

Zeitschrift für Tanztherapie

- Körperpsychotherapie -

INNENANSICHTEN

Körperausdruck als Ansatzpunkt
für tanztherapeutische Diagnostik
und Intervention
von Britta Schenk

FOCUS

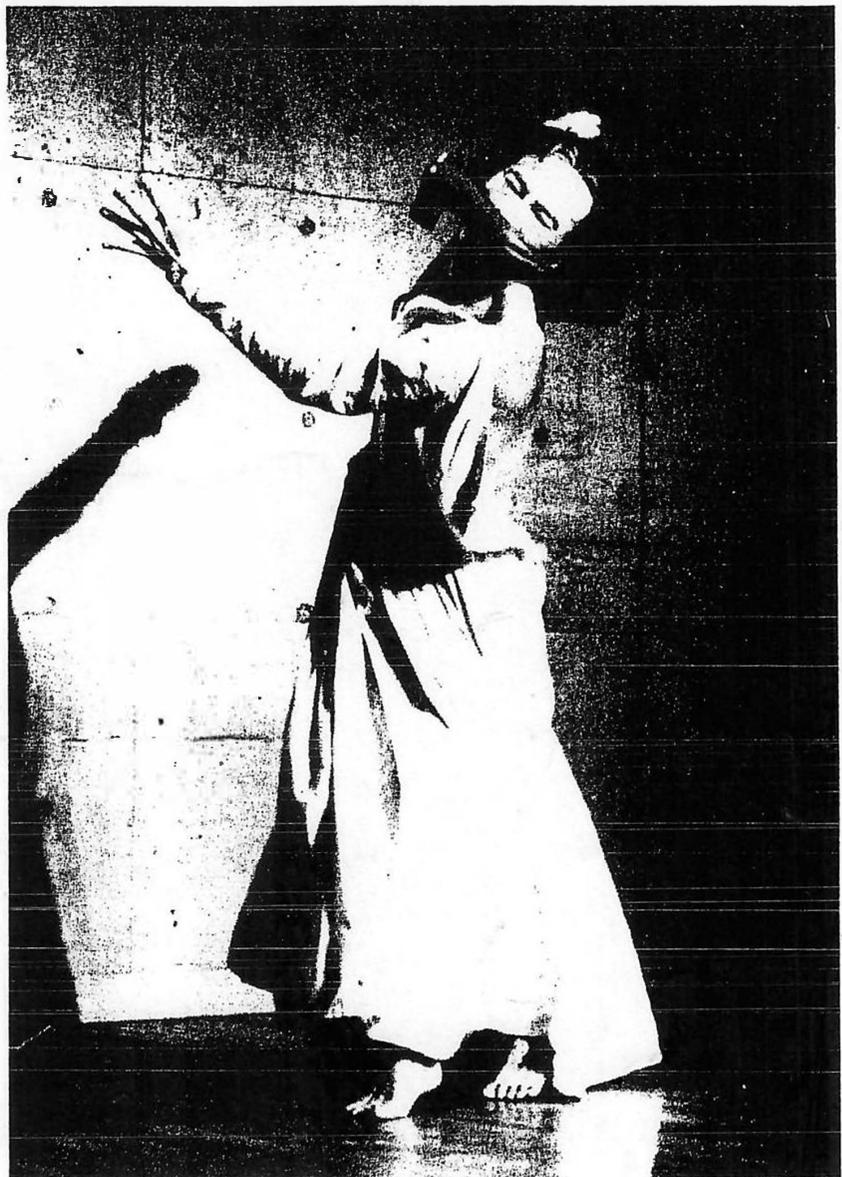
Tanztherapie - Frauensache? oder:
Anmerkungen zum Zeitgeist
der "goldenen 20er Jahre"
von Sabine Trautmann-Voigt

SPEZIAL

Die Scham der beherzten Kriegerin.
Wiederannäherung an
die weibliche Kraft
von Halima Heide Wittkop

ORIENTIERUNGEN

4. Bonner Symposion zur
angewandten
KörperPsychotherapie 1.-2.10.1999
"Bewegung und Bedeutung"



9/1998/1999 · 6. Jahrgang

CLAUS RICHTER
VERLAG

INNENANSICHTEN

Körperausdruck als Ansatzpunkt für tanztherapeutische Diagnostik und Intervention bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa

Britta Schenk

1. Einleitung

Die Möglichkeiten tanztherapeutischer Diagnostik und der Umgang mit Körperausdruck und Körperempfindungen am Beispiel von anorektischen Jugendlichen stehen im Mittelpunkt meines Beitrags.

Im Laufe meiner neunjährigen tanztherapeutischen Praxistätigkeit interessierten mich schon immer die von außen sichtbaren Bewegungsmuster bzw. das, was der Körper in seiner Form und Bewegung auszudrücken vermag und die Frage, welches *innere Erleben* damit verbunden ist.

Mein Anliegen ist, den PatientInnen ihr Bewußtsein für den eigenen Körper „auf sanfte Weise“ wieder nahe zu bringen. Dabei berühren sie Teile ihrer Lebensgeschichte. So können Handlungsspielräume auch heute erweitert werden.

Im Klinikalltag fällt mir auf, daß das Augenmerk auch der KollegInnen zunehmend mehr auf Körpersignale und die unterschiedlichsten 'somatischen' Äußerungen von innerpsychischen Konflikten von PatientInnen gerichtet ist, so z. B. ein auffälliger Gang eines Psychotikers oder die Hyperaktivität eines Kindes. PatientInnen drücken ihr emotionales Leid und Ungleichgewicht über körperliche Symptome aus.

Hier bieten der bewegungsanalytische Ansatz und die Arbeit am Körperbild einen direkten Zugang zur individuellen 'Körper-Symbolik'.

Am Beispiel der tanztherapeutischen Arbeit mit anorektischen PatientInnen werde ich auf die psychodynamischen Konfliktbereiche eingehen, die der Körper in seinem Bewegungsausdruck widerspiegelt. Dann werde ich den Umgang mit dem inneren Erleben, das therapeutische Heranführen an persönliche emotionale Besetzungen und das 'Wieder-in-Beziehung-treten' erläutern.

Nach einer eingegrenzten Betrachtung des Krankheitsbildes der Anorexie, werde ich praxisorientiert Fragestellungen und Erkenntnisse aus der tanztherapeutischen Perspektive zusammenzufassen.

2. Aspekte zum Verständnis der Anorexie

2.1 Klinisch-diagnostische Leitlinien des ICD 10

Nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien werden folgende Kriterien für die Diagnose der Anorexia nervosa festgelegt:

- Markanter Gewichtsverlust und tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten oder Quetelets-Index (Körpergewicht in kg geteilt durch Körpergröße in m) von 17,5 oder weniger;
- der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Abführen, Erbrechen, Einnahme von Appetitzüglern, Vermeidung von hochkalorischen Speisen;
- übertriebener körperlicher Aktivitätsdrang;
- Körperschemastörung;
- endokrine Störung manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Potenzverlust;
- persistente aktive Essensverweigerung.

Nach einer statistischen Untersuchung von 1989 waren von 336 anorektischen Patienten 29 % zwischen 11 und 15 Jahren, 44 % zwischen 16 und 20 Jahren, 20 % zwischen 21 und 30 Jahren. Daraus wird ersichtlich, daß der Ausbruch der Krankheit vor allem in der Pubertät stattfindet. Oft weist sie einen chronischen Verlauf auf.

2.2 Psychodynamische und systemische Aspekte

Es existieren viele unterschiedliche Erklärungstheorien über Ätiologie und Verlauf der Anorexie in den verschiedenen Therapierichtungen. Es scheint schwierig, eindeutige Ursachen festzustellen. Tendenziell geht man bei der Betrachtung einer Krankheit von einer multifaktoriellen Ätiologie aus. Die Erforschung der Ursachen des Krankheitsbildes ist von den Aspekten abhängig, unter denen das Symptom betrachtet werden soll: Stellt man das 'Wahnhaftes', wie die verzerrte Körperwahrnehmung, depressive oder zwanghafte Strukturen oder etwa die Fehlentwicklung des Eßverhaltens in den Vordergrund? Oder stehen die Dynamik der Familiensysteme und daraus resultierende Reaktionen im Mittelpunkt der Betrachtung?

Für mein therapeutisches Setting stelle ich die mir wichtigsten Themen heraus, wobei ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebe. Ich beziehe mich vor allem auf analytische und systemische Perspektiven, da in der Körperarbeit sehr frühe Umgangsweisen mit Körper und Trieben angesprochen werden und zum anderen das vom Patienten gelernte Kontakt- und Beziehungsverhalten in der therapeutischen Beziehung lebendig wird.

H. Bruch (1991) beschreibt, daß frühe orale Bedürfnisse des Kindes und die Reaktion der Umgebung mangelhaft aufeinander abgestimmt sind, wodurch ein Zustand der Verwirrung entsteht und die Schwierigkeit, Körperempfindungen zu identifizieren. Hunger und Sattsein könnten nicht als natürliche Fähigkeiten gelernt werden und daraus resultiere wiederum fehlendes Bewußtsein für Körperempfindungen. Oft fehle auch eine regelmäßige und verlässliche Reaktion seitens der Bezugsperson auf die Triebbedürfnisse des Kindes, welches dadurch keine eigene Körperidentität mittels sinnlich und begrifflicher Wahrnehmung habe aufbauen können. Dies führe im späteren Leben dazu, daß Kontrollverlust und Triebdurchbrüche im oralen und sexuellen Bereich stark angstbesetzt seien und durch kontrolliertes Eßverhalten abgewehrt würden.

Eine Fehlentwicklung in der Essens-Lernerfahrung ist über eine sehr dauerhafte Zeit bei anorektischen PatientInnen zu beobachten.

Bei der Beobachtung von Familiensystemen sind weitere Auffälligkeiten resümiert worden (vgl. M. Selvini 1984, H. Bruch 1991): Bezogen auf das Eßverhalten sind ‚orale‘ Probleme in Familien, wie zum Beispiel häufige Diäten und Eßstörungen der Eltern, zu beobachten. Weiterhin fällt mangelnde Wärme und Liebesentzug als Strafmodus in den Familien auf. Konflikte werden eher verdeckt gehandhabt, und die Störungen in den Interaktionen sind dadurch wenig offensichtlich. Die Familien wirken nach außen oft gut funktionierend. Die Individualität einzelner Familienmitglieder wird eher geleugnet. Die Beziehung der PatientInnen zur Mutter wird als symbiotisch beschrieben, wobei eine Loslösung kaum möglich erscheint.

Auffällig ist auch die Macht der anorektischen PatientInnen und die Aufmerksamkeit, die diese auf sich ziehen und mit der sich die Familien auseinandersetzen müssen. Der systemische ‚Effekt‘ durch ein anorektisches Familienmitglied kann als Anstoß verstanden werden, der die Störung des gesamten Systems aufzudecken sucht.

2.3 Auffälligkeiten im Verhalten

Bei anorektischen PatientInnen sind in einer großen Zahl der Fälle ähnliche Verhaltensweisen festzustellen. Die PatientInnen wirken oft wenig initiativ und passiv im Kontakt und leben durch ihr ‚Mit-sich-selbst-beschäftigt-sein‘ eher zurückgezogen. Der Kontakt zu Gleichaltrigen oder Cliquen gestaltet sich schwierig. Wie auch bei anderen Jugendlichen werden Ablösungsproblemen

zu den Eltern und eine Abwehr, erwachsen zu werden, deutlich. Dies geht mit der Schwierigkeit einher, selbstständig Entscheidungen zu treffen und sich abzugrenzen. Eine mangelnde Krankheitseinsicht ist zu beobachten, welche sich unter anderem aus der verzerrten Körperwahrnehmung speist. Die PatientInnen zeigen eher angepaßtes fleißiges Verhalten mit hohen schulischen Leistungen. Sie sind oft in einem Streberstatus isoliert - hierin zeigt sich das Thema ‚Fleiß statt Lust‘.

2.4 Phänomen der Wahrnehmungsstörung

Die Wahrnehmungsstörungen beziehen sich zum einen auf das Körperschema, das heißt die PatientInnen erleben ihren Körper auch dann noch als zu dick, wenn ein enormes Untergewicht offensichtlich ist und zudem auf der Waage bestätigt wird. Zum anderen fällt ihnen schwer, körperliche und emotionale Erregungszustände und Bedürfnisse zu bestimmen, das heißt Hungergefühle oder Müdigkeit wahrzunehmen, einen Ausgleich von Spannung und Entspannung herzustellen, Körperempfindungen zu erkennen oder Lustgefühle zuzulassen. Anstatt sich also über Bedürfnisse im weitesten Sinne zu regulieren, erleben und identifizieren die PatientInnen sich ausschließlich über das Symptom - gefangen in sich selbst und in ihrem System.

2.5 Merkmale der therapeutischen Beziehung

In der therapeutischen Beziehung werden die bisher allgemein beschriebenen Themen in der Übertragung lebendig. In der Tanztherapie werden die Beziehungsthemen auf der Bewegungsebene - nonverbal - manifest. Ich möchte diese Beziehungsthemen kurz zusammenfassen:

Zu Beginn einer Therapie zeigen die PatientInnen oft ein sehr angepaßtes und ‚abhängiges‘ Verhalten: dies zeigt sich im ‚Folgen‘ und ‚Nachahmen‘ bestimmter Übungen, mit eher funktionaler Ausführung und wenig emotionaler Beteiligung.

Weiterhin wird die Schwierigkeit deutlich, selbst initiativ zu werden und selbstbestimmt Bedürfnisse und Wahrnehmungen zu äußern. Durch die mangelnde Eigeninitiative reagiert die Therapeutin unter Umständen mit erhöhter Aktivität.

Anpassung und mangelnde Eigeninitiative stehen im Konflikt mit dem starken Kontrollbedürfnis über die Situation. Angebote, emotionale Inhalte anzusprechen, werden als bedrohlich erlebt und die PatientInnen ziehen hier die ‚sichere‘ kognitive Ebene vor. In diesem Verhalten wird ‚Ankämpfendes‘ spürbar, und ‚Widerstand‘ wird auf diese Weise ausgedrückt. Machtkämpfe können an dieser Stelle provoziert werden, in welchen die PatientInnen sehr gut ihr Kontrollbedürfnis und ihre Abwehr emotionaler Erlebnisinhalte vertreten können.

2.6 Zusammenfassende Themen und resultierende Zielsetzung

Themen aus psychodynamischer Sicht	tanztherapeutische Zielsetzung
Abhängigkeits/Autonomie Konflikt	Ich-Stärkung Förderung der Individualität und Abgrenzungsfähigkeit
mangelnde Krankheitseinsicht	Bewußtseinschaffung für Zusammenhänge von Körperkonzept und Interaktion
Abwehr von Emotionalität	Förderung der Selbstwahrnehmung und Differenzierungsfähigkeit Nachholende Ich-Entwicklung Steigerung der emotionalen Erlebnisfähigkeit
Körperschemastörung / verzerrte Körperwahrnehmung	Zugang zu verschütteten Körpergefühlen
Körperwahrnehmung	Förderung der Körperwahrnehmung realitätsgerechtes Körperschema Konfrontation mit Realität
Kontaktprobleme	Kontaktfähigkeit fördern

Zusammenfassende Tabelle 1

In der Auseinandersetzung mit Beziehungsangeboten seitens der Therapeutin wird der Abhängigkeits-Autonomie Konflikt sehr lebendig.

Nachdem ich die Themen beschrieben habe, die sich aus der psychodynamischen und systemischen Perspektive bei der Anorexie ergeben, stelle ich im folgenden die Themen aus bewegungsanalytischer Sicht dar.

3. Bewegungsanalytische Perspektive

3.1 Der Hintergrund der Bewegungsanalyse

Die Bewegungsanalyse wurde von dem Tänzer und Choreograph R.v. LABAN entwickelt. Sein Verdienst war es, jeglichen Bewegungsausdruck in Worte zu fassen und zu kategorisieren, so daß Bewegung fortan beschreibbar wurde. Später hat sich die Tanztherapie seine Erkenntnisse zunutze gemacht, um Bewegungsabläufe zu beschreiben und zu diagnostizieren, Interventionen abzuleiten, den Therapieverlauf zu überblicken und meßbare Daten zu gewinnen.

Bei jedem Patienten sind Bewegungspräferenzen wie auch Vermeidungen bestimmter Bewegungsqualitäten sichtbar. Der Hintergrund hierfür liegt in der persönlichen Lebensgeschichte. In der tanztherapeutischen Vorgehensweise werden zunächst die vorhandenen Bewegungsqualitäten aufgegriffen und stabilisiert. Dies bereitet den Boden, sich den weniger integrierten Bewegungsqualitäten anzunähern. So werden auch

abgespaltene Persönlichkeitsanteile im Bewegungsverhalten sichtbar, die über neue Bewegungserfahrungen ihre Integration finden können.

E. Siegel et.al. (1997) beschreiben Bewegung als Ich-Anteil, der für die Entwicklungsstufe, Darstellung innerer Konflikte und den Ausdruck des Körper-Ich Indikatorfunktionen hat.

3.1.1 Angewandte Bewegungsanalyse

H. Lausberg (1997) entwickelte einen Bewegungsanalysetest, der einfache Bewegungsabläufe unter Betrachtung der Laban-Kategorien analysierbar macht und der Bewegungsmuster mit bestimmten Krankheitsbildern in Verbindung bringt.

In meiner klinischen Arbeit führe ich diesen Test zu Beginn jeder Therapie durch. Die PatientInnen gehen durch den Raum, stampfen, springen, drehen sich und improvisieren zu Vorstellungsbildern wie z. B. 'Wasser' und 'Feuer'. Anhand von Videoaufnahmen dokumentiere ich das Bewegungsverhalten und werte dieses unter Berücksichtigung der bewegungsanalytischen Kategorien aus (Abb. A).

Bei der Auswertung der Videos sind folgende Einflußkriterien einzubeziehen: der aktuelle Kontext der PatientInnen, die Relativität der Bewertung, die eigene persönliche Besetzung von Bewegungsqualitäten mit dem daraus resultierendem 'Blick'.

Den im folgenden referierten Ergebnissen von Bewegungsanalysen liegen 10 Videoaufnahmen von anorek-

Zusammenfassung-Auswertung

BEWEGUNGSANALYSE

Name: _____

Alter: _____

Aufnahmedatum: _____

Testdatum: _____

Teil I

Gehen, Laufen

Rodenmuster: geradlinig (1-4), kurvig (1-4)

Gewichteinsatz: leicht (1-4), schwer (1-4)

abgespaltene Körperteile: *off. Arme, Hände*

führende Körperteile: *Kopf, Oberkörper*

sonstiges: *Langsam, Spannung im Körper*

Stampfen

Direktheit: indirekt (1-2), direkt (1-2)

Ganzheitlichkeit: *geradlinig* (1-2), ganzheitlich (1-2)

Krafteinsatz: kein (1), wenig (2), mittel (3), viel (4)

Zusammenfassung-Auswertung

Reichweite: eng (1-4), weit (1-4)

Abkantung: zunehmen/lehen (1-2), niederkommen (1-2), keine (1-2)

Kopfintegration: desintegriert (1-2), integriert (1-2)

Notizen

Gleichgewicht: Inhil (1-4), stabil (1-4)

Drehen: frei (1-4), gebunden (1-4)

Kontinuität: einzel (1-3), unterbrochen (1-3), ununterbrochen (1-3)

Orientierung: orientiert (1-2), nicht orientiert (1-2)

Beschleunigung: nicht beschleunigend (1-2), beschleunigend (1-2)

Fallen: hinlegen (1-4), stufig fallen (1-4), frei fallen (1-4)

Endstellung: sitzen (1-3), flach liegen (1-3)

Teil II

Name: _____

Merkmale

Derstellung: identifizierend (1-3), objektivierend (1-3), relativierend (1-3)

Ebene: unten (1-5), oben (1-5)

Bewegungsfläche: klein (1-4), groß (1-4)

Reichweite: eng (1-4), weit (1-4)

Ruhe: _____ (1-4)

Gewichteinsatz: Geste (1-5), Gewichtaverl. (1-5)

Körperanwendung: ganzer Körper (1-5), ein Körperteil (1-5)

Kopfintegration: integriert (1-2), desintegriert (1-2)

Körperhülfto: Oberkörper (1-5), Unterkörper (1-5)

Zentralität: zentral (1-5), peripher (1-5)

Phrasierung: monoton (1-3), leicht (1-3), stark (1-3), staccato (1-3)

Auswertung

- Kopf desintegriert

- langsam

- Kopf nicht leicht

- wenig Raum nehmen

- TBG gebunden

Abb. A. Originalvorlage aus: Lausberg 1997

tischen PatientInnen in einer ihrer ersten Sitzungen zugrunde.

Trotz der Individualität der einzelnen PatientInnen und der unterschiedlichen 'Begleitsymptome' zur Anorexie konnten wiederkehrende Bewegungsmuster zusammengefaßt werden (vgl.: auf den Abbildungen im ausgewerteten Bewegungsanalysetest eingekreist).

3.2 Bewegungsanalytische Betrachtungen bei anorektischen PatientInnen

Nun stellt sich die Frage, wie aus einer bewegungsanalytischen Diagnose zu Beginn einer Therapie Indikationen und Interventionen für den weiteren Behandlungsverlauf abgeleitet und nutzbar gemacht werden können.

Dies soll aus zwei Perspektiven beantwortet werden. Zum einen möchte ich die wertfreie Betrachtung der TanztherapeutIn gegenüber der Bewegung der Patientin hervorheben. Das bedeutet, daß das vorhandene Potential des Bewegungsrepertoires angenommen, gestärkt und dann schrittweise erweitert wird. Durch das allmähliche Heranführen zur polaren Bewegungsqualität werden persönliche Verbindungen erarbeitet und bisher verdrängten Gefühlen Raum gegeben. Hierbei ist zu beachten, daß das Vermeiden bestimmter Bewegungsqualitäten als Schutz und Bewältigungsstrategie zu verstehen ist.

Zum anderen können die vorhandenen Bewegungsmuster in Bezug zur Biographie und den innerpsychischen Konflikten gebracht werden. Bewegungsqualitäten werden psychodynamisch gedeutet und die Deutungen fließen wiederum in die tanztherapeutischen Interventionen ein.

Im folgenden möchte ich die auffälligen Bewegungsmuster der anorektischen PatientInnen darstellen und Möglichkeiten der Deutung vorschlagen.

In der Deutung der Bewegungsmuster wird die Anlehnung an die psychodynamischen Themen (Tab.1) deutlich.

Zum Abschluß möchte ich betonen, daß neben den Deutungen der Tanztherapeutin vor allem auch die persönlichen Empfindungen der anorektischen PatientInnen zu ihren Bewegungen und ihren aktualisierten Themen im Vordergrund stehen und den Leitfaden für die Therapie bilden.

Nach der erarbeiteten 'Außenansicht' des Bewegungsausdrucks der PatientInnen, werde ich nun auf den tanztherapeutischen Umgang der persönlichen emotionalen Besetzung des Körpergefühls eingehen.

Bewegungsanalytische Kategorien	Bevorzugtes Bewegungsmuster bei anorektischen Jugendlichen	Mögliche Interpretation
Umgang mit Kraft	erspürend-leicht, d.h. wenig Krafteinsatz/leichter Gewichtseinsatz (gehen und stampfen)	Schwierigkeiten bei Selbstbestimmung und Abgrenzung gehemmte aggressive Impulse
Umgang mit Bewegungsfluß	ankämpfend-gebunden; (gehen, drehen, Improvisation)	Kontrolle und Abwehr von Emotionalität
Umgang mit Zeit	erspürend- allmählich/langsam	Angst vor Kontrollverlust
Anwendung von Körperteilen	desintegrierter Kopf in der Bewegung (zusammenziehen/ausdehnen und Improvisation) Arme/Hände sind eher abgespalten, Kopf und Oberkörper führend (im gehen)	Wunsch nach Kontrolle Schwierigkeit zu 'greifen', für Bedürfnisse einzustehen und diese aktiv zu befriedigen
Körperanwendung:	Bewegungen werden eher mit einzelnen, isolierten Körperteilen ausgeführt (stampfen, Improvisation); die Körperperipherie wird bevorzugt (Improvisation)	zentrale Emotionalität wird vermieden Aktivität eher im ‚Außen‘ Abspalten von Gefühlen; Spaltung von Körper und Gefühl
Umgang mit Raum	es wird die obere Ebene (stehen) bevorzugt, Bewegungsfläche ist eher klein und die Reichweite eng (Improvisation, zusammenziehen/ausdehnen)	Wunsch nach Autonomie; Angst vor Regression; wenig Möglichkeit aktiver Bedürfnisbefriedigung wenig Selbstvertrauen, -wert und Handlungsspielraum

Zusammenfassende Tabelle 2

4 Tanztherapeutische Arbeit mit dem Körperbild

Der folgende Teil veranschaulicht den tanztherapeutischen Umgang mit dem beschriebenen Phänomen der verzerrten Körperwahrnehmung anhand von Praxisbeispielen.

Um mehr Klarheit in die Verwendung der Begrifflichkeiten *Körperschema* und *Körperbild* zu bringen, werde ich die Definitionen, nach denen ich mich richte , erläutern.

4.1 Definition von Körperbild und Körperschema

Bielefeld (1991) faßt die Gesamtheit aller im Laufe der individuellen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die kognitiven und affektiven, die bewußten und unbewußten, unter dem Begriff der *Körpererfahrung* zusammen.

In dem Versuch, Körpererfahrungen eines Menschen differenzierter zu erfassen, unterscheidet er das *Körperschema* vom *Körperbild*.

Das *Körperschema* umfaßt den *neurophysiologischen* Teilbereich der Körpererfahrung und alle perceptiv-kognitiven Leistungen des Individuums. Dazu gehören die

Orientierung am und im eigenen Körper, d. h. die Tiefensensibilität und Oberflächensensibilität, insbesondere der kinästhetischen Wahrnehmung, das Wissen um die *Körperausdehnung* - das Einschätzen von Größenverhältnissen sowie der räumlichen Ausdehnung des eigenen Körpers und die *Körperkenntnis* - die faktische Kenntnis von Bau und Funktion des eigenen Körpers und seiner Teile, einschließlich der Rechts-Links-Unterscheidung.

Das *Körperbild*, auf welches ich näher eingehen möchte, umfaßt den psychologisch-phänomenologischen Teilbereich der Körpererfahrung, d. h. alle *emotional-affektiven* Leistungen des Individuums, das Körperbewußtsein, die Körperausgrenzung und die KörperEinstellung. Das *Körperbewußtsein* ist die psychische Repräsentation des eigenen Körpers oder seiner Teile im Bewußtsein des Individuums bzw. die auf den Körper ausgerichtete Aufmerksamkeit (auch Körperbewußtheit). Die *Körperausgrenzung* meint das Erleben der Körpergrenzen, d. h. den Körper als deutlich von der Umwelt abgegrenzt zu erfahren (was z. B. bei Psychotikern verzerrt ist). Die *KörperEinstellung* beschreibt die Gesamtheit der auf den eigenen Körper, insbesondere auf dessen Aussehen, gerichteten Einstellungen, speziell die (Un-)Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. In diesem Bereich finden sich biographische Einflüsse, z. B. durch den Umgang der Eltern

mit dem Körper, Wertungen der Eltern, gesellschaftliche Normen usw.

Zusammenfassend: das Körperbild ist als ein inneres Modell aufzufassen, das jeder Mensch von seinem Körper entwickelt hat und immer weiterentwickelt, das sich wandelt und das die Grundlage für sein momentanes Körpererleben darstellt. Es prägt sowohl bewußt als auch unbewußt das gesamte Selbstbild.

Der Aufbau des Körperbildes und dessen Entwicklung geht auf frühes Erleben zurück. Die Mutter-Kind-Beziehung wird besonders in den ersten drei Lebensjahren als zentraler Einflußfaktor bei der Körperbildentwicklung betrachtet.

4.2 Indikationen und tanztherapeutische Interventionen

4.2.1 Rahmenbedingungen

Die tanztherapeutischen Erfahrungen mit anorektischen Jugendlichen beziehe ich aus der Arbeit in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die anorektischen Patientinnen bleiben ca. 8 Monate in teilstationärer Behandlung und haben bei Bedarf die Möglichkeit, Tanztherapie ambulant weiterzuführen. Die Tanztherapiesitzungen finden im Einzelsetting 1-2 mal wöchentlich statt.

4.2.2 Indikationen

Aus meiner Erfahrung erachte ich eine direkte Arbeit am Körperbild im therapeutischen Prozeß für sinnvoll, wenn der Körper Symptomträger der Störung ist, so unter anderem bei psychosomatischen Krankheiten und Eßstörungen. Weiterhin ist diese Vorgehensweise indiziert bei einer stark negativen Besetzung des Körpers, bei traumatischen Erlebnissen mit dem Körper sowie verzerrten Körperwahrnehmungen.

Die tanztherapeutische Arbeit am Körperbild kann Einfluß nehmen auf (Voigt 1997):

- Sensibilisierung des Körperbewußtseins und der Selbstwahrnehmung
- Stabilisieren der Körpergrenzen
- Änderung der Bewertungshaltung und KörperEinstellung und Erhöhung der Körper-Zufriedenheit
- Förderung eines realitätsgerechten Umgangs mit dem Körperschema
- Zugang zu Körpergefühlen schaffen
- Steigerung der emotionalen Erlebnisfähigkeit
- Bewußtseinsschaffung für Körperkonzept

Da die tanztherapeutische Arbeit am Körperbild ein gewisses Konfliktpotential eröffnet, fließt sie erst dann in den Therapieverlauf ein, wenn eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut ist und die PatientInnen genügend Vertrauen und Motivation zeigen.

Die direkte Arbeit am Körperbild umfaßt in der Regel einen zeitlich begrenzten Abschnitt im gesamten Therapieprozeß.

Im folgenden werde ich beschreiben, wie dies in der Praxis aussehen kann.

4.3 Erläuterung der Praxis

Das schrittweise Heranführen an den Körper erfolgt über aufeinander abgestimmte Übungsangebote, die im folgenden in ihren jeweiligen Zielen und Vorgehensweisen dargestellt und anhand von Beispielen ergänzt werden.

I Ein Selbstbild malen

Praxisanleitung:

Zunächst lasse ich jede Patientin ein Selbstbild auf ein Din A 4 Blatt malen. Ich fördere sie auf, sich und ihren Körper zu malen, wie sie sich im Moment sieht.

Daraufhin lasse ich sie 3 Eigenschaften auswählen, mit denen sie sich beschreiben kann und reflektiere den Prozess gemeinsam mit der Patientin.

(Das Malen eines Selbstbildes kann im Laufe einer Therapie wiederholt werden und die Unterschiede mit der Patientin bearbeitet werden.)

Hintergründe und Ziele:

Ziel ist es, die Selbstwahrnehmung zu fördern und die aktuelle Verbindung zum Körper transparent zu machen.

Ein Selbstbild kann einen Eindruck über folgende Aspekte geben:

- wieviel Platz nimmt die Patientin auf dem Bild ein;
- wie differenziert wird der Körper dargestellt;
- psychischer Entwicklungsstand;
- welche Körperteile werden gezeigt, welche werden verhüllt;
- Geschlechtsidentität;

Ziel ist unter anderem die Kommunikation über die Selbstwahrnehmung und die aktuellen Themen der Patientin. Wichtig ist dabei, der Patientin Raum zu geben für eigene Assoziation und mögliche Deutungen.

Beispiel 1 (Abb 1):

Patientin A ist 18 Jahre alt, 1,73m groß und wiegt 41kg. Sie beschreibt sich als "nicht hübsch, nicht selbstbewußt, nicht mit mir zufrieden, habe keinen Busen und viel zu dicke, zu kurze Beine." Sie empfindet ihren Körper ferner als aufgequollen und schwammig.

Auswertung:

A. verbalisiert von sich aus ihre Körperunzufriedenheit, mangelnden Selbstwert und die verzerrte Körperwahrnehmung. Mir fallen weiterhin die doppelt gemalten Körpergrenzen und der wenig differenzierte Körper-

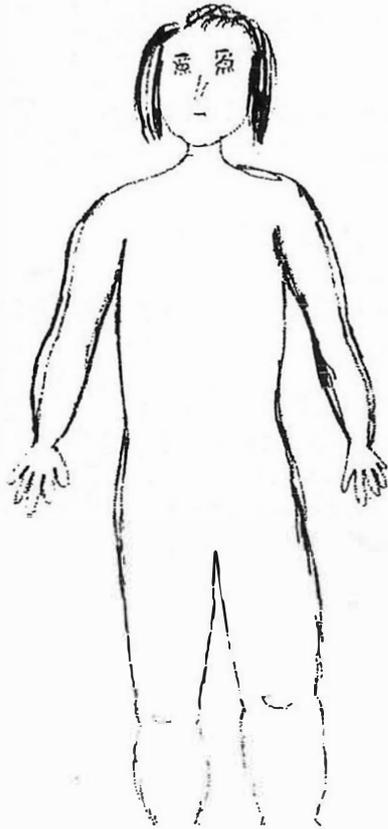


Abb. 1

rumpf auf. Die nicht gemalten Füße können auf mangelnde Standfestigkeit und mindere Realitätsbezogenheit hinweisen. Die Körperschemastörung bezogen auf die Körperausdehnung spiegelt sich deutlich im gemalten Selbstbild wie auch der verbalen Reflexion wider.

Beispiel 2 (Abb. 2)

Die Patientin B ist 18 Jahre alt, 1,70m groß, wiegt 38kg. Sie empfindet sich als "klein", sie möchte am liebsten ihre Augen verschließen und ihre Ruhe haben, was sie in dem Bild auch ausdrückt. Sie thematisiert Überforderung und Erschöpfung in Bezug auf die Essensproblematik. Sie zeigt sich überrascht hinsichtlich der sehr kleinen Zeichnung und dem 'babyhaften' Ausdruck darin.



Abb. 2

Auswertung

B. kann ihre Befindlichkeit ausdrücken und darstellen. Aussagekräftig ist die Größe der Zeichnung und der Körperausdruck. Der Kopf wirkt entwickelter und differenzierter als der übrige Körper, der eher embryonenhaft anmutet. Zudem weist der verbal formulierte Wunsch nach Rückzug auf eine Regression auf einen frühen

Entwicklungsstand hin. Unbewusste Regressionswünsche könnten hier gedeutet werden. Der Hilferuf in ihrer Schilderung ist unüberhörbar.

II Wahrnehmungsübungen

II.1 Wahrnehmungsübungen in Bewegung

Praxisanleitung:

Durch konkrete Anleitung und Verbalisierung durch die Therapeutin wird die Wahrnehmung auf den Körper und seine Empfindungen in der Bewegung gelenkt.

Anleitungen können z.B. sein:

- unterschiedliche Körperteile die Bewegung anführen lassen,
- Erspüren, wo Müdigkeit und Wachheit im Körper ist,
- Erspüren von Kraft, Kraftlosigkeit, Spannung, Blockaden etc. im Körper,
- das Raumbedürfnis wahrzunehmen
- Körpergrenzen wahrnehmen.

Hintergründe und Ziele:

Das Sensibilisieren und Differenzieren von Körperwahrnehmung und das Wahrnehmen des Bewegungsantriebs stehen hier im Vordergrund. Durch das Bewegen unterschiedlicher Körperteile werden Körperteilbesetzungen deutlich. Hier können über die bewegungsanalytischen Betrachtungen Erkenntnisse gewonnen werden.

Beispiel zu Patientin A (vgl. Abb. 1)

Bei dieser Patientin A kristallisiert sich die Arbeit an den Themen 'Abgrenzung' und 'Möglichkeiten des Krafteinsatzes' heraus. Die kraftlose Besetzung von Armen, Händen, Beinen und Füßen wird thematisiert und in Zusammenhang mit ihrer Biographie gebracht. Aus dem zunächst leichten Gewichtseinsatz entwickelt sich das Bedürfnis mehr Druck nach außen zu bringen, eigenen Raum zu fühlen und zu vertreten. Im schrittweisen Erarbeiten Erarbeiten von Körpergrenzen tauchen immer wieder Selbstzweifel und Gefühle von Resignation auf, welche in ihrer Geschichte verankert werden können.

Auswertung

Die Patientin ist in ihren aggressiven Impulsen stark gehemmt und hat große Probleme sich durchzusetzen und ihre Interessen zu vertreten. In der zunehmenden Bevorzugung raumgreifender Bewegungen konnte sie spielerisch kraftvolle und auch wütende Impulse umsetzen und damit partiell integrieren. Das Erproben von Distanz und Abgrenzung im Kontakt zu mir konnte ihren Erfahrungsspielraum erweitern.

II.II Wahrnehmungsübungen in der Ruheposition

Praxisanleitung

Die durch die Therapeutin verbalisierte Unterstützung der Wahrnehmung entspricht im wesentlichen denen der Übungen in Bewegung, wobei hier jedoch noch mehr intrapsychische Aspekte focussiert werden.

Weitere Anleitungen können sein:

- Angenommene und abgelehnte Körperteile erspüren,
- Körperform erspüren
- Wahrnehmung von Schmerzen und Spannungen
- Lokalisieren von Gefühlen wie Trauer, Freude, Ekel, Lust, Wut, Liebe
- Erfahrungen mit Körperkontakt wahrnehmen und Bedürfnisse nach Körperkontakt erspüren

Oft hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Patientinnen nach der Wahrnehmungsübung aufschreiben zu lassen, was sie empfunden haben, da es ihnen so leichter fällt, sich auszudrücken.

Hintergründe und Ziele

Die Wahrnehmungsübungen in einer Ruheposition sprechen innere Bilder zum eigenen Körper an. Sie werden von der Therapeutin angeleitet, welche die Aufmerksamkeit auf unterschiedliche Bereiche lenken kann. Hierbei spielt die Zeit eine wichtige Rolle, da langsames Erspüren Möglichkeit bietet Zeit, sich tiefgehender wahrnehmen zu können.

Es werden das Maß der emotionalen Erlebnisfähigkeit und Körperwahrnehmungsfähigkeit deutlich. Desweiteren können 'abgespaltene' Körpergefühle thematisiert und bearbeitet werden.

Je nach Intention der Therapeutin kann auch hier mit auftauchenden Themen weitergearbeitet werden.

Beispiel mit Patientin B (vgl. Abb.2)

B. fiel es sehr schwer, differenzierte Körpergefühle wahrzunehmen und sie empfand es als unangenehm, darauf angesprochen zu werden. Sie bevorzugte ruhiges Liegen in embryonaler Position und wünscht sich meine Hände an ihrem Kopf. Mit der Zeit konnte durch mein 'Voratmen' mehr Atemfluß zugelassen werden und sie wünscht Berührung auch an ihrem Rücken und den Füßen. Sie äußerte vermehrt Kontakt- und Nähe-wünsche, welche durch Bauen eines engen Schutzes an ihrem Körper und engerem Körperkontakt mit mir partiell erfüllt wurden. Es fällt ihr aber weiterhin schwer, selbst initiativ Bedürfnisse und Wahrnehmungen zu äußern und sie ist weiterhin von meiner Wahrnehmung und Verbalisierung ihrer Impulse abhängig.

Auswertung

Das partielle Nachholen früher Bedürfnisse steht hier im Vordergrund. Die Patientin hat ein deutliches Defizit dahingehend, ohne Erwartungsdruck umsorgt, geschützt und 'genährt' zu werden, was in den stark regressiven Bedürfnissen deutlich wird. Der Mangel an Möglichkeit, ihre Bedürfnisse zu leben und die Abwehr,

ihren Körper wahrzunehmen, zeigt eine schwache Besetzung und Integration positiver Körpergefühle. Diese können durch die positive Zuwendung der Therapeutin 'aufgefüllt' werden.

Die teilweise Befriedigung ihrer frühen Bedürfnisse dient der nachholenden Ich-Entwicklung und der Unterstützung einer positiven Körper selbstbesetzung.

In der 'nachholenden' Arbeit ist die persönliche Resonanz durch die körperlichen Gegenübertragungsgefühle besonders wichtig, nach welcher sich die Interventionen richten. Inwieweit ich dem partiellen Nachholen dieser Grundbedürfnisse nachgehe, steht in Abhängigkeit von der Therapiedauer und dem Gesamtkonzept.

Bewegungsanalytisch betrachtet werden die Bewegungsthemen Fluß und Zeit bearbeitet, d.h. von *gebundener* Körperspannung zu freieren und entspannteren Körpergefühlen zu kommen und dem *langsamen* Antrieb nachzugehen.

III Ein Körperumrissbild malen

Praxiserläuterung

In der bildnerischen Darstellung des Körpers wird als erstes der Körperumriß gemalt - dafür legt sich die Patientin auf eine Papierrolle, und die Therapeutin malt an der Körperperipherie den Umriß. Im weiteren Übungsangebot werden die Patientinnen aufgefordert, das *Erspürte* der vorangegangenen Körperwahrnehmung auf dem Bild auszudrücken. Es steht ihnen frei, welche Stifte sie auswählen und ob sie abstrakt oder konkret malen. Das Bild und dessen Wirkung wird u.a. unter folgenden Aspekten reflektiert:

- welche Eigenschaften und welche Geschlechtsidentität würde die Patientin dem Bild zuordnen,
- welche Anteile im Bild kennt die Patientin von sich, welche sind ihr fremd, welche sind verborgen,
- was hat den Körper geprägt; was erzählt das Körperbild über die Patientin,
- wie sind die Körperteile besetzt.

Hintergründe und Ziele

Das Malen des Körperumrisses konfrontiert mit der Realität. Die Beziehung zum Körperschema wird deutlich und Selbstwahrnehmung und persönliche Körperbesetzungen werden vertieft. Diese Arbeit unterstützt die Integration des Körpererlebens und des Selbstbildes.

Der Prozeß ist sehr intensiv, da der Patientin durch das Bild Unbewußtes zugänglich wird und Inhalte thematisiert werden. Darüber zu reden fällt den Jugendlichen oft schwer.

Weiterführende Interventionen sind sehr unterschiedlich. Je nachdem welches Thema für die Patientin im Vordergrund steht, wird dieses in Bewegung oder mittels anderer Ausdrucksmöglichkeiten umgesetzt. Mögliche Übungen, die im direkten Bezug zum Körperbild angeboten werden können, sind z.B.:

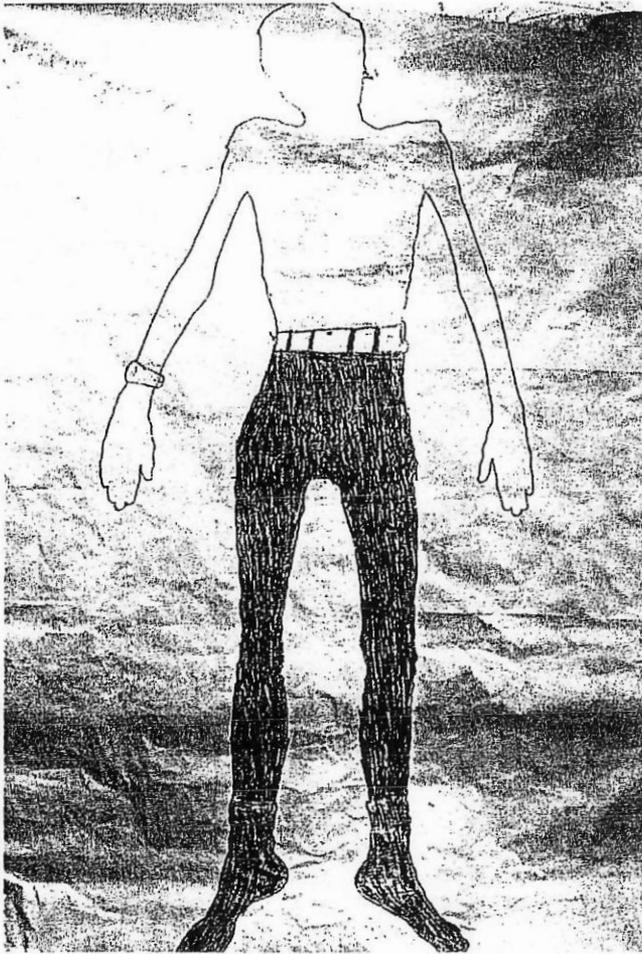


Abb. 3

- die Körperhaltung einnehmen, die dem Ausdruck des Bildes entspricht,
- individuelle Gangart ausprobieren, dem Bild entsprechend im eventuellen Vergleich zur sonstigen Gangart
- Körperpartien bestimmen, denen die Patientin Aufmerksamkeit schenken will und Möglichkeiten ausprobieren.

Beispiel Pat. B (vgl. Abb. 3)

Patientin B beschreibt ihr Körperumrissbild als "nicht gerade weiblich, sehr einsam, traurig, eigenständig, stark und leer." Sie ist berührt, daß ihr selbst beim Malen nichts einfällt und sie ihr Gesicht und die Arme nicht zu füllen wußte. Insgesamt war ihr die Konfrontation mit diesen Themen unangenehm.

Auswertung

In der Reflexion der Körperumrissarbeit kann B. zum ersten Mal ihre Einsamkeit und Leere thematisieren und in Zusammenhang mit ihrer 'Krankheit' bringen. Ihr Körpererleben und die Körperwahrnehmung bleibt, wie das Bild widerspiegelt, mit wenig Inhalten besetzt. Das Bild bestätigt die in der Entwicklung mangelnde Besetzung des Körpers, die in der ruhigen Wahrnehmungsarbeit erlebbar wurde. Mir fällt auf, daß B. genau die Körperteile nicht ausgestaltet (Hände, Gesicht),

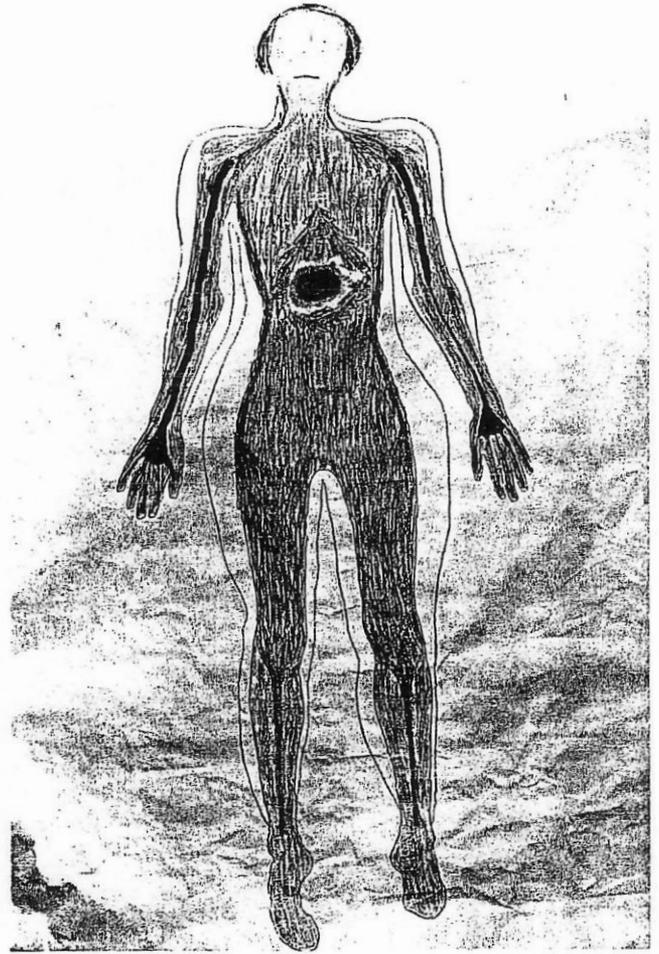


Abb. 4

die für eine Kontaktaufnahme nötig sind. Dies bestätigt die Schwierigkeit, für die eigene Bedürfnisbefriedigung selbst einzustehen.

Beispiel Pat.A. (vgl. Abb. 4)

Die Patientin malt diese Körperumrissbilder in Abstand von 5 Monaten.

Im ersten Bild (Abb.4) erlebt sie sich auf dem Bild als leblos, traurig, schwebend, kraftlos und kindlich hilflos. Sie empfindet sich als 'dicker' als der Umriss zeigt und drückt dies durch die gezeichnete Außenlinie aus. "Irgendwie kommt die Wut und das Lebendige in meinem Bauch nicht so heraus."

Auswertung

Im Vergleich zu den Äußerungen zum Selbstbild (s. Abb. 1) hat sich die emotionale Besetzung erweitert. Es konnten jetzt differenziertere Gefühle benannt werden. Im Bild werden negative Gefühle wie Aggression zum Ausdruck und in Zusammenhang mit ihrer Biographie gebracht. Dies unterstützt die Integration abgespaltenen Gefühlsqualitäten. Das Sichtbarmachen der verzerrten Körperwahrnehmung unterstützt das Thematisieren der mangelnden Körpergrenzen.

Beispiel Pat. A. (vgl. Abb.5):

Nach 5 Monaten wiederholen wir das Malen des Körperumrisses (Abb.5). Sie beschreibt ihren Eindruck als lebendig und bunter, die 'Schwabbelschicht' sei weg, sie habe einen 'Mantel' an und assoziiert, daß sie wie bei Alice im Wunderland durch das Schlüsselloch in den Garten des Lebens schlüpfe.

Auswertung:

Sichtbar ist u.a., daß die verzerrte Körperwahrnehmung bleibt, aber ihre Körpergrenzen stabiler werden ('aufgefüllter' Umriss). Lebendigkeit, Kraft und Lust sind mehr integriert, was durch leuchtendere Farben und kraftvolleren Farbauftrag ausgedrückt wird. Füße und Hände können dem Körper zugehörig erlebt und eingesetzt werden. Desweiteren hat sie durch gemeinsame Reflexion ein Verständnis für ihr Körperkonzept in Bezug zu ihrer Geschichte entwickeln können.

Abschließend möchte ich hinzufügen, daß in der Körperbildarbeit weitere Methoden eingesetzt werden, welche die Realitätsprüfung mit dem Körperschema verstärken. Hier ist zum Beispiel die Konfrontation gemeint, sich in einem Spiegel bewußt anzuschauen oder auf Video aufgenommen zu werden und dieses anzusehen.

5 Zusammenfassung

Ich will abschließend stichwortartig die wichtigsten Aspekte dieses Artikels benennen:

1. Konfliktbereich Körper

- Die vorgestellte Arbeit am Körperbild zeigt einen Ausschnitt eines tanztherapeutischen Prozesses mit anorektischen Patientinnen. Da diese es oft als bedrohlich erleben, wenn ihr Körper zum Thema der Betrachtung wird, ist ein sensibler Umgang und Respekt vor der Abwehr der Patientinnen wichtig. Dies bedeutet zunächst, daß die Patientinnen Vertrauen aufbauen müssen. Dies kann durch Ich-stärkende Angebote, u.a. den tanztherapeutischen Einsatz von Medien und Rollenspielen durch die Tanztherapeutin unterstützt werden.

2. Entsprechung von Innen und Außen

- Die polare Betrachtungsweise, zunächst den *äußerlich* sichtbaren Körper- und Bewegungsausdruck einzuordnen und sodann einen 'Weg' zum *inneren* Körpererleben der PatientInnen zu finden, spiegelt auch die Diskrepanz der Wahrnehmung von 'Außen' und 'Innen', die beim anorektischen Krankheitsbild vorliegt, wider. Ziel dieses Beitrages ist es, Möglichkeiten für Verbindungen von ganzheitlichem Verständnis und ganzheitlichem Erleben bei anorektischen Patientinnen aufzuzeigen.

3. Den Körperausdruck 'lesen'.

- Die Botschaften eines 'abgehungerten' Körpers können Assoziationen von "Hilf mir, füttere mich" bis hin zu "Ich möchte aus dem Leben gehen" beim Thera-

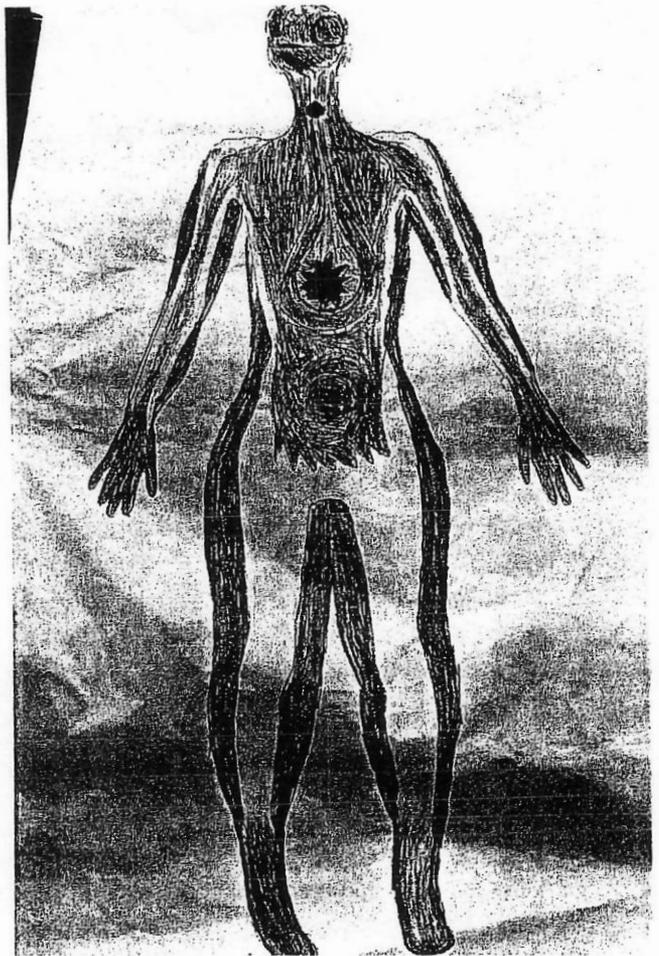


Abb. 5

peuten auslösen. Der Körperausdruck spiegelt wider, daß die Empfindungen für physische wie auch psychische Bedürfnisse verloren gegangen sind. Gleichzeitig wird der Wunsch nach einem Gegenüber deutlich und die Notwendigkeit für das Gegenüber, darauf zu reagieren. Integration zu schaffen zwischen Körperkonzept und den innerpsychischen Konflikten. Dies erfordert einen bewußten Umgang mit unterschiedlichen Gegenübertragungsgefühlen in der therapeutischen Beziehung.

4. Die Arbeit mit Körperempfindungen

- Der körpertherapeutische Ansatz, der die Körperempfindungen aktiv einbezieht, ist besonders wichtig und ungleich schwierig. Schwierig, weil das Körperkonzept anorektischer Patientinnen als Überlebensstrategie und zum Schutz genutzt wird. Da sie in ihrer Beherrschung und Kontrolle des Körpers fast perfekt sind, existiert eine stark verzerrte Körperwahrnehmung und Abspaltung der Körpergefühle. Besonders notwendig erscheint trotz dieser Schwierigkeit die direkte Arbeit am Körper, weil großes Leid über das Ungleichgewicht von Körperwahrnehmung und Wahrnehmung der Realität besteht. Für einen Gesundungsprozeß notwendig erscheint eine gezielte Konfrontation mit der Realität, (die eine körperliche Realität ist!). Dies kann dazu verhelfen, das Symptom (das lebensbedrohliche Untergewicht) nicht länger zu leugnen, mit anderen Worten: um eine *Integration zu schaffen zwischen*

Körperkonzept und den innerpsychischen Konflikten.

Ich halte, gestützt auf Berichte von PatientInnen und durch langjährige Erfahrungen in der Klinik, tanztherapeutische Angebote, die in das Klinikkonzept integriert sind, für sehr hilfreich, um anorektischen PatientInnen wieder etwas mehr Verbindung mit der Realität und eine *Bestätigung ihrer gesunden Körperlichkeit* zurückzugeben.

Literatur

Bruch, H. (1991): Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.

Bielefeld, J. (1991): Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.

Herzog, W., Munz, D. Kächele, H. (1995): Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen. Therapieführer. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Dilling, H., Mombaur, W., Schmidt, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10. Göttingen: Hans Huber Verlag

Feiereis, H. (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille Verlag

Lausberg, H. (1997): Bewegungsdiagnostiktest und Bewertungsskalen für Diagnostik und Therapieevaluation in der Tanztherapie. In: Zeitschrift für Tanztherapie, 4. Jahrgang, Heft 7, S. 35ff

Selvini Palazolli, M. (1984): Magersucht. Stuttgart: Klett Cotta

Siegel, E. (1997): Tanztherapie. Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung. Ein psychoanalytisches Konzept. Stuttgart: Klett-Cotta

Siegel, E., Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (1997): Tanztherapie. In Theorie und Praxis, Frankfurt: Fischer

Voigt, B. (1997): Klassische Tanztherapie in der Psychiatrie: Meine Beine gehören wieder mir. Körperentwicklung bei einem psychotischen Patienten. In: Siegel et. al., a.a.O. (1997)

Deutsches Institut für Tanz- und Ausdruckstherapie (DITAT)

Rilkestr. 103, 53225 Bonn, Tel: 0228-467900, Fax: 0228-460679

Musik- und Ausdruckstherapie

Musik zu Entspannungs- und therapeutischen Zwecken wird seit vielen Jahrzehnten eingesetzt. Ist Tanztherapie ohne Musik denkbar? Musik ist ein zentrales Element von rhythmisch-dynamischer Bewegungskommunikation. Diese Seminarreihe versucht, Verbindungen zwischen Musik, Bewegung und szenischer Improvisation durch Selbsterfahrung zu verdeutlichen.

**Zwischen allen Stühlen? -
Selbstempfindung und Erleben zwischen den Medien: Malen, Theater, Tanz und Musik**

06.-07.03.1999, Sa. 10.00 - So. 15.00 Uhr 195,- DM

Klinische Anwendung von Musiktherapie anhand von Fallbeispielen aus der Psychosomatik

01.-02.5.1999, Sa. 10.00 - So. 15.00 Uhr, 195,- DM

**"Es geht mir in den Bauch und fährt mir in die Beine":
Über Hörerfahrungen, Wirkungen und Resonanzen...**

18.-19.09.1999, Sa. 10.00 - So. 15.00 Uhr, 195,- DM

Der Reichtum klingender Vielfalt: Musikalisch-tänzerische Improvisationen, Instrumentenspiel und Gruppendynamik

23.-24.10.1999, Sa. 10.00 - So. 15.00 Uhr, 195,- DM

**Von Stimmen und Stimmungen:
Die Stimme als Sprechstimme, Singstimme und Ausdrucksmittel zu Bewegung und Geste**

03.-04.12.1999, Sa. 10.00 - So. 15.00 Uhr, 195,- DM

Ort: Bonner Zentrum für Tanztherapie und Musiktherapie
Leitung: Konrad Heiland, Arzt und Musiktherapeut

Einführungsseminare 1999

in die berufsbegleitende Weiterbildung zur Tanz- und Ausdruckstherapie

Die Einführungsseminare sind für jede/jeden Interessent/in offen.

Wir stellen dort unsere Auffassung von Tanz- und Ausdruckstherapie vor. Wir bieten sie ohne Unterkunft und Verpflegung an. Die Teilnahme an einem Einführungsseminar ist Voraussetzung für eine Zulassung zur berufsbegleitenden Weiterbildung am DITAT.

Für alle Einführungsseminare im Regionalbereich WEST (Bonn) gilt:

Seminarzeiten: 12.00 Uhr bis 19.00 Uhr

SeminarKosten: 140,- DM

Seminarort: Bonner Zentrum für Tanztherapie und Musiktherapie, Bertha von Suttner Platz 6

Regionalbereich West (Bonn):

Termine für Einführungsseminare

Nr. 611/99: Samstag, 27.02.1999

Nr. 612/99: Sonntag, 30.05.1999

Nr. 613/99: Samstag, 26.06.1999

Nr. 614/99: Sonntag, 05.09.1999

Nr. 615/99: Sonntag, 31.10.1999

(Bei starker Nachfrage werden zusätzliche Seminare eingerichtet.)

Regionalbereich Ost (Stralsund):

Termine für Einführungsseminare

Nr. 631/99: 19.-20.02.1999

Nr. 632/99: 17.-18.04.1999