

BEWEGTES PSYCHODRAMA

**WECHSELSEITIGE BEEINFLUSSUNG VON PSYCHOMOTORIK UND
PSYCHODRAMA AM BEISPIEL KÖRPERWAHRNEHMUNG UND TANZ IN DER
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER
LANDESNERVENKLINIK
SIGMUND FREUD IN GRAZ**

Hausarbeit

Universitätslehrgang Psychotherapie - Psychodrama

vorgelegt von

Mag. Dr. Ursula Apolloner

Department für
Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
an der Donau-Universität Krems

Graz, im Juni 2009

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	2
1 EINLEITUNG	3
2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN	5
2.1 ENTWICKLUNG DER KOMPETENZEN ZUM SPONTANEN UND KREATIVEN HANDELN	5
2.2 THEORIE DER ROLLENEBENE IM PSYCHODRAMA.....	5
2.2.1 <i>Die Psychosomatische Rollenebene - von der Geburt bis zum Alter von 18 Monaten ..</i>	<i>7</i>
2.2.1.1 Handlungskompetenz	7
2.2.1.2 Grenzmarkierungen	7
2.2.2 <i>Die Psychodramatische Rollenebene - vom 15./18. Monat bis zum 4./6. Lebensjahr</i>	<i>8</i>
2.2.2.1 Handlungskompetenz	8
2.2.3 <i>Die Soziodramatische Rollenebene - vom 4./6. Lebensjahr bis zur Postadoleszenz.</i>	<i>8</i>
2.2.3.1 Handlungskompetenz	9
2.2.3.2 Grenzmarkierung	9
2.2.3.3 Niveau 1: differenzierte, subjektive Perspektivenübernahme.....	9
2.2.3.4 Niveau 2: Selbstreflexive, reziproke Perspektivenübernahme.....	9
Niveau 3: Dritte Person- und gegenseitige Perspektivenübernahme	10
2.2.3.6 Niveau 4: Tiefenpsychologische und gesellschaftlich-symbolische Perspektivenübernahme	10
2.3 PSYCHOMOTORIK.....	10
2.3.1 <i>Entstehung der Psychomotorik.....</i>	<i>10</i>
2.3.2 <i>Methoden der Psychomotorik.....</i>	<i>11</i>
2.4 PSYCHOMOTORIK UND PSYCHODRAMA	12
2.5 TANZTHERAPIE	13
2.5.1 <i>Anfänge der Tanztherapie.....</i>	<i>13</i>
2.5.2 <i>Verschiedene Ansätze der Tanztherapie.....</i>	<i>14</i>
3 KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE ABTEILUNG.....	15
3.1 KURZBESCHREIBUNG DER ABTEILUNG.....	15
3.2 KINDER- UND JUGENDLICHE IM AMBULANTEN, STATIONÄREN UND TEILSTATIONÄREN BETRIEB	15
3.2.1 <i>Kindergruppe.....</i>	<i>15</i>
3.2.2 <i>Jugendgruppe.....</i>	<i>15</i>
3.2.3 <i>Intensivgruppe.....</i>	<i>16</i>
3.3 DAS MULTIPROFESSIONELLE TEAM.....	16
3.4 THERAPIEANGEBOTE	16
4 KÖRPERORIENTIERTE VERFAHREN UND PSYCHODRAMA.....	17
4.1 KÖRPERWAHRNEHMUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG	18
4.2 TANZ IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG.....	20
4.2.1 <i>Tanzworkshop- Auswahl der Kinder und Jugendlichen</i>	<i>20</i>
4.2.2 <i>Die Erwärmung.....</i>	<i>21</i>
4.2.3 <i>Einteilung der Tanz - Bühne.....</i>	<i>21</i>
4.2.4 <i>Materialien im Tanz.....</i>	<i>22</i>
4.2.5 <i>Themen im Tanz</i>	<i>22</i>
4.2.5.1 Den Körper erwecken	22
4.2.5.2 Den Raum erforschen – Begegnungen.....	22
4.2.5.3 Namenstanz.....	23
4.2.5.4 Gefühle tanzen.....	23
4.2.5.5 Das Ritual - ein Geschenk	23
4.2.6 <i>Ablauf einer Einheit und Abschluss</i>	<i>24</i>
5 REFLEXION UND AUSBLICK	26

6	LITERATURVERZEICHNIS	27
7	ANHANG	28

1 EINLEITUNG

Als Sporttherapeutin auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung bin ich stets gefordert spontane und kreative Lösungen zu finden um Bewegung und Sport den Kindern und Jugendlichen ein Stück näher zu bringen. Dabei zählen Spaß an der Bewegung, Freude und ein angenehmes körperliches Wohlbefinden zu den wichtigsten Motivationen. Sporteinheiten im Kontext der Psychiatrie sind um einiges spontaner und kreativer als in Schulen, Kindergärten oder im Fitnessbereich. Neben Phasen des Widerstands und zahlreichen Phasen der Motivation, werden neue Formen des sportlichen Angebots gerne angenommen. Entspannungstechniken wie Qigong, Yoga, Atemübungen und Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Körperwahrnehmung, Laufband, und Tanz zählen zu den Aktivitäten die Kinder und Jugendliche als Besonderheiten wahrnehmen und gegebenenfalls eigenständig einfordern. Das Feedback ist durchwegs positiv und Kinder und Jugendliche der Station motivieren immer wieder andere MitpatientInnen. Da viele der PatientInnen schwer traumatisiert sind ergeben sich erhöhte Anforderungen in Bezug auf Sicherheit, Stabilität und Vertrauen.

Inspiziert durch eigene Erfahrungen im Tanz und Ausdruckstanz und durch die Arbeiten von *Trudi Shoop*, *Elke Willke*, *Hilarion Petzold et al.*, die in ihren Büchern eingehend über „Tanz“ und „Tanztherapie“ geschrieben haben und über Erfahrungen im Kontext der Psychiatrie berichten, biete ich ca. alle drei bis vier Wochen einen Tanzworkshop für die Kinder und Jugendlichen der psychiatrischen Abteilung des LSF-Graz an. Da sich Psychomotorik und Psychodrama immer wieder wechselseitig beeinflussen, möchte ich am Beispiel Körperwahrnehmung und Tanz die Schnittpunkte beider Methoden aufzeigen. Ziel dieser Hausarbeit ist es der Frage nachzugehen, inwieweit Körperwahrnehmung und Tanz im Psychodrama integriert werden können bzw. bereits integriert sind.

Zu Beginn möchte ich kurz auf die theoretischen Theorien beim Psychodrama, der Psychomotorik und dem Tanz eingehen. In der Theorie der Rollenebenen von

Michael Schacht werde ich nur die beiden Aspekte Handlungskompetenzen und Grenzmarkierungen, die einen Übergang von einer Ebene in die nächst markieren erörtern. Nach dem theoretischen Teil beschreibe ich die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Landesnervenklinik Sigmund Freud ohne auf genaue Details einzugehen. Abschließen möchte ich mit dem Kapitel Körperorientierter Verfahren - Körperwahrnehmung und Tanz mit Kindern und Jugendlichen der Abteilung.



Tanzworkshop: Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung LSF-Graz, 20

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 Entwicklung der Kompetenzen zum spontanen und kreativen Handeln

Der junge Mensch entwickelt im Verlauf seines Lebens eine Fülle von Handlungskompetenzen, die dazu dienen, die wechselnden Anforderungen des Lebens spontan und kreativ zu bewältigen. *Michael Schacht* erklärt in seinem Buch „*Das Ziel ist im Weg*“ (2009: 21-64) anhand der „entwicklungsgeschichtlichen Schichttorte“ die wesentlichen Merkmale der Rollenebenen.

Spontaneität und Kreativität sind Basis der Theorie von *Moreno* und eng miteinander verbunden. „*Während die Spontaneität einen kreativen Akt vorbereitet bzw. fördert, ist Kreativität in diesem Akt, in dieser Situation selbst Ausdruck*“ (*Erlacher-Farkas B, et al., 1996: 84-85*). Sie sind für ihn „*die letztendliche Quelle aller Existenz und aller Werte*“ und können als Modell der Selbstorganisation betrachtet werden. (*Schacht M, 209:65*).

2.2 Theorie der Rollenebene im Psychodrama

Die psychodramatische Theorie, welche bis weit in die 80er Jahre hinein eher geschlossen war, ließ immer häufiger Arbeiten entstehen, in denen psychodramatische Theorien zunehmend differenzierter betrachtet und weiterentwickelt wurden. In „*Spontaneität und Begegnung*“ (2003: Vorwort), versucht *Michael Schacht* das psychodramatische Menschenbild mit der modernen Entwicklungspsychologie in Einklang zu bringen.

Die Rollentheorie ist eine Errungenschaft *Morenos* und das wichtigste diagnostische Instrument im Psychodrama. Nach *Moreno* sind Handlungsmuster mit unterschiedlichen, individuellen Gestaltungsräumen, soziokulturell vorgegeben. *Von Ameln F, et al. (2005: 548)* beschreiben weiter: „*Jeder Mensch spielt in*

unterschiedlichen Kontexten verschiedene Rollen, die gemeinsam seine Identität ausmachen: Das Selbst entsteht aus Rollen. Handeln im Allgemeinen und in sozialen Kontexten im Besonderen ist daher immer auch ein Produkt einer Interaktion von Rolle und Komplementärrolle.“

Moreno sieht die Entwicklung des Kindes als eine kooperative Leistung, bei der vorsprachliche und nicht-sprachliche Komponenten eine wichtige Rolle spielen. Die Entwicklung des Kindes verläuft in drei Stadien, die er „psychische Universen“ nennt (Zeintlinger-Hochreiter, 1996: 172-176). Ausgehend von Morenos psychischen Universen, hat Michael Schacht seine Theorie der Rollenebene entwickelt.

Damit soziale Interaktionen angemessen koordiniert werden können, ist es für alle Beteiligten wichtig, dass jeweilige Gegenüber zu verstehen. In den meisten Alltagssituationen können wir auf Rollenkonserven zurückgreifen, mit deren Hilfe das Verhalten der Anderen interpretiert werden kann. Es gibt allerdings Situationen, in denen diese emotional-kognitiven Schemata nicht wirksam sind und es notwendig wird einen inneren Rollentausch, d.h. innerlich in die Rolle des Anderen zu wechseln, durchzuführen. Die Fähigkeit zum inneren Rollentausch bzw. Rollenwechsel erfordert das Zusammenwirken von zahlreichen Handlungskompetenzen, die entwickelt werden müssen (Schacht M, 2003: 17-35). Aus rollentheoretischer Perspektive geht es darum welche Kompetenzen sich entwickeln um an Rolleninteraktionen teilzunehmen. Der junge Mensch agiert gleichzeitig als *role giver* und als *role receiver*. Michael Schacht (2003: 40-45) geht von einem Binnenverhältnis der psychosomatischen, psychodramatischen und soziodramatischen Rollenebene aus, wobei im Verlauf eines Lebens die psychosomatische durch die beiden anderen Ebenen ergänzt und bestenfalls integriert zusammenwirken und so menschliches Handeln bestimmen.

2.2.1 DIE PSYCHOSOMATISCHE ROLLENEBENE - VON DER GEBURT BIS ZUM ALTER VON 18 MONATEN

Die Psychosomatische Rollenebene bildet die Basis allen Erlebens und bleibt ein Leben lang erhalten.

2.2.1.1 HANDLUNGSKOMPETENZ

Auf der psychosomatischen Rollenebene entwickeln sich die Handlungskompetenzen in den ersten 15 –18 Lebensmonaten. Der Säugling ist sowohl *actor* als auch *interactor*, d.h. sozial Handelnder, er steht von Beginn an in aktiver Auseinandersetzung mit seiner Umwelt und hat bereits viele Möglichkeiten sich aktiv an Interaktionen zu beteiligen, ist jedoch weitgehend auf Regulierungen seiner Kompetenzen von Bezugspersonen angewiesen. Rollenerwartungen werden zwischen Säugling und Eltern oder Bezugspersonen nonverbal mittels Gestik und Mimik ausgehandelt. Der Säugling zeigt sich als *role giver* über Zuwendung (Impulse zur Kontaktaufnahme) oder Abwendung (Rückzug aus der Interaktion). In *the act* entwickelt sich ein implizites Selbstempfinden, das nicht bewusst ist und er macht in den ersten Lebensmonaten viele Erfahrung und erwirbt dementsprechendes Wissen. Auf dieser Ebene geben affektive Empfindungen dem Säugling Sinn (Schacht M, 2009: 22-23).

2.2.1.2 GRENZMARKIERUNGEN

Nach Ansicht *Morenos* gibt es beim Übergang vom ersten zum zweiten psychischen Universum, also von der psychosomatischen zur psychodramatischen Rollenebene zwei Grenzmarkierungen:

- ✧ *Erste Grenzmarkierung*: das Kind erkennt sich selbst im Spiegel, das Kind erlangt Ich-Erkenntnis
- ✧ *Zweite Grenzmarkierung*: durch das Entstehen zweier *Metazonen*: die eine entwickelt sich in Richtung Realitätshandlung (unmittelbar in *the act*), die zweite in Richtung Fantasiehandlungen, d.h. innerlich Dinge und Ereignisse vorzustellen, auch wenn diese nicht direkt wahrnehmbar sind. Durch diese inneren Vorstellungen und Symbole kann sich das Kind für realitäts- und fantasiebezogene Handlungen erwärmen (*Morenos* Meta-

Zone). Damit wird eine einfache Form einer Planung im Voraus möglich und bereits vergangene Ereignisse können mit Hilfe innerer Vorstellungen zurückgerufen werden (*Schacht M, 2003: 115-117*).

2.2.2 DIE PSYCHODRAMATISCHE ROLLENEBENE - VOM 15./18. MONAT BIS ZUM 4./6. LEBENSJAHR

Zauber und Magie kennzeichnen die psychodramatische Rollenebene. Ist, das Erleben und Handeln auf der psychosomatischen Ebene an unmittelbar wahrnehmbare äußere Reize gebunden, d.h. sie sind in *the act* eingebunden, so wird diese Begrenzung mit dem Schritt in die psychodramatische Ebene überwunden. Das Kind kann innere Vorstellungen entwickeln, die von äußeren Reizen unabhängig sind. Es begreift, dass menschliches Handeln von Wünschen, Bedürfnissen und Zielen geprägt ist.

2.2.2.1 HANDLUNGSKOMPETENZ

Die Sprache kommt als wichtiges Werkzeug hinzu und Rollenerwartungen als *role giver* bzw. *role receiver* können ausgehandelt werden. Auf dieser Ebene entwickelt das Kind erstmals ein Selbstbild und ein Selbstbewusstsein, dass jedoch durch die Hilfs-Iche bestätigt werden muss. „*Gedanken über reale Lebenssituationen und darauf aufbauende Überzeugungen werden jedoch als exakte Kopien der Ereignisse erlebt (copy theory of mind)...Die Welt des Kindes wird durch seine copy theory of mind begrenzt. Es gibt nur eine einzige Sicht der Dinge, so und nicht anders.*“ (*Schacht M, 2009: 23-25*).

2.2.3 DIE SOZIODRAMATISCHE ROLLENEBENE - VOM 4./6. LEBENSJAHR BIS ZUR POSTADOLESZENZ

Im Alter von 4-6 Jahren überschreitet das Kind die Schwelle zur soziodramatischen Rollenebene. Es lernt, dass zwei Menschen über einen Sachverhalt unterschiedlich denken können und entwickelt somit ein differenziertes Verständnis von Personen. Sprache gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die komplexere soziodramatische Rollenebene ergänzt die bereits

verfügbaren Handlungskompetenzen der basalen Rollenebenen (psychosomatische und psychodramatische Ebene).

2.2.3.1 HANDLUNGSKOMPETENZ

Die Perspektivenübernahme wächst und Rollenerwartungen können nun gemeinsam ausgehandelt werden. Das Kind kann über das Selbst nachdenken (Selbstreflexion) und Fühlen und Denken wird als subjektiv erkannt. (Schacht M, 2009: 25-27).

2.2.3.2 GRENZMARKIERUNG

Die Entwicklung der soziodramatischen Rollenebene wird durch qualitative Veränderungen markiert. Das Verhältnis von Realität und Fantasie verändert sich und Zauber und Magie verabschieden sich. Die magische Qualität des Denkens rückt in den Hintergrund, dennoch bleibt Fantasie bedeutsam und Imagination erhalten. Oftmals wird magisches Vertrauen durch die Kraft des Wünschens ersetzt. Das Kind lernt implizite Regeln besser kennen, entwickelt Vorstellungen von der Organisation verschiedener Rollen innerhalb eines Handlungsprozesses und wird stärker als je zuvor mit Rollen-Erwartungen konfrontiert (Einschulung). Das Kind muss lernen sich den Gruppennormen der Schule anzupassen, stärker als zuvor im Elternhaus oder Kindergarten. Es lernt soziale Regeln auch auf das kindliche Spiel zu übertragen und muss erkennen das Regeln von großer Bedeutung sind (Schacht M, 2003: 194-195).

2.2.3.3 NIVEAU 1: DIFFERENZIERTE, SUBJEKTIVE PERSPEKTIVENÜBERNAHME

Im Alter von 5-9 Jahren ist das Kind fähig Perspektiven zu übernehmen, kann diese jedoch noch nicht integrieren. „Das Erleben auf Niveau 1 wird im Konfliktfall durch die eigenen Bedürfnisse und Wünsche bestimmt“ (Schacht M, 2003: 198-199).

2.2.3.4 NIVEAU 2: SELBSTREFLEXIVE, REZIPROKE PERSPEKTIVENÜBERNAHME

Dieses Niveau wird nach *Robert Selman* im Alter von 7-11 erreicht und kennzeichnet ein selbstreflexives Verständnis. „Ich“ sehe „mich“ selbstreflexiv durch „deine“ Augen.“ *Robert Selman* spricht auch von einem 2. Person Verständnis, da die Perspektive des „Du“ zum Bestandteil des Erlebens der eigenen

Person wird. Auf diesem Niveau erlangt der Jugendliche die Kompetenz mit dem Gegenüber einen inneren Rollenwechsel durchzuführen, das Beziehungserleben bleibt aber gewissermaßen egozentrisch (*Schacht M, 2003: 199-200*).

2.2.3.5 NIVEAU 3: DRITTE PERSON- UND GEGENSEITIGE PERSPEKTIVENÜBERNAHME

Die Fähigkeit, das Geschehen aus der Perspektive eines unbeteiligten Dritten zu betrachten erwirbt sich der Jugendliche im Alter von ca. 10-15 Jahren. Im Konfliktfall können jetzt neue Handlungsmöglichkeiten entstehen, da nicht nur die eigenen Interessen und Wünsche durchgesetzt werden, sondern die Interessen mehrerer Bezugspersonen miteinander in Einklang gebracht werden können. Kollektive Normen und Regeln können begriffen werden.

2.2.3.6 NIVEAU 4: TIEFENPSYCHOLOGISCHE UND GESELLSCHAFTLICH-SYMBOLISCHE PERSPEKTIVENÜBERNAHME

Auf diesem Niveau, das frühestens im Alter von 12 Jahren, jedoch meistens erst gegen Ende der Adoleszenz erreicht wird, entwickelt der Jugendliche die Fähigkeit eine gesellschaftlich-symbolische Perspektive einzunehmen (*Schacht M, 2003: 201-203*).

2.3 Psychomotorik

2.3.1 ENTSTEHUNG DER PSYCHOMOTORIK

Johnny Kiphard hat Psychomotorik in den 60er Jahren in Deutschland bekannt gemacht. In seinem Artikel über die Entstehung der Psychomotorik in Deutschland in *Köckenberger H, Hammer R (2004: 27-43)* schreibt er: „Die Psychomotorische Übungsbehandlung entstand in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Zusammenarbeit von Arzt und Sportpädagogen. Dabei wurden bestimmte grobmotorische, feinmotorische sowie auch soziomotorische Übungssequenzen im Rahmen ganzheitlicher Lernprozesse spielerisch von den Patienten, d.h. von Kindern mit Bewegungs-, Wahrnehmungs-, Lern- und Verhaltensstörungen umgesetzt.“

Inzwischen ist Psychomotorik wissenschaftlich fundiert, wurde weiterentwickelt und findet in vielen Bereichen der Therapie und Pädagogik Anwendung. Man könnte sagen, dass Psychomotorik eine pädagogisch, therapeutische Grundhaltung ist, die über spielerische Erfahrungen zu Ich-Kompetenz, Sach- und Sozial-Kompetenz führt und als körperlicher Ausdruck psychischer Vorgänge angesehen werden kann. Die Psychomotorik stellt das Kind in seiner Gesamtheit, mit seinen Stärken und Schwächen in den Mittelpunkt.

DENN ES GIBT KEINE HANDLUNG OHNE GRUND,
UND DAS, WAS EIN KIND SPONTAN TUT, ENTSpricht IMMER
SEINEN TIEFEN MOTIVATIONEN.

AN UNS LIEGT ES, ZU VERSTEHEN, WAS DIESES TUN WIRKLICH AUSDRÜCKT –
UND DURCH UNSER EIGENES TUN ZU ANTWORTEN.“

(Bernard Aucouturier, Andre Lapierre in „Bruno“, in
(Köckenberger H, et al. 2004: 229-230)

2.3.2 METHODEN DER PSYCHOMOTORIK

Diese Methoden sind spielerisch, ohne Zwang und Leistungsvergleiche und sollen sich an den Bedürfnissen der Kinder orientieren. Zu den Methoden der Psychomotorik zählen nach *Köckenberger H* (2004: 230):

- ✧ Bewegungsaufgaben
- ✧ Bewegungsgeschichten
- ✧ Freispiel
- ✧ Stationsbetrieb
- ✧ Bewegungsraum

2.4 Psychomotorik und Psychodrama

Helmut Köckenberger schreibt in seinem Artikel: *Expressive Psychomotorik – Psychomotorik im Kontext des Psychodramas* in *Köckenberger H, et al.:* (2004: 223-242) ausführlich über die Verbindung von Psychomotorik und Psychodrama. Nach seiner Ansicht können die Ideen *Morenos*, das Psychodrama betreffend Bewegungserfahrungen vertiefen und mit Gehalt füllen. Alleine in der Beobachtung schaukelnder Kinder, oder Kinder am Rollbrett oder in einer Höhle sehen wir, wie Kinder im bewegten Spiel, nach eigener Regie dramatische Aufführungen gestalten. Sowohl das Psychodrama als auch die Psychomotorik bieten Überschneidungen, die gerade bei Kindern- und Jugendlichen zum Tragen kommen. Psychodrama und Psychomotorik berufen sich auf das humanistische Weltbild und betonen einen engen Zusammenhang von Bewegung, Handlung und psychischen Vorgängen. Über beide Methoden finden wir einen direkten Zugang zu emotionalen und sozialen Problemen über die körperliche Erfahrung.

Kinder lernen über das Rollenspiel genauso wie durch darstellende Bewegungen und Handlungen Gefühle auszudrücken. Gefühle bereichern unser menschliches Leben und werden über Bewegung und Haltung genauso wie über Mimik und Gestik ausgedrückt. Gefühle begleiten uns die ganze Zeit und kontrollieren unsere Bewegungen und füllen Bewegungen mit Inhalt. Sie sind bei der Motivation und beim Antrieb beteiligt und können Wünsche und Erwartungen kreieren. Gefühle bauen Spannung auf und können Entspannung verhindern oder initiieren. Körperliche Stabilität und Gleichgewichtsvermögen beeinflussen emotionale Stabilität und Ausgewogenheit. Weitere Zusammenhänge zeigen sich in Beweglichkeit und Spontaneität und Flexibilität, aber auch in Körperbe- und Selbstbeherrschung. Über positive Bewegungserlebnisse erfahren wir Vertrauen und Mut und können dadurch mit unseren Ängsten und Verzweiflungen in ausweglosen Situationen besser umgehen.

2.5 Tanztherapie

Zahlreiche AutorInnen wie Willke E (2007), Willke E, Hölter G, Petzold H (1999) und Schoop T (2007) haben sich mit dem Thema „Tanz und Tanztherapie“ auseinandergesetzt. Dem Tanz wurden schon immer heilende Kräfte zugeschrieben, die teilweise uralt sind und heute noch in vielen alten Kulturen lebendige und selbstverständliche Tradition haben. Heilung durch Rhythmus, Gruppenrituale und tänzerische Ekstasen gehörten zur Tradition archaischer Menschen und Kulturen. Tanz hat die Kraft sich der expressiven Bewegung zunutze zu machen, um Situationen und Gefühle auszudrücken. Über den Tanz bietet sich für Kranke eine Möglichkeit zur Bewältigung und Heilung von Leiden (Willke E, et al., 1999: 13-14).

Imagination und Imaginationstechniken haben in den letzten Jahren sowohl in der Pädagogik, als auch in der Therapie zugenommen, diese sind nicht neu entworfen worden, sondern in den Wurzeln des Tanzes immer präsent gewesen.

2.5.1 ANFÄNGE DER TANZTHERAPIE

Zu den wohl bedeutsamsten Tanztherapeutinnen in den 20er Jahren, die einen ähnlichen Weg zurückgelegt haben, zählen *Martha Graham* (1894-1991) in Amerika und *Mary Wigman* in Deutschland (Frick-Baer G, et al., 2008: 29).

„Der Tanz kommt aus den Tiefen der inneren Natur des Menschen, dem Unbewussten, wo die Erinnerung weilt (...) Kunst ist die Beschwörung der inneren Natur des Menschen (...) Der Mensch ist dabei, sich selbst als eine Welt zu entdecken.“ (Frick-Baer G, Peter-Bolaender M, 2008: 30)

Die Amerikanerin *Isadora Duncan* (1818-1927) realisierte ihre Auffassung von Tanz im pädagogischen Bereich und fand neue Wege zur Vermittlung von Tanz zur Förderung von Selbst-Verwirklichung (Frick-Baer G, Peter-Bolaender M, 2008: 14). Das Grundmuster von Fallen und Wieder-Stabilisieren zeigt sich auch im menschlichen Gang. Der Schwerkraft nachzugeben und wieder federnd von ihr wegzustreben ist nach *Gabriele Frick-Bear* und *Martina Peter-Boleander* (2008: 56-57) der Kern jeder Bewegung. Aus der Position des Stehens ergeben

sich viele Bewegungserfahrungen im Stehen, Gewichtsverlagerung, Gehen, Laufen, Springen und Hüpfen als fundamentale Erfahrung für Körper und Seele. Durch das Zulassen der Fallbewegung und der Tiefe, das Wirken lassen der Kräfte kann die Gegenbewegung der Aufrichtung, der Mobilisierung eigener Kräfte, der Energieumwandlung in Richtung Höhe einsetzen. *„Die Handlung wird zu einer körperlichen und emotionalen Aussage, zu einer Art, einfach und unwiderruflich zu sagen: „Ich bin“ (Frick-Baer G, et al., 2008: 56).*

Bewegung ist niemals richtig oder falsch, leitend sind nur das ungestörte Lebensgefühl von innen und die Umweltreize von außen

2.5.2 VERSCHIEDENE ANSÄTZE DER TANZTHERAPIE

Auf der Suche nach dem „inneren Tanz“ legt sich der Fokus auf Selbstaussdruck, Selbstexploration und Selbstverwirklichung (Willke E, et al., 1999: 15). Durch die Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Theorien haben sich viele unterschiedliche Richtungen entwickelt wie z.B.:

- ✧ Tanztherapie von Marian Chace
- ✧ Der Ansatz von Lilian Espenak, Trudi Shoops und Bartenieffs
- ✧ Die jungianisch orientierte Tanztherapie nach Mary Whitehouse
- ✧ Die psychoanalytische Tanz- und Bewegungstherapie
- ✧ Tanz in der Integrativen Tanztherapie

3 KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE ABTEILUNG

3.1 Kurzbeschreibung der Abteilung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz, bietet Kindern und Jugendlichen, zwischen 8 und 18 Jahren, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Es gibt einen offenen und einen geschützten Unterbringungsbereich.

3.2 Kinder- und Jugendliche im Ambulanten, Stationären und Teilstationären Betrieb

Kinder und Jugendliche werden mit unterschiedlichen Diagnosen entweder ambulant, stationär oder teilstationär in der Tages- oder Nachtambulanz aufgenommen und behandelt. Die Diagnostik erfolgt nach ICD-10 und MAS (Multiaxiales Klassifikationsschema). Die Einteilung der Kinder und Jugendlichen erfolgt je nach Alter und Diagnoseabklärung in unterschiedlichen Gruppen wie Kinder-, Jugend- und Intensivgruppe, mit unterschiedlichen Behandlungsplänen und Therapiezielen.

3.2.1 KINDERGRUPPE

In der Kindergruppe werden schulpflichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 8-15 behandelt.

3.2.2 JUGENDGRUPPE

In der Jugendgruppe liegt das Alter zwischen 15 und 18 Jahren. Es sind meist Jugendliche welche die Pflichtschule bereits absolviert haben und entweder bereits im Berufsleben sind, oder eine weiterführende Schule besuchen.

3.3.3 INTENSIVGRUPPE

In der Intensivgruppe gibt es keine altersmäßige Einteilung, sondern hier werden Kinder und Jugendliche behandelt, die auf Grund ihrer psychischen Erkrankung eine vermehrte und spezifische Betreuung benötigen.

Durch unterschiedliche Gruppenzugehörigkeit, ergeben sich unterschiedliche Bezugspflegesysteme (Bezugspflegekräfte, Bezugärzte und Bezugspädagogen), die ebenfalls wöchentlich Gruppen anbieten. Auf die Einhaltung einer individuell erarbeiteten Tagesstruktur für jeden Jugendlichen, wird großer Wert gelegt.

3.3 Das Multiprofessionelle Team

Zum Multiprofessionellen Team zählen neben ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, DiplompflegerInnen, SozialpädagogInnen, Sporttherapeutin auch Sozialarbeiterinnen und LehrerInnen. Die Behandlung erfolgt nach einem integrativen Therapiekonzept in dem alle unterschiedlichen Berufsgruppen vernetzt sind und zusammenarbeiten. Durch die stationseigene Heilstättenschule ist eine vorübergehende Beschulung möglich. Die Sozialarbeiterinnen der Abteilung sind mit den zuständigen Jugendämtern extramural vernetzt und koordinieren rechtliche Belange wie z.B. Fremdunterbringungen nach dem JWG, oder unterstützende Begleitmaßnahmen durch den Einsatz von ErziehungshelferInnen (Möstl S, et al., et al.2007: 1-3).

3.4 Therapieangebote

Zu den Therapieangeboten zählen:

- ✧ Medikamentöse Therapie - je nach Bedarf
- ✧ Psychotherapie - im Einzel- und Gruppensetting nach existenzanalytischen, verhaltenstherapeutischen, systemischen, kreativ-gestaltstherapeutischen und hypnotherapeutischen Gesichtspunkten
- ✧ Soziotherapie - mit umfassender Beschäftigungstherapie die vom Team der SozialpädagogInnen organisiert und gemeinsam mit Unterstützung aus dem Pflegepersonal abgedeckt wird.

4 KÖRPERORIENTIERTE VERFAHREN UND PSYCHODRAMA

„Es muß die Mächtigkeit erworben werden, ebenso wie Systeme psychischer, auch die Systeme physischer Reflexe allmählich zu lockern und aufzulösen. Tanz und gymnastische Übungen bilden den Grund, hinzu tritt die besondere Technik des Stegreifkörpers. (...) Der Körper des Spielers muß wie ein Reservoir von Freiheit die Ansätze zu einer möglichst großen Anzahl verschiedener, rapid und sicher ausführbarer Bewegungen bereit haben. (...)..., muß im Körper ein möglichst großer Reichtum von Mitbewegungen aufgespeichert werden, die durch aufkommende Ideen herausgelockt werden können. An frei steigenden Vorstellungen werden sich sinngemäß frei steigende Gesten schließen.“

Moreno folgend, steht im Psychodrama nicht nur die Psyche, sondern auch der Körper im Mittelpunkt der Therapie (Moreno J L, 2008: 252).

Die Einstellung zum eigenen Körper ist nach Joachim Mrazek (in Bielefeld J, 1991: 223-249) ein fundamentaler und gleichzeitig höchst problematischer Aspekt menschlichen Lebens. Der Mensch ist ohne Körper nicht denkbar, stellt also eine notwendige Bedingung menschlicher Existenz dar und ist gleichzeitig Bindeglied zwischen Selbst und Umwelt. Körper kann sowohl als Subjekt oder als Objekt erlebt werden, der zum untrennbaren Bestandteil der Persönlichkeit bzw. des Selbst ist. Wir können „Körper sein“ bzw. „Körper haben“. Selbstwert und die Einstellung zum eigenen Körper hängen eng zusammen. Psychomotorische Lern- und Übungsmöglichkeiten sind eine wichtige Grundlage für die Entwicklung motorischer Fertigkeiten und für die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit. Da körperliche und psychische Gesundheit in der Regel eng miteinander verbunden sind, können diese durch Bewegung erreicht und aufrechterhalten werden, besonders bei somatischen Beschwerden. Ziel soll es sein ein Optimum zwischen zuviel und zuwenig Bewegung zu lokalisieren um eine Harmonie von Körper und Seele herzustellen.

In der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden erhöhte Anforderungen in Bezug auf Sicherheit, Stabilität und Vertrauen gestellt.

„Reddemann und Sachsse (1997) unterscheiden zwischen dem „realen sicheren

Ort“ und dem „inneren sicheren Ort“. (...) Der „innere sichere Ort“ soll helfen, die durch das Trauma verloren gegangene Sicherheit für den Klienten wiederherzustellen und ihm einen emotionalen Bezugspunkt zu geben. „Innere Helfer“, liebevoll und unterstützende Wesen (Hilfs-Ich) schützen dabei vor dem Alleinsein und übernehmen Ratgeberfunktionen (Stamenkovic M, 2006: 243).

Der reale sichere Ort für die Kinder und Jugendlichen der Abteilung ist die stationäre Aufnahme und immer wieder, nach Angaben verschiedener Jugendlicher der „geschlossene Bereich“ der Station.

4.1 Körperwahrnehmung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung

Der Körper ist nach *Antonio R Damasio* (2000: 345) die wichtigste Bühne für Emotionen, ob direkt oder über seine Repräsentation in somatosensorischen Strukturen des Gehirns.

Körperwahrnehmung im Einzel oder in der Kleingruppe findet für die Kinder- und Jugendgruppe einmal pro Woche nach Zuteilung durch die behandelnden ÄrztInnen und PsychologInnen statt. Für die Kinder und Jugendlichen der Intensivgruppen werden gesonderte Zeiten und spezielle Körperbezogene Schwerpunkte vereinbart.

Zur Körperwahrnehmung zählen:

- ✧ Übungen zur Verbesserung der Fein- und Grobmotorik
- ✧ Ballmassage
- ✧ Entspannungs- und Atemübungen
- ✧ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- ✧ Yoga und Qigong
- ✧ Übungen zur Verbesserung des Körperschemas
- ✧ Vertrauensübungen
- ✧ Konstruktionsspiele („Sicherer Ort“)
- ✧ Dart, Billiard, Drehfußball und Tischtennis
- ✧ Gangbildanalyse
- ✧ Wirbelsäulengymnastik

- ✧ Übungen mit dem Pezziball, Sensu Igelbälle
- ✧ Imaginationen
- ✧ Körperwahrnehmungsübungen im Wasser
- ✧ Schaukeln, Klettern, Turnen
- ✧ Musik, Rhythmik und Bewegung
- ✧ Trommeln

Viele Übungen der Körperwahrnehmung zählen zu den Erwärmungstechniken im Psychodrama und können den Abschluss eines Gruppentages, -prozesses bilden. Dies können Entspannungs- und Atemübungen sein, Imaginationen und Vertrauensübungen, Bewegungen nach verschiedenen Rhythmen oder Partnerübung wie Gegenseitiges Abklopfen („*die Jahreszeiten*“, „*Pizza backen*“, etc.). Das Konstruktionsspiel, bei dem verschiedene Materialien zum Einsatz kommen und Konstrukte nach eigenen Vorstellungen gebaut werden ist bereits Vorläufer vom Symbol- und Rollenspiel.

Motivation, Freude an der Bewegung und das attraktive Materialangebot stehen bei allen Übungen der Körperwahrnehmung im Vordergrund. Grundvoraussetzungen für eine stabile Entwicklung und eine Stärkung des Selbstbewusstseins sind, dass die Ziele erreichbar, die Rahmenbedingungen sicher und die Regeln minimal sein müssen (Köckenberger H, et al., 2004: 229).

Körperwahrnehmung in seine Gesamtheit ist auf der Psychosomatischen Rollenebene zu sehen.



Körperwahrnehmung: Konstruktion 1



Körperwahrnehmung: Konstruktion 2

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung LSF-Graz, 2009

4.2 Tanz in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung

„WAS MACHT ES DENN, WIE WEIT WIR GEHEN?“
SPRACH DER WEISSFISCH SEHR GEWANDT.
„DU WEIßT DOCH, AUF DER ANDERN SEIT
GIBT’S EIN AND’RES LAND.
WENN WIR WEIT VON ENGLAND SIND
IST FRANKREICH PLÖTZLICH HIER.
DRUM SEI NICHT TRÜB, MEIN SCHNECKCHEN LIEB, UND KOMM UND TANZ MIT MIR.
KOMM, SO KOMM DOCH, KOMM, SO KOMM DOCH,
KOMM UND TANZ MIT MIR.“

Aus der „Hummer Quadrille“
von Lewis Carroll’s
„Alice im Wunderland“ (Schoop T, 2007)

4.2.1 TANZWORKSHOP- AUSWAHL DER KINDER UND JUGENDLICHEN

Zu Beginn der Woche können sich die Kinder und Jugendlichen, im Rahmen der pädagogischen pflegerischen Gruppe zu den verschiedenen Nachmittagsaktivitäten selbstständig eintragen. Dies geschieht auch für den Tanzworkshop, wobei es noch kurzfristig zu Änderungen kommen kann, wenn Kinder spontan mitmachen möchten oder gerade aus unterschiedlichen Gründen nicht teilnehmen können. Die Größe der Gruppe variiert von 3 bis 12 Kindern und Jugendlichen, wobei eine Gruppengröße von 4-6 optimal ist. Beim Tanzworkshop gibt es keine Differenzierung der Diagnosen. Entscheidend ist die freie Wahl der einzelnen TeilnehmerInnen unter Zustimmung der behandelnden ÄrztInnen.

4.2.2 DIE ERWÄRMUNG

„ich getraue mich nicht...“

„ich kann gar nicht tanzen.....“

„ich möchte nur zuschauen....“

„heute geht es mir sooo schlecht...“

„ich weiß nicht wie das geht, ich bin neu...“

sind nur einige der Äußerungen die ich von den Jugendlichen zu Beginn der Stunde oft höre. Um Ängste zu entkräften, das Vertrauen zu stärken, beginne ich immer am Boden in einer Kreisform sitzend, entweder auf Matten oder Decken. Weitere Decke können zum Einkuscheln verwendet werden. Nach einer kurzen Befindlichkeitsrunde und einer Abfrage nach der Motivation zu diesem Workshop erkläre ich den Ablauf der Nachmittagseinheit, also Zeitstruktur und Inhalte.

„Morenos Begegnungskonzept ist das Leitkonzept für die Beziehung aller am Psychodrama beteiligten. Begegnung beruht nicht nur auf bloßer Interaktion oder Kommunikativer Verständigung, sondern auf einem existenziellen Sich-in-Beziehung-Setzen, einem „intuitiven Rollentausch“.

Moreno geht davon aus, dass jede intensive persönliche Arbeit einer kognitiven, emotionalen und körperlichen Erwärmung bedarf und die Erwärmungsphase fester Bestandteil des psychodramatischen Prozesse ist (Ameln F von, et al., 2005: 546).

4.2.3 EINTEILUNG DER TANZ - BÜHNE

Der Tanzworkshop findet immer im stationseigenen Turnsaal statt und wird manchmal bei schönem Wetter, oder Spontaneität der Gruppe auf die anliegende Wiese im Keller erweitert. Im Turnsaal gibt es Bänke und eine Ecke mit weichen Turnmatten. Diese Bereiche dienen dem Rückzug bzw. als Beobachterbänke, wenn sich Kinder und Jugendliche eine Auszeit nehmen möchten. Der restliche Bereich ist die Bühne zum Tanzen.

Die Bühne ist die symbolische Handlungswelt des Psychodramas und wird durch Sessel, Seile, Tücher aber auch durch Teppiche gekennzeichnet (*Ameln F von, et al., 2005: 546*). Durch die Bühne wird ein Raum abgegrenzt und neue Wirklichkeitsdimensionen, die in die alltägliche Handlungsgrenzen integriert werden können, eröffnen sich (*Tomaschek-Habrina L, 2004: 228*).

4.2.4 MATERIALIEN IM TANZ

Verschiedene Materialien können beim Tanz verwendet werden wie:

- ✧ Musik und Musikinstrumente
- ✧ Tücher
- ✧ Karten: Free-cards, Karten von Krafttieren, Blumen, Märchenfiguren
Affirmationen
- ✧ Zeichenmaterialien: Ölkreiden, Pastellkreiden, Stifte und Zeichenblätter
- ✧ Ton
- ✧ Imaginationen

4.2.5 THEMEN IM TANZ

Unter Einbeziehung verschiedener Techniken, wie „Spiegeln“, „das Gegenteil“, „Nachfolgen“ um nur einige zu nennen gibt es eine Vielzahl von Themen die im Tanz aufgegriffen werden können z.B.:

4.2.5.1 DEN KÖRPER ERWECKEN

Mit Hilfe von Musik werden einzelnen Körperteile erweckt – *vom Kopf über den Nacken zu den Schultern, den Armen, zum Rumpf, zur Hüfte, zu den Oberschenkeln, zu den Kniegelenken, zu den Unterschenkeln und schließlich zu den Knöcheln und zum Fuß*. Diese Methode kann sowohl im Stehen, Sitzen oder am Boden liegend ausgeführt werden.

4.2.5.2 DEN RAUM ERFORSCHEN – UEGEGNUNGEN

Wir Menschen haben einen „*Inner Rhythm*“. Wir haben gelernt auf die Begleitung zu hören, auf Veränderungen in Tempo und Rhythmus, Akzente, Phrasen, Licht und Schatten und dementsprechend tanzen wir, durch Spüren, Beobachten oder Hören (*Salmon S, 2006: 183*).

- ✧ Wie bewege ich mich im Raum?
- ✧ Bleibe ich am Platz stehen oder erkunde ich den Raum?
- ✧ Bleibe ich alleine, oder trete ich in Kontakt mit TeilnehmerInnen?
- ✧ Mache ich kleine oder große ausladende Bewegungen?
- ✧ Brauche ich viel oder wenig Raum?
- ✧ Habe ich meinen eigenen Rhythmus oder gehe ich im Rhythmus der Musik

4.2.5.3 *NAMENSTANZ*

Was verbinden wir mit unserem Namen? Gefällt er uns? Verwenden wir eine Abkürzung? Die Auseinandersetzung mit unserem Namen ist auch durch den Tanz möglich:

- ✧ den Namen mit einzelnen Körperteilen tanzen (Finger, Ellbogen, Kopf, Hüfte, Knie, Fuß)
- ✧ dem gesamten Körper – also in Bewegung
- ✧ ich kann den Namen an die Wand zeichnen oder auf den Boden
- ✧ ich kann meinen Namen groß oder klein schreiben
- ✧ ich kann meinen Namen jemandem vortanzen (paarweise)
- ✧ mein Partner kann versuchen den Namen zu „spiegeln“ oder zu „doppeln“

4.2.5.4 *GEFÜHLE TANZEN*

Emotionen im Tanz darzustellen benötigt viel Fantasie und Kreativität. Mit Free-cards können über unterschiedliche Symboliken, Gefühle benannt und sogar tänzerisch ausgedrückt werden.

4.2.5.5 *DAS RITUAL - EIN GESCHENK*

Diese Übung ist ein persönliches Geschenk am Ende einer Tanzeinheit und löst ein angenehmes Körperempfinden aus. Die TeilnehmerInnen bilden einen Kreis und sofern Zeichnungen angefertigt wurden (Tiere, Namen) können diese in der Mitte auf den Boden gelegt werden. Paarweise wechselt man sein Bild und überlegt sich eine Bewegung, Geste oder einen Tanzschritt für diese Person. Nach einer kurzen Phase des Überlegens, beginnt das Ritual spontan im Kreis.

Die Bewegung wird von einer Person vorgemacht und die gesamte Gruppe wiederholt die Übung 2-3 mal, die beschenkte Person bleibt einfach stehen und lässt das Gefühl auf sich wirken. Dann kommt die nächste Person dran. Modifiziert eignet sich diese Übung auch zu Beginn der Einheit, wenn die Motivation noch nicht geweckt ist. Dabei zeigt eine Person nach der anderen eine Bewegung vor (z.B. „so geht es mir heute“... „so fühle ich mich jetzt“...) und die Gruppe wiederholt diese Bewegung.

Weitere Themen die sich für einen Tanz mit Kindern und Jugendlichen eignen, möchte ich nur anführen:

- ✧ Tanz der Farben
- ✧ Tanz der Blumen
- ✧ Ein Samenkorn erwacht
- ✧ Krafttiere
- ✧ Gegensätze
- ✧ Im Dschungel
- ✧ Unter Wasser
- ✧ Auf dem Bauernhof
- ✧ Im Land der Feen und Elfen
- ✧ Im Zauberwald

4.2.6 ABLAUF EINER EINHEIT UND ABSCHLUSS

Schwerpunkt der ersten Einheit ist ein spontanes und kreatives Bewegen, ein Sich-Einlassen auf Gefühle (mit Hilfe von Karten) und der Versuch verschiedene Rollen einzunehmen (Tiere, Blumen, Märchenfiguren, etc.). Es ist wie beim Stegreifspiel, die Gruppenmitglieder können ihre Rolle frei wählen und nach Vorgabe eines kurzen Szenarios in freier Interaktion spielen. Das Stegreifspiel fördert einerseits die Spontaneität und Kreativität und zeigt andererseits die gesamte Gruppenstruktur auf (Ameln F von, et al., 2005: 549). Am Ende jeder längeren Tanzsequenz leite ich eine Arbeit mit Zeichenmaterialien, Ton oder Musikinstrumenten ein, bei der das Erlebte auf eine andere Art noch einmal dargestellt werden kann. Darauf folgt ein kurzes Rollenfeedback und die Befindlichkeit wird abgefragt.

Vor Abschluss der ersten Einheit folgt ein kurzes Ritual (siehe oben) mit anschließendem Rollenfeedback.

Die letzten 10-15 Minuten der zweiten Einheit – Standardtänze, Lateinamerikanische Tänze, HipHop, Choreographien dürfen die Kinder und Jugendlichen nach eigener Musik frei tanzen und sich so richtig austoben. Der letzte Tanz ist immer ein Gruppenabschlussstanz (Sals, Bachatta, etc.). Ein wechselseitiges Feedback schließt den Nachmittag ab. Durch diese körperliche Aktivierung, die spürbare Begeisterung und das positive Gefühl, drängen die Jugendlichen nach schnellstmöglicher Wiederholung. Die Zeichnungen im Anhang geben einen kurzen Überblick über die Stimmungen und Gefühle verschiedener Kinder und Jugendlicher nach dem „*Namenstanz*“ und „*Tanz der Krafttiere*“.

Abschließen möchte ich mit einem Gedicht von *Theresia von Avila*

TU DEINEM **LEIB** ETWAS GUTES,
DAMIT DEINE SEELE LUST HAT, DARIN ZU WOHNEN

5 REFLEXION UND AUSBLICK

Wie die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit den Themen Psychomotorik, Psychodrama, Körperwahrnehmung und Tanz zeigt, gibt es zahlreiche Schnittstellen und wechselseitige Beeinflussungen. Geht es um den Körper und um Gefühle, werden Ähnlichkeiten und Ergänzungen sichtbar. Psychodramatische Begriffe wie Begegnung, Bühne, Erwärmung, Stegreifspiel, Spiegeln, Spontaneität, Kreativität und Rollenfeedback, um nur einige zu nennen, sind Bestandteil oder sogar Voraussetzung für gutes Gelingen, sowohl bei der Körperwahrnehmung als auch beim Tanz. Körperliche Bewegungen, wirken stimulierend, befreiend, erleichternd und abgrenzend und können zu Beginn und/oder am Ende eines Gruppenprozesses eingesetzt werden. Konstruktionsspiele - die Vorläufer vom Symbol- und Rollenspiel - werden von Kindern gerne initiiert und bieten sich gewissermaßen als Schutzhäuser an.

Aus meiner praktischen Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen im psychiatrischen Kontext, kann ich es unterstreichen, den Körper in der Therapie mit einzubeziehen. Vor allem, sehe ich den Sinn im stationären Setting, mit pubertierenden Jugendlichen. Was in Peergroups nicht erzählt wird, kann über den Körper zum Ausdruck kommen („Fuck-Finger“, Selbstverletzendes Verhalten, etc.).

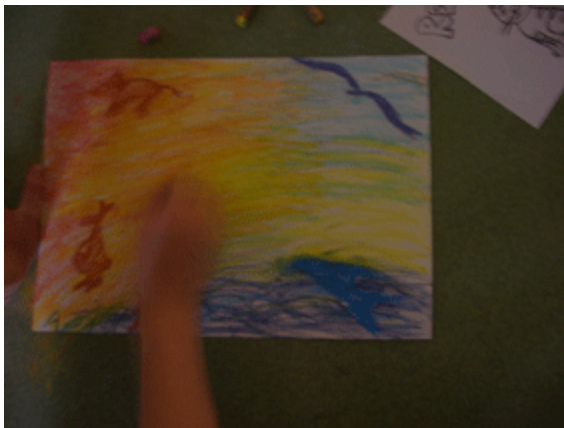
Die Auseinandersetzung und das Wissen um die heilenden Kraft des Tanzes ist in zahlreichen Therapierichtungen gelungen. Eine Integration in die Psychodrama-Therapie erachte ich als notwendig.

Eine bewusste Unterscheidung der psychosomatischen, psychodramatischen und soziodramatischen Ebene, im Erleben durch Bewegung, kann Gegenstand der Masterthesis werden. Dabei können Merkmale und Grenzmarkierungen der einzelnen Rollenebenen, bezogen auf körperorientierte Verfahren, erforscht und beschrieben werden

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Ameln F von, Gerstmann R, Kramer J: Psychodrama. Springer Medizin Verlag Heidelberg; Nachdruck 2005*
- Bielefeld J: Körpererfahrung. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen Toronto Zürich; 2. Auflage 1991*
- Damasio A R: Ich fühle also bin ich. Econ Ullstein List Verlag GmbH & Co Kg, München; 2.Auflage 2000*
- Erlacher-Farkas B, Jorda C: Monodrama. Springer Verlag/Wien; 1996. 84-94*
- Frick-Baer G, Peter-Bolaender M: Bewegte Imagination. Affenkönig Verlag, Neukirchen-Vluyn; 2008*
- Köckenberger H, Hammer R: Psychomotorik. Verlag modernes lernen, Borgmann KG, Dortmund; 2004*
- Moreno J L: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart; 6. Auflage 2008*
- Möstl S, Wiesenhofer E, Neururer B, et al.: Sozial- und Heilpädagogisches Konzept. Bibliothek der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung LSF-Graz; 2007*
- Salmon S: Hören – Spüren – Spielen. zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden; 2006*
- Schacht M: Das Ziel ist im Weg: VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV/Fachverlag GmbH, Wiesbaden; 1. Auflage 2009*
- Schacht M: Rollenwechsel und Rollentausch. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV/Fachverlag GmbH, Wiesbaden; Heft 1/April 2003: 17-35*
- Schacht M: Spontaneität und Begegnung. in Szenario Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH; München, 2003*
- Schoop T: ...komm und tanz mit mir. Hug & Co. Musikverlage, Zürich; Deutsche Ausgabe 2007*
- Stamenkovic M: Psychodramatische Stabilisierungstechniken, Gruppenpsychotherapie mit traumatisierten unbegleiteten jugendlichen Flüchtlingen im Laura Gatner Haus. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV/Fachverlag GmbH, Wiesbaden; Heft 2/September 2006: 239-244*
- Tomaschek-Habrina L: Die Begegnung mit dem Augenblick. Tectum Verlag Marburg; 2004*
- Willke E, Hölter G, Petzold H: Tanztherapie Theorie und Praxis. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn; 3. Auflage 1999*
- Willke E: Tanztherapie. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern; 1. Auflage 2007*
- Zeintlinger-Hochreiter K: Kompendium der Psychodrama-Therapie. in Szenario Verlag und Verlagsbuchhandlung, Köln; 1996*

7 ANHANG





Tanzworkshop: Namen und Krafttiere, Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung LSF-Graz, 2009