

I. Einleitung

Die Tanztherapie im Sitzen kommt hauptsächlich für ältere und/oder kranke Menschen in Frage, die nicht mehr sicher gehen und stehen können, sich vorrangig mit Rollator fortbewegen oder nur noch im Rollstuhl sitzen können. Es gibt immer mehr ältere Menschen, und sie werden im Mittel immer älter (Spitzer 2019: S. 15). Bei meinen Tanztherapiestunden im Seniorendomizil hatte ich häufig mehrere 90-jährige Seniorinnen¹ dabei.

Diese Therapieform kann angewendet werden in geriatrischen Einrichtungen (z. B. Altenheime, Pflegeheime, Seniorendomizile und -residenzen, Seniorentagesstätten, Alten-Service-Zentren), in Volkshochschulen für ältere Teilnehmerinnen, in Fachkliniken für Neurologie, Psychiatrie oder Psychosomatik, in Psychiatrischen Institutsambulanzen für Patientinnen mit Demenz und Alters-Depression sowie für Selbsthilfegruppen mit den entsprechenden Krankheiten. Im Kapitel 2.3. werden die häufigsten Krankheiten näher beschrieben.

Dieses Buch richtet sich vorrangig an Tanztherapeutinnen, die die Tanztherapie im Sitzen als neues oder ergänzendes Betätigungsfeld für sich erschließen möchten. Ich möchte vor allem meine praktischen Erfahrungen weitergeben, um anderen einen schnellen Einstieg in diese Thematik zu ermöglichen.

Tanztherapeutinnen in Ausbildung oder Studentinnen dieser Fachrichtung möchte ich ermutigen, ihr Praktikum in einer geriatrischen Einrichtung zu machen. Die bereits fertig konzipierten Therapiestunden in diesem Buch sollen dazu beitragen, den Schritt in diese Richtung zu erleichtern.

Aber auch Bewegungs-, Sport- und Körpertherapeutinnen, Altenpflegerinnen, Tanzpädagoginnen, Tanzlehrerinnen und Sozialarbeiterinnen werden viele neue Anregungen, Inspirationen und Übungen für ihre Arbeit finden, wenn sie mit älteren oder körperlich eingeschränkten Menschen arbeiten möchten.

Die Leserinnen erhalten mit diesem Buch auch die Möglichkeit, die Inhalte der Musterstunden selbstständig weiter zu entwickeln sowie neue Stunden mit eigenen Ideen und Themen zu konzipieren.

Tanztherapie im Sitzen kann Freude bereiten, sowohl den Teilnehmerinnen als auch der Leiterin. Damit dies so ist, sollte einiges beachtet werden. Wichtige Hinweise dafür finden Sie in diesem Buch.

¹ Da die Tanztherapie überwiegend von Frauen ausgeführt wird und auch die Klienten meistens weiblich sind, habe ich mich entschlossen, durchgängig die weibliche Form zu verwenden. Diese schließt selbstverständlich die männliche und transgeschlechtliche mit ein.

2. Fachlicher Hintergrund

2.1. Bisheriger Kenntnisstand

Über die Tanztherapie im Sitzen gibt es bisher keine Sachbücher. Allerdings liegen vier wissenschaftliche Publikationen vor, die sich mit der Tanztherapie im Sitzen beschäftigen:

So sammelte Petzold (1999) erstmals Erfahrungen, wie sich ältere Menschen mit Tanztherapie im Gruppensetting behandeln und aktivieren lassen. Weil et al. (2007) fanden heraus, dass Tanz- und Musiktherapie in Kombination für kranke Menschen im Rollstuhl erlebnisvertiefend, handlungsaktivierend und sinnfördernd sein kann. Pürschel (2009) publizierte ihre Erfahrungen, die sie in einem Pflege- und Betreuungszentrum gemacht hatte sowie mehrere Musterstunden für tanztherapeutische Interventionen.

Grundlegende Erkenntnisse für die Tanztherapie im Sitzen lieferte Bender (2020a). In ihrer Publikation berichtete sie über die Tanztherapie mit neurologischen Patientinnen im klinischen Setting. Sie legte dar, dass es dabei insbesondere um die noch funktionierenden Aspekte des Körpers und der Persönlichkeit geht. Die Verbundenheit in der Gruppe kann dazu beitragen, die soziale Isolierung aufzuheben.

Ergänzend sei noch erwähnt, dass zum Thema „Tanzen im Sitzen“ in den vergangenen zehn Jahren zahlreiche praxisorientierte Bücher erschienen sind, in denen engagierte Pflegekräfte, Sozialarbeiterinnen und Aktivierungcoachs über ihre Erfahrungen berichten und kreative Choreographien, Sprechverse, Bewegungslieder und -geschichten beschreiben, z. B. Kern (2016), Ebbert (2016), Köhnlein (2016 a, 2016 b), Geier (2017) und Wiedinger (2020).

Tanztherapeutinnen können daraus Choreographien übernehmen und diese ggf. vereinfachen und verkürzen. Außerdem bieten diese Bücher auch weiterführende Möglichkeiten, um neue Ideen für Themen und Materialien zu finden.

2.2 Wirksamkeit

In diesem Kapitel wird dargelegt, warum die Tanztherapie im Sitzen sinnvoll und heilsam ist – sowohl für Seele, Körper und Verstand als auch für den sozialen Kontakt.

Für die Seele:

Die Psychotherapie mit alten Menschen setzt sich mit der Situation auseinander, dass der Abschluss des Lebens in greifbare Nähe getreten ist, der Zukunftshori-

zont fast keine Ausdehnung mehr hat, dass aber die Vergangenheit viele Jahrzehnte umfasst. Dies war einer der Gründe, warum Freud eine psychotherapeutische Behandlung alter Menschen nicht für möglich erachtete. Er hielt den alten Menschen für starr und nicht mehr lernfähig (Petzold 1999: S. 423). Heute denkt man anders. Alte Menschen haben oft eine hohe Fähigkeit, ihr Leben neu zu deuten und das Alte zu verarbeiten (Grün 2012: S. 100).

Nach Pürschel (2009: S. 138, 155) lassen sich in der Tanztherapie die Fähigkeiten betagter Menschen herausstellen und verstärken. Mittel- bis langfristige Ziele können dabei sein: Auflösung der depressiven Grundstimmung, Überwindung von Gefühllosigkeit und innerer Leere, Steigerung des Selbstwertes, Schulung von Körperwahrnehmung und -akzeptanz, Erhöhung des Antriebes sowie Freude, Zufriedenheit und bessere Annahme des Alterungsprozesses.

Forscher sind sich einig, dass Tanz als begleitende Therapie in den meisten Fällen eine sinnvolle Unterstützung für die konventionelle Medizin darstellt. Durch gemeinsames Tanzen mit anderen Betroffenen entsteht oft neuer Lebensmut. Doch auch wenn die Diagnose lebensbedrohlich ist, kann Tanzen helfen, die Krankheit für eine Zeit zu vergessen (Christensen & Chang 2018: S. 164).

Erwähnenswert ist auch der positive Einfluss der Musik, ohne die ein Tanz nicht funktioniert. Musik gibt älteren Menschen ein hohes Maß an Lebensfreude und oft auch schöne Erinnerungen. Die Musik in unserem Langzeitgedächtnis ist eng mit Gefühlen verknüpft. Musik wird in Therapien bewusst eingesetzt, um Menschen mit Demenz Lebensfreude zu schenken und schöne Erinnerungen zu aktivieren (Christensen & Chang 2018: S. 205, 211, 212).

Im neurologischen Setting liegt der Schwerpunkt der tanztherapeutischen Arbeit nicht auf der motorischen Rehabilitation, sondern in der emotionalen Verarbeitung der neurologischen Diagnose und deren Folgeerscheinungen. Die kreative Auseinandersetzung mit Bewegung eröffnet Erfahrungsfelder, die auch zu einer emotionalen Stabilisierung führen können (Bender 2020a: S. 19).

Für den Körper:

Petzold (1999: S. 413, 417) untersuchte die Bewegungsmotivation von über 80-jährigen. Dabei rangierten Tanz neben „leichter Gymnastik“ an erster Stelle. Mit Tanztherapie lässt sich körperliche Bewegung in einer Art und Weise betreiben, dass Spannkraft, Elastizität, physische Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit erhalten bleiben. Damit kann der Alternsprozess positiv beeinflusst und verlangsamt werden. In der kreativen Tanz- und Bewegungsarbeit wird Übung in einer Weise angeboten, die Training mit kreativem Bewegungsausdruck und kommunikativen Erfahrungen verbindet.

In der Tanztherapie können die Seniorinnen einen positiven Bezug zu ihrem Körper aufbauen, so dass der eigene Körper als angenehm gespürt werden kann und nicht nur als Ort des Schmerzens und des Unbehagens. Somit lässt sich Ablehnung, Abspaltung und Vernachlässigung vorbeugen (Petzold 1999: S. 424).

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass sich bei älteren Menschen durch das Tanzen nicht nur die Beweglichkeit signifikant verbessert, auch Muskelkraft und Ausdauer nahmen zu, und der Gleichgewichtssinn verbesserte sich messbar. Darüber hinaus steigert Tanzen generell die Kondition, die Koordination und die Körperwahrnehmung. Es bewirkt eine schnellere Atmung und damit eine Verbesserung der Sauerstoffversorgung im gesamten Körper (Christensen & Chang 2018: S. 206, 110–112).

Tanzen ist nachweislich auch ein gutes Training bei schmerzhaften Gelenkerkrankungen, wie z. B. Arthrose. Christensen & Chang (2018: S. 150) weisen auf eine wissenschaftliche Studie hin, in der Seniorinnen vor einem Tanztraining versteifte und schmerzende Gelenke hatten. Nach drei Monaten benötigten die Seniorinnen weniger Schmerzmittel gegen die Gelenkbeschwerden als zuvor. Sie konnten wieder schneller laufen, hatten großen Spaß an ihren Tanzstunden, und ihre Stimmung hob sich.

Selbst wenn der Schmerz schon da ist, sollte man nicht aufhören, sich zu bewegen. Früher lautete der Rat der Ärzte meist, das Gelenk möglichst ruhigzustellen. Heute weiß man es besser. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass der Knorpel im Gelenk über die Gelenkflüssigkeit „ernährt“ wird. Durch die Bewegung wird diese Flüssigkeit gleichmäßig im Gelenk verteilt, die Nährstoffe quasi in das Knorpelgewebe einmassiert. So entsteht weniger Reibung und damit weniger Schmerz (Christensen & Chang 2018: S. 151).

Auch bei neurologischen Erkrankungen, wie z. B. Parkinson, kann das Tanzen eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit erzielen. In mehreren wissenschaftlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich dabei die motorischen Fähigkeiten wie Gehdistanz, Schrittgröße und Gleichgewicht verbessern (Christensen & Chang 2018: S. 213, 214).

Für den Verstand:

Zu tanzen ist tief in uns Menschen verwurzelt: Sobald ein vertrauter Rhythmus erklingt, wollen wir uns bewegen, und sei es nur mit einem Kopfnicken. Tanzen ist fest in unserem Gehirn verankert! Der Tanz ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit selbst. Wenn wir Musik hören, können wir oft gar nicht anders, als uns zu bewegen, weil in unserem Gehirn die Nervenzellen, die für das Hören und die Bewegungssteuerung zuständig sind, miteinander gekoppelt sind (Christensen & Chang 2018: S. 17, 24).

Je mehr Sinne an Lernerfahrungen beteiligt sind, umso besser werden diese abgespeichert. Jede Form der Bewegung führt zur Vernetzung unserer Gehirnzellen. Die Fähigkeit unseres Gehirns, sich neuen Herausforderungen anzupassen, bleibt lebenslang erhalten. Sie wird Neuroplastizität genannt. Während man früher glaubte, dass Gehirnzellen im Alter absterben, weiß man heute, dass die Neuroplastizität Lernen bis ins hohe Alter möglich macht (Christensen & Chang 2018: S. 129, 131).

Körperliche Aktivierung wirkt sich insbesondere bei Demenzkranken positiv auf die kognitiven Funktionen aus. Die Tanztherapie bewirkt ressourcenstärkende Effekte bei eingeschränkter sprachlicher Kommunikation, die Förderung der Orientierung in Zeit und Raum sowie die Aktivierung autobiographisch emotional positiv besetzter Altgedächtnisinhalte (Autorenkollektiv 2016: S. 84, 90, 91).

Mehrere wissenschaftliche Studien konnten belegen, dass Tanzen dem Vergessen entgegen wirkt. Monotone, sich wiederholende Übungen, wie sie oft in Gymnastikkursen für Senioren betrieben werden, reichen nicht, um das Gehirn im Alter fit zu halten. Um die Neuroplastizität und damit die Bildung neuer Nervenetze in Gang zu halten, braucht das Gehirn komplexe Aufgaben, die die Konzentration fordern. Dabei können sich Tanztherapeutinnen zu Nutze machen, dass bei Demenzkranken das Langzeit-Musikgedächtnis im Vergleich zu anderen Teilen des Gehirns erstaunlich lange funktionstüchtig bleibt (Christensen & Chang 2018: S. 210, 211).

Für den sozialen Kontakt:

Tanztherapie baut eine Gruppenkohäsion auf, fördert die nonverbale Kommunikation und den verbalen Austausch und stellt somit bereit, was vielen alten Menschen fehlt, die an der Vereinsamung und daraus folgend an der Einsamkeit krank werden. Durch tanztherapeutische Gruppen wird körperliche Nähe und Zuwendung möglich, und hier liegt ein eindeutiger Vorteil gegenüber rein verbal orientierten Gruppenangeboten in der Altenarbeit (Petzold 1999: S. 421).

Das soziale Netzwerk älterer Menschen wird durch den Verlust von Lebenspartnern, Angehörigen und Freunden allmählich kleiner (Pürschel 2009: S. 134). Daher sind therapeutische Gruppen so wichtig. Sie ermöglichen neue soziale Netzwerke, mit denen alte Menschen wieder emotional bedeutsame Beziehungen gewinnen können. Ältere Menschen ohne soziale Netzwerke verstummen allmählich. (Petzold 1999: S. 424, 426).

Neue wissenschaftliche Forschungsarbeiten zeigen, dass Einsamkeit und Schmerzen im gleichen Bereich der Gehirnrinde verarbeitet werden. Gemeinschaftserlebnisse lindern daher Schmerzen (Spitzer 2019: S. 64).

Auch der Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter wird durch Einsamkeit verstärkt. Einsamkeit bewirkt ein rascheres Fortschreiten beim Vorliegen einer Demenz. Bei der Alzheimer-Krankheit vermindert Einsamkeit die Beanspruchung des Gehirns und damit langfristig dessen Leistungsfähigkeit. Nicht umsonst wird mittlerweile die aktive, soziale Teilhabe als *die* Präventionsmaßnahme gegen geistigen Abbau schlechthin propagiert (Spitzer 2019: S. 157).

Menschen sind die einzigen Primaten, die musizieren, singen und tanzen. Das tun sie zu allen Zeiten und überall auf der Welt. Es gibt keine menschliche Kultur, in der keine Musik vorkommt. Gemeinsames, koordiniertes Bewegen und Tun – wie es mit Musizieren, Singen und Tanzen nun einmal einhergeht – führt zu mehr Kooperation, also Gemeinschaft. Gemeinsames Tanzen hat prosoziale Auswirkungen (Spitzer 2019: S. 211, 213).

Fazit:

Wenn man etwas mit Begeisterung und mit anderen Menschen tut, kann die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit im Alter erhalten und sogar ausgebaut werden (Hüther 2017: S. 47). Und somit ist alles, also Seele, Körper, Verstand und sozialer Kontakt, untrennbar miteinander verbunden. Diese Verbindung ist eine der wichtigsten Arbeitsgrundlagen der Tanztherapie.

2.3. Die häufigsten Krankheiten

In diesem Kapitel werden die häufigsten Krankheiten beschrieben, für die die Tanztherapie im Sitzen in Frage kommt.

Arthrose ist eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems. Sie ist durch die degenerative Zerstörung des Gelenkknorpels und der Schädigung angrenzender Strukturen wie Knochen, Muskeln, Kapseln und Bänder charakterisiert. Die krankhaften Veränderungen der Gelenkeinheit äußern sich insbesondere bei fortgeschrittenen Stadien durch Schmerzen und Funktionsstörungen. Dies führt in aller Regel zu Bewegungseinbußen, zu Behinderungen und Einschränkungen im Alltag und damit zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen. Arthrose gilt weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung des erwachsenen Menschen. Da sie vornehmlich im höheren Lebensalter auftritt, ist angesichts des demografischen Wandels und des damit einhergehenden wachsenden Anteils an alten und sehr alten Menschen in den nächsten Jahrzehnten mit einem Anstieg des Vorkommens zu rechnen (Rabenberg 2013: S. 7).

Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine mikroarchitektonische Verschlechterung des Knochengewebes charakterisiert ist, mit einem konsekutiven Anstieg der Knochenfragilität und der Neigung zu Frakturen. Die klinische Bedeutung der Osteoporose liegt im Auftreten von Knochenbrüchen und deren Folgen. Die klinische Diagnose einer Osteoporose stützt sich weitgehend auf eine niedrige Knochendichte als einer wesentlichen Komponente der Osteoporose. Die Prävalenz liegt bei Frauen im Alter von 50–60 Jahren bei etwa 15 %. Sie steigt im Alter von mehr als 70 Jahren auf 45 % an. Bei den Männern beträgt die Prävalenz einer erniedrigten Knochendichte am Schenkelhals im Alter von 50–60 Jahren 2,4 % und steigt im Alter von mehr als 70 Jahren auf 17 % an (Autorenkollektiv 2019: S. 3, 4).

Der Begriff Schlaganfall umfasst ein heterogenes Krankheitsbild unterschiedlicher Genese und bezeichnet im Allgemeinen eine meist akut einsetzende neurologische Herdsymptomatik, die in 80 % aufgrund einer unzureichenden Durchblutung durch einen Gefäßverschluss oder eine Gefäßstenose zustande kommt. In den westlichen Industrieländern stellt dieser ischämische Hirninfarkt die dritthäufigste

Todesursache dar. Hierbei steigt das Risiko mit zunehmendem Alter. Faktoren wie das Lebensalter des Patienten, vorbestehende Erkrankungen, Ausdehnung des Infarktgebietes etc. nehmen direkten Einfluss auf den Verlauf. Etwa ein Drittel kann soweit wieder rehabilitiert werden, dass eine geregelte Berufstätigkeit aufgenommen werden kann. Etwa ein weiteres Drittel der Patienten bleibt pflegebedürftig (Pinto 2019: S. 72).

Das Parkinson-Syndrom ist eine Störung der dopaminergen und cholinergen Systeme im Bereich der Basalganglien, die zu den typischen Leitsymptomen von Parkinson-Syndromen führt: Tremor, Rigor, Bradykinese/Akinese und posturale Instabilität. Entsprechend der aktuellen Definition von Parkinson-Syndromen wird das Vorliegen des Kardinalsymptoms Bradykinese/Akinese in Kombination mit mindestens einem weiteren der Leitsymptome gefordert.

Akinese/Bradykinese: bezeichnet eine allgemeine Bewegungsverlangsamung mit Bewegungsarmut und eine verminderte Bewegungsamplitude. Bei allen Bewegungsabläufen macht sie sich bemerkbar. Häufig fällt bei dem Patienten sehr früh im Krankheitsverlauf eine Mikrografie auf. Zunehmend reduziert sich die Spontanmotorik. Weiterhin zeigt sich eine Hypomimie (Maskengesicht).

Tremor: er ist in 70 % der Fälle das Erstsymptom der Erkrankung. Klassischerweise stellt er sich als Ruhetremor mit stereotypem „Pillendrehen“ oder „Münzenzählen“ dar (Frequenz von 4–6/s). Emotionale Erregung oder Anspannung führt zu einer deutlichen Zunahme des Tremors.

Rigor: Kennzeichnend ist eine gleichmäßige, fortwährende, unwillkürliche Tonuserhöhung der gesamten quergestreiften Muskulatur, die sich bei passiver Bewegung in einem wächsernen Widerstand äußert. Klinisch führt sie zur klassischen vornübergebeugten Oberkörperhaltung und leicht gebeugten Ellenbogengelenken. Der Patient empfindet ein Steifheitsgefühl (Pinto 2019: S. 94).

Die Multiple Sklerose ist eine entzündlich-demyelinisierende Erkrankung des zentralen Nervensystems, deren Diagnosestellung nach den McDonald-Kriterien entsprechend klinischer Symptomatik, räumlicher und zeitlicher Dissemination des bildgebenden Befundes sowie ggf. Liquordiagnostik erfolgt. In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die Prävalenz ca. 60/100.000 Einwohner. Die Erkrankungshäufigkeit gipfelt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr und ist bei unter 15- und über 60-Jährigen sehr selten. Es ist keine einzelne Ursache bekannt, vielmehr wird eine multifaktoriell bedingte Autoimmunreaktion gegen Myeloprotein diskutiert. Die Krankheit zeigt eine große Breite an klinischen Symptomen: zentrale Paresen (unvollständige Lähmungen), vorübergehende oder anhaltende Schmerzen und Missempfindungen an Händen/Füßen sowie Hirnnervenbeteiligung mit Verschwommensehen, Farbsehstörung und vorübergehender Blindheit (Pinto 2019: S. 102).

Demenz ist ein progredienter, meist irreversibler, organisch bedingter Verlust früher erworbener intellektueller Fähigkeiten bei erhaltenem Bewusstsein (Pinto 2019: S. 68). Die Gedächtnisstörungen sind teilweise mitverantwortlich für räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen. Die Kranken laufen Gefahr, sich in vertrauter Umgebung zu verirren. Bei schweren Fällen der Demenz können diese Menschen nur noch sehr intensiv Gelerntes behalten, neue Informationen werden vergessen. In weit fortgeschrittenen Stadien vergessen die Patienten die Namen ihrer Angehörigen, ihren Beruf und sogar ihren eigenen Namen. Schwer demente Patienten können mutistisch werden. Es können Störungen beim Lesen (Alexie), Schreiben (Agraphie) und Rechnen (Akalkulie) auftreten. Um ihre kognitiven Defizite nicht offensichtlich werden zu lassen, entwickeln die Patienten Vermeidungsstrategien, z. B. durch Ablenkung des Fragenden (Wechseln der Thematik, Witze machen). Darüber hinaus können sich Antriebsverlust und Apathie zeigen (Möller et al. 2015: S. 204–208). Die Symptome müssen für mindestens sechs Monate bestehen. Eine kausale Therapie ist bei den primären Demenzen nicht möglich. Bei der Alzheimer-Demenz versucht man mit Antidementiva sowie kognitiver Stimulation (z. B. Gedächtnisübungen, Aktivierung von Altgedächtnis, Kommunikation) den progredienten Prozess zu verlangsamen. Durch den Anstieg der Lebenserwartung gewinnen Demenzsyndrome in Kliniken und Pflegeeinrichtungen immer mehr an Bedeutung. Bei den 60-Jährigen beläuft sich der Anteil dementer Patienten auf ca. 1 %. Ab diesem Alter verdoppelt sich die Prävalenz alle fünf Jahre. Von den über 85-Jährigen sind ca. 25 % betroffen. Den Hauptanteil der Demenzen stellt mit ca. 60 % der Fälle die Alzheimer-Krankheit. Der Hauptrisikofaktor ist das Alter. Nur ca. 2 % sind genetisch vererbt (Pinto 2019: S. 68).

Die Hauptsymptome der Depression sind gedrückte Stimmung, Hemmung von Denken und Antrieb sowie Schlafstörungen. Die Kranken können sich zu nichts aufraffen, sind interessen- und initiativlos und können sich nur schwer oder gar nicht entscheiden. Die Sprache wird zusätzlich leise und monoton. Das Denken ist gehemmt (Einfallsarmut, Konzentrationsstörungen), Grübeln ist häufig. Das äußere Erscheinungsbild zeigt einen ernsten Gesichtsausdruck und eine erstarrte Mimik und Gestik. Es besteht ein ausgeprägtes Suizidrisiko. Die Kranken ziehen sich sozial zurück. Die depressiven Erkrankungen gehören heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Etwa 5–10 % der deutschen Bevölkerung (ca. 4 Mio. Menschen) leidet an behandlungsbedürftigen Depressionen. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt bei der Depression zwischen 30 und 45 Jahren. Bei über 65-Jährigen ist die Altersdepression die häufigste psychische Erkrankung. Die Prävalenz wird auf mindestens 10 % geschätzt. Die Ursachen sind multifaktoriell mit genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren.

Patienten mit Diabetes mellitus, koronarer Herzerkrankung, chronischen Lungenerkrankungen, Krebserkrankungen und Parkinson leiden häufig unter depressiven Störungen. Besondere Bedeutung haben die Post-Stroke, die Post-Infarkt- und die Parkinson-Depression erlangt. Die Assoziation ist offenbar bidirektional, d. h.

Depressionen begünstigen das Auftreten somatischer Erkrankungen, umgekehrt gehen diese mit einer Depression einher. Der Gesundheitszustand dieser Patienten verschlechtert sich also deutlich, wenn gleichzeitig eine Depression vorliegt (Möller et al. 2015: S. 98–125).

Außerdem treten bei älteren Menschen noch weitere Krankheiten gehäuft auf, die die Mobilität einschränken können, z. B.: Herzinfarkt, Arteriosklerose, Altershochdruck, Hypotonie im Alter, Angina pectoris (Herzbeklemmungen), Lungenembolie im Alter, Onkologische Erkrankungen, grüner und grauer Star sowie Schwächung des Gehörs. Ältere Menschen haben meistens mehrere Erkrankungen gleichzeitig (Pürschel 2009: S. 133).

2.4. Tanztherapeutische Methoden

In diesem Kapitel werden einige tanztherapeutische Methoden vorgestellt, die nach meinen Erfahrungen für die Tanztherapie im Sitzen wichtig sind.

Wachstumsmodell:

Das Wachstumsmodell lässt sich auf viele Lebensbereiche anwenden. In der therapeutischen Anwendung fragt es nicht nach der Pathologie der Patientin, sondern nach den Herausforderungen des Lebens, die sich für den Menschen als schwierig herausstellen und sein Wachstum erschweren. Es umfasst die vier großen Phasen im Leben eines Menschen, die wir immer wieder in neuen Lebenszyklen durchlaufen. In der Tanztherapie können wir diese Phasen erkennen. Jede Phase reflektiert spezielle Herausforderungen an die Klientin und die Therapeutin, deckt aber auch grundlegende menschliche Bedürfnisse ab (Bender 2014b: S. 150).

Die erste Phase, Zugehörigkeit: Wenn ein Kind auf die Welt kommt, wird durch die Verwandtschaftsverhältnisse die Zugehörigkeit zur Familie festgelegt. Damit das Kind sich der Familie zugehörig fühlen kann, muss es das Gefühl bekommen, einen sicheren Platz zu haben, der einzigartig ist und um den es nicht kämpfen muss. Den Menschen, denen wir uns zugehörig fühlen, bieten wir Schutz an und suchen Schutz bei ihnen. Beim Einstieg in ein neues System ist dies immer wieder unser erstes Bestreben: Wir möchten einen Platz finden und uns zum System zugehörig fühlen (Bender 2014b: S. 151).

Die zweite Phase, Verantwortung: Kinder beginnen bereits mit dem zweiten Lebensjahr Verantwortung einzufordern. Dem Kind müssen Regeln und Normen vermittelt werden, die seinem Entdeckergeist entgegen seinem eigenen Bestreben einschränken. Werden die Grenzen zu eng gesetzt, kann das Kind keine Verantwortung übernehmen und wird in seiner Autonomieentwicklung eingeschränkt. Hat jemand in der Kindheit ein sicheres Gefühl für Kompetenz entwickelt, kann derjenige einschätzen, für welche Aufgaben er sich zur Verfügung stellen kann. Die