es, den Zugang wieder herzustellen.

Bei Herrn G kam die bestehende, aber für sich behaltene Wut in der Reflektion zu Tage. Bei einer Spiegelübung hatte er sich offenbar von seiner Partnerin bevormundet gefühlt. Nachdem in der Reflektionsrunde eine Patientin gesagt hatte, die Bewegung habe sie aufgewärmt, äußert sich Herr G: „Ja, das Blut kocht... Beim Spiegeln mache ich lieber vor. Beim Tanzen führen Männer ja nicht... Oder auch zu Hause. Wenn man heim kommt und sich ausruhen will und dann soll man sonst was machen!“

Auf weitere Gedanken zu dem Thema lässt sich Herr G leider nicht ein. Seine depressive Stimmung scheint eher durch Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht gekennzeichnet zu sein. (Das Reflektieren über die Art und Weise der vorhergehenden eigenen Bewegungen ist bereits ein erster Schritt zu sich selbst.)

Wenn dem Zugang zu dem Gefühl 'Wut' schon heilsame Wirkung zugesprochen wird, so gilt dies natürlich erst recht für die Freude.

Freude wird – vor allem in der Gruppe - leichter in spielerischen Übungen empfunden. Neben den bereits erwähnten Lebensqualitäten ist dem Spiel also auch bei 60 bis 80 Jährigen besondere Bedeutung zuzumessen.

Übung im Raum:

„Wir laufen durch den Wald...auf unterschiedlichen Böden...Moos, Waldweg, über Baumstämme...“ Die Patienten werden zu weiteren Assoziationen eingeladen. Frau Z: „Die Bäume sind schön bunt“ Frau W: „Die Blätter rascheln.“

Frau B zeigt in die Ferne: „Da hinten ist ein Reh“ Die ganze Gruppe reagiert, manche bleiben stehen, alle sind leise, manche kichern oder folgen mit ihrem Blick dem Zeigefinger von Frau B.

„Jetzt gehen wir zur Haltestelle, schnell, da kommt der Bus!“ Alle rennen so gut sie können; offensichtlich haben viele Spaß und lachen. (Im Bus) sitzend beschließen wir uns jetzt Kaffee und Kuchen verdient zu haben.

Frau B, die 6 Wochen zuvor aufgrund eines Suizidversuches noch auf der Intensivstation lag, bringt es auf den Punkt: „Das Spüren war gut. Es war schön, dass wir Spaß hatten, das Miteinander Lachen.“

Lachen ist Ausdruck von Freude und Ausgelassenheit. Wer von Herzen lacht, ist sicher nicht unheilbar depressiv.

### **3.3 Widerstand**

Nähere Ausführungen zu Ursachen und Theorien des Widerstandes würden den Rahmen der Arbeit deutlich sprengen. Trotzdem sollen die wichtigsten Beobachtungen zum Thema aus der praktischen Arbeit genannt werden.

\* Viele Symptome sind Ausdruck eines inneren Konfliktes (primärer Krankheitsgewinn). Wird dieser innere Konflikt weiterhin abgewehrt, können z.B. Somatisierungen, wie körperliche Schmerzen ohne klinischen Befund, zum Mittelpunkt der Betrachtung werden und zahllose enttäuschende Arztbesuche zur Folge haben.

Beispiel:

Frau C hatte in mehreren Stunden bereits aktiv mitgemacht, dabei gelächelt und sich offensichtlich wohl gefühlt. In der Reflektion spricht sie stets nur von ihren Schmerzen im Bein. Als ich sie darauf direkt anspreche, platzt sie heraus: „Warum hilft mir denn keiner?“

\* Auch die erhöhte Aufmerksamkeit und Fürsorge, die eine Somatisierung oder andere psychische Erkrankung im Umfeld mit sich bringen kann, möchte vielleicht nicht mehr vermisst werden (sekundärer Krankheitsgewinn).

„Durch die Krankheiten werden neue Objektbeziehungen zu Mitgliedern des Versorgungssystems geschaffen. Mit zunehmendem Alter bleiben diese möglicherweise als einzige Beziehungen bestehen.“<sup>40</sup>

Wie soll man genesen, wenn das gleichzeitig bedeutet, keine Beziehung mehr zu haben? Wie soll man genesen, wenn das gleichzeitig bedeutet, entweder in einen überfordernden Arbeitsplatz zurückzukehren oder drastische, Existenz bedrohende Einbußen bei den Rentenbezügen hinnehmen zu müssen?

Beispiel: Frau B, die sich trotz anfänglich schwerer Symptomatik nach wenigen Wochen zu einer regelrecht gutgelaunten Patientin entwickelt hatte, deren Stimmung nur getrübt erschien, wenn von der nahenden Entlassung gesprochen wurde.

\* Wie beschrieben ist die Depression auch eine Störung der zwischenmenschlichen Beziehung. In einer von Abhängigkeit geprägten oder anders ungleichen Beziehung, kann die Depression zum Instrument werden; sie kann sich als einzige Möglichkeit darstellen, sich in dieser Beziehung zu behaupten. Denn der Depressive kontrolliert

---

<sup>40</sup> Radebold, Hartmut; die Entdeckung des Körpers; aus Bäuerle siehe a.a.O; S.197

und blockiert das Handeln des Anderen – auch das eigene und dasjenige des Therapeuten.<sup>22</sup>

Frau W: „Ich kann nichts dazu sagen, ich habe nicht mitgemacht!“ Ich hatte anderes beobachtet.

\* Die Diagnose „Depression“ kann eine Entlastung darstellen und mit der richtigen Psychoedukation im besten Fall auch konstruktiv und wegweisend wirken. Sie kann aber auch einen „Stempel“ aufdrücken; der Patient definiert sich dann verstärkt über seine Krankheit und ist noch weniger bereit, Verantwortung für seinen Zustand zu übernehmen. Wenn positive Erfahrungen verbal beantwortet werden mit: „Aber ich hab ja die Depression,“ wird die Diagnose offensichtlich benutzt, z.B. um sich inhaltlich nicht näher damit beschäftigen zu müssen.

\* Auch wenn der Patient Willens ist, etwas zu ändern, fällt dies schwer, wenn Angehörige und Partner dies nicht mittragen. Die Psychoedukation und Einbeziehung der Angehörigen ist schon deshalb von Bedeutung, weil nahe Verwandte das zum Teil schwierige Verhalten der Betroffenen häufig persönlich nehmen.

\* Manche Patienten wollen gar nichts: sich nicht bewegen, nicht reden und sich nicht in therapeutische Behandlung begeben. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass sie sich erst bewegen, wenn ich sie anschau oder sie sich ohne innere Anteilnahme bewegen, sie in der Reflektion nur nachsprechen oder angeblich alles toll finden.

Beispiele:

Herr K: „Ich fand alles gut...beides angenehm.“ Findet einer immer alles gut, kann er entweder keinen Unterschied machen oder wehrt das Negative ab.

Herr G: „Es war super!“ Der Ton und die Abruptheit seiner Worte deuteten eher darauf hin, dass er seine Ruhe haben und nicht reden wollte.

Frau K: „Ich bewege mich lieber nicht so sehr. Es geht nicht mehr so wie früher“

Frau K. schränkte sich und ihre Bewegungsfreude ein, um nicht mit dem Defizit konfrontiert zu sein.

Der Therapeut muss verstehen, dass der Widerstand im gesunden wie im pathologischen Bereich eine Schutzfunktion, z.B. vor Überforderung erfüllt.

Manche Patienten brauchen einige Zeit und vor allem das Gefühl, so angenommen und wertgeschätzt zu werden wie sie sind, bevor sie sich selbst annehmen können und den Mut aufbringen, z.B. eine neue Perspektive zuzulassen, etwas Neues versuchen etc.

Tanztherapeutisch kann z.B. versucht werden, den passiven Widerstand des Depressiven mit vorgenannten Übungen zu aktivem Widerstand zu transformieren.

Der aktive Widerstand wiederum, also „was will ich, was will ich nicht, wo sind meine Grenzen“ etc könnten den Betroffenen und sein Umfeld vielleicht ändern.

Will der Patient wirklich nichts ändern, nicht an sich arbeiten, so muss auch dies akzeptiert werden.

Diese Haltung bringt dem Patienten nicht nur den nötigen Respekt entgegen; sie ist auch für den Therapeuten besser als sich in das depressive System einbinden zu lassen und sich den wiederkehrenden offenen und verdeckten Vorwürfen des Depressiven auszusetzen.

---

<sup>22</sup> vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt; siehe a.a.O; S.207

## 4 Persönliche Schlussbetrachtung

Zu Beginn meiner praktischen Tätigkeit, wusste ich nicht, ob ich ältere, depressive Menschen mit Musik, Tanz und Experimentieren mit Bewegungen, mit meinem in der Ausbildung gelernten Handwerkszeug überhaupt erreichen würde, ob ich sie verstehen und ihnen helfen könnte.

Ein Charakteristikum der Tanztherapie, dass der Patient selbst entscheidet wie sehr er sich geistig, körperlich und emotional einsetzt, erwies sich für diese Patientengruppe aufgrund der stark unterschiedlichen Fähigkeiten als besonders vorteilhaft.

Die Art und Weise, wie der Patient sich einsetzt und ausdrückt, gibt mir als Tanztherapeutin eine Idee zu seiner psychischen Verfassung; diese Idee muss jedoch stets offen für neue Eindrücke oder verbale Äußerungen aus der Reflektion bleiben. Der Patient selbst hat mehr als eine Ahnung, er hat Assoziationen und er kann in sich hineinspüren.

Manche mussten erst lernen, dass ich 'nur' Angebote machte und keine Anweisungen gab, die sie ja überfordert hätten. Aber erstaunlich viele Patienten wussten, was gut für sie war – wenn auch eher unbewusst. Im geschützten Rahmen der Therapiestunde bevorzugten die meisten z.B. große und kraftvolle Bewegungen oder Stimmungen von Freude oder Kraft, also Aspekte, die der Depression entgegen wirken können.

Weiterhin konnte ich feststellen, dass gleichzeitig viele auch für sich sorgen konnten, d.h. sich so bewegen, dass sie die Kontrolle nicht verloren, Anderen nicht zu nah kamen oder sich ihrem Bedürfnis entsprechend am Rand des Raumes aufhielten.

Zu erkennen, dass nicht nur das 'Problem', sondern auch die 'Lösung' im Patienten selbst verborgen ist und körperlich ausgedrückt werden kann, bestätigte mich nicht nur in meiner Überzeugung über die Sinnhaftigkeit und das Potential des tanztherapeutischen Ansatz, sondern bestärkte auch meine Achtung gegenüber den Patienten.

Respekt vor dem Alter ist in unserer Gesellschaft keine Selbstverständlichkeit. Und der Depressive wertet sich – und andere – meistens ab. Der Patient kann die Wertschätzung oft nur vom Therapeuten oder Pflegepersonal erfahren und darauf hat er schließlich auch einen Anspruch.

Neben der Wertschätzung möchte ich noch das Erkennen der Individualität des Einzelnen hervorheben. In der vorliegenden Arbeit habe ich viel über 'den Älteren' oder 'den Depressiven' geschrieben; es sollten hierbei gruppenspezifische Themen angesprochen, aber keine Pauschalisierungen vorgenommen werden. Gerade der Tanztherapeut geht von seinem Eindruck vom individuellen, körperlichen Gebaren des einzelnen Patienten aus – in Bezug auf dessen Schwächen wie auf dessen Stärken und Ressourcen.

Die Tanztherapie vollbringt vielleicht keine Wunder, doch wie ich anhand zahlreicher Beispiele aufgezeigt habe, konnte sie Patienten aktivieren, sie körperlich, geistig und emotional in Bewegung bringen, die Lebensqualität steigern. Patienten erfuhren mehr Stabilität und Beweglichkeit, sie tanzten und lachten miteinander, knüpften Kontakte.

Dadurch, dass sie Wertschätzung erfuhren und in ihrer Individualität gesehen und angenommen wurden, gewannen sie Selbstvertrauen und den Mut, Neues auszu-probieren oder Dinge anders zu bewerten.

Diese Erfahrung war für mich nicht nur ermutigend, sondern zeigte mir auch, dass ich mit meiner Ausbildung zur Tanztherapeutin eine wunderbare Möglichkeit erworben habe, um durch Bewegung, Wertschätzung und Lebensfreude Menschen dabei zu unterstützen, sich und ihre Stärken wieder zu finden und ihr Leben im Rahmen der Möglichkeiten wieder in die Hand zu nehmen – Erfolge, die auch mir Freude bringen.

## Literaturliste

- \* Heuft, Kruse, Radebold: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; 2. Auflage; Reinhardt-Verlag
- \* Dörner, Plog, Teller, Wendt; Irren ist menschlich, 2. Auflage, 2004; Psychiatrie-Verlag
- \* ICD-10; Internationale Klassifikation psychischer Störungen; 5. Auflage; Verlag Hans Huber
- \* Aus: Bäuerle; Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen; Bern 2000
- Hartmut Radebold: Die Entdeckung des Körpers – Zentrale Aufgabe der Alternspsychotherapie
- Iris Bräuninger: Tanztherapie mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte
- \* Hassan, Haim: Körperbild und sozialer Kontext aus Kondratowitz “Alter und Alltag“; Frankfurt 1988
- \* Ronny Trachsel: Fitness und Körperkult. Entwicklungen des Körperbewusstseins im 20. Jahrhundert
- \* Broda, M: Umgang mit chronisch Kranken; Auswirkungen auf das Körperbild und Körpererleben; Stuttgart 1990
- \* Riemann, Fritz: Grundformen der Angst; 37. Auflage; Reinhardt-Verlag
- \* Bowlby, John; Verlust, Trauer und Depression; 1983; Fischer-Verlag
- \* Möller, Laux, Deister: Psychiatrie und Psychotherapie; 3. Auflage 2005; Thieme-Verlag
- \* Klein, Petra: Tanztherapie, Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein; 2. Auflage, 1998; Dieter Balsies Verlag
- \* Ettl, Thomas; Geschönte Körper - geschmähte Leiber; 2006, Edition diskord
- \* Reddemann, Luise; Imagination als heilsame Kraft; Klett-Cotta Verlag; 12. Auflage; 2006
- \* Willke, Hölter, Petzold; Tanztherapie – Theorie und Praxis; 3. Auflage; 1991
- \* Hamprecht, Martin; Ein Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik; Quintessenz MMV Medizin Verlag GmbH; 1996
- \* Baltes; Produktives Leben im Alter; Frankfurt 1996
- \* Sachweh, Svenja; Schätzle hinsitze!; Frankfurt 1999