

# Tango gegen Depression



Psychologische Praxis Hans Gunia

Adelungstr. 23, 64283 Darmstadt, E-Mail: praxis@hansgunia.de

## Einleitung

In jüngster Zeit werden körpertherapeutische Ansätze auch in der Verhaltenstherapie intensiver diskutiert und nachgefragt. Das Angebot an verhaltenstherapeutisch fundierter Körper- und Tanztherapie ist demgegenüber leider nur klein.

Der Tango Argentino lässt sich aus unserer Sicht hervorragend mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Strategien kombinieren und ist körperbezogen. Der argentinische Tango ist für die Integration in die Verhaltenstherapie schon deshalb interessant, da er erstens an sich schon eine positive Aktivität darstellt (was für sich genommen schon antidepressiv wirkt), zweitens für Paare häufig neu und deshalb unbekannt ist, drittens kranken Partnern ermöglicht, gesunde Anteile zu entdecken (und so aus der Krankenrolle herauskommen), viertens Elemente von Achtsamkeit enthält, fünftens neue körperlich, sinnliche Erfahrungen ermöglicht und sechstens obendrein noch Spaß macht. Darüber hinaus stellt das Tangotanz eine Gelegenheit zum Kennenlernen und so eine Möglichkeit zum Aufbau neuer sozialer Beziehungen dar. Dadurch entsteht die Chance, sozialkompetente Verhaltensweisen und Kommunikationsfertigkeiten zu erarbeiten und einzuüben, um mit verschiedenen Tanzpartnern in Kontakt zu kommen. Und so ganz nebenbei ermöglicht der Tango, dass man auf nette Art sensible Themen wie z.B. Körperhygiene ansprechen kann. Durch eine Kombination mit Psychoedukation wird es möglich, den Spaßanteil und damit die Akzeptanz für Psychoedukation zu erhöhen (Gunia/Berger 2016).

Empirische Studien zeigen die positiven Wirkungen des Tanzens auf verschiedene emotionale und körperliche Beschwerden: zum Beispiel bei Menschen mit Depressionen (Koch et al. 2007; Pinniger et al. 2012), bei Patienten mit Parkinson (Hackney et al. 2007), bei Krebspatienten (Mannheim/Weis 2005), bei Patienten mit Diabetes (Murrock et al. 2009), bei Patienten mit Herzkrankungen (Belardinelli et al. 2008) sowie bei traumatisierten Patienten (Koch/Weidinger-von der Recke 2009). Pinniger et al. (2013) konnten beispielsweise zeigen, dass Tango tanzen die Symptome einer selbstberichteten Depression sowohl unmittelbar nach der Intervention als auch in einem Follow-Up reduzieren konnte und dabei einer Meditationsgruppe und einer Zirkeltrainingsgruppe überlegen war. Wir selbst veranstalteten bisher Workshops für PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, für Familien mit einem Familienmitglied, das an einer Psychose erkrankt ist (siehe hierzu auch Gunia/Berger 2016) und für depressive PatientInnen und deren Angehörige im Rahmen des Darmstädter Bündnisses gegen Depression.

In einer explorativen Studie untersuchten wir, ob die die von Pinniger et al. (2012, 2013) gefundenen positiven Effekte des Tangotanzens auch in einer deutschen Stichprobe unter Versorgungsbedingungen und mit Integration von Psychoedukation und Aspekten eines an den Regeln des Tango Argentinos orientierten Trainings sozialer Kompetenz nachweisbar sind.

## Methode

**Stichprobe.** Teilnehmer der Studie waren 29 Betroffene und 9 Angehörige.

**Prozedere.** Rekrutierung der TeilnehmerInnen. Die Workshops für depressive PatientInnen und deren Angehörige fanden seit 2013 in der Regel zweimal im Jahr ganztägig samstags statt. Zu den Workshops kamen zwischen 13 und 20 TeilnehmerInnen, die entweder über die Berichterstattung in der regionalen Presse, über Flyer des Bündnisses gegen Depression, über Aushänge in unserer Gemeinschaftspraxis oder über direkte Ansprache eigener PatientInnen vor und nach Therapiesitzungen rekrutiert wurden.

Die TeilnehmerInnen litten entweder selbst unter einer Depression oder waren Angehörige. In der Regel waren weibliche Teilnehmer in der Mehrzahl. Vorerfahrung in Tango Argentino wurde nicht vorausgesetzt und war in der Regel nicht vorhanden. Zu Beginn und zum Ende der Workshops teilten wir einen Fragebogen aus (Beck-Depressions-Inventar (BDI) und Fragebogen zur Belastungseinschätzung). Die Fragebögen wurden anonym ausgefüllt. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Wir stellten selbst keine Diagnose. In die Auswertung gingen die Teilnehmer der Workshops ein, bei denen die Betroffenen sowohl den BDI als auch den PANAS ausgefüllt hatten, also die Teilnehmer der Workshops, die im Oktober 2014, März 2015 und Juni 2019 stattgefunden haben.

**Messinstrumente.** Die Betroffenen füllten jeweils zu Beginn und Ende des Workshops den BDI (Becks Depressions Inventar, Hautzinger et al. 1995) und den PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Watson et al., 1988) aus. Die Angehörigen füllten zu Beginn des Workshops den Burden Assessment Scale (BAS, Hunger et al., 2016) aus und jeweils zu Beginn und Ende des Workshops den PANAS. Das Signifikanzniveau wurde zweiseitig auf  $p < 0.05$  festgelegt.

## Ergebnisse

Von den 38 Personen, die Fragebögen ausgefüllt haben 15 Personen Alter und Geschlecht angegeben. 5 Personen waren männlich, 10 Personen weiblich. Das durchschnittliche Alter betrug 46,07 (SD 9,80). 22 von 29 Betroffenen füllten den BDI aus. Die Ergebnisse und Signifikanzniveaus sind in Tabelle 1 dargestellt. Mit den Daten wurde eine einfaktorische ANOVA mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit gerechnet.

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
26,45	11,66	16,50	11,35	$(F(1, 21) = 34,19, p < .001)$

Tabelle 1 Mittelwerte der BDI Mittelwert vor und nach dem Workshop (N = 22)

Wie man aus Tabelle 1 ersehen kann, reduzieren sich die Werte im BDI von 26,45 sehr signifikant auf 16,50 (vgl. Tab. 1). Indizierte der BDI vor der Intervention eine mittelschwere Depression lag nach der Intervention nur noch eine milde ausgeprägte Depression vor.

Alle 29 Betroffene füllten den PANAS aus. In Tabelle 2 sind die Daten für negative Affekte und in Tabelle 3 die Daten für positive Affekte dargestellt. Mit den Daten wurde eine einfaktorische ANOVA mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit gerechnet. Die positiven Affekte verbesserten sich bei den Betroffenen von durchschnittlich 3,03 signifikant auf 3,27 und die negativen Affekte reduzierten sich von durchschnittlich 1,72 sehr signifikant auf durchschnittlich 1,25 (vgl. Tab. 2 und 3).

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
1,72	0,82	1,25	0,37	$(F(1, 28) = 9,93, p < .01)$

Tabelle 2 Mittelwerte negativer Affekte Betroffene (N = 29)

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
3,03	0,68	3,27	0,69	$(F(1, 28) = 4,25, p < .05)$

Tabelle 3 Mittelwerte positiver Affekte Betroffene (N = 29)

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
1,33	0,15	1,20	0,20	$(F(1, 2) = 0,51, p < .55)$

Tabelle 4 Mittelwerte negativer Affekte Angehörige (N = 3)

Eine zweifaktorielle ANOVA zu „negativen Affekt“ ((Gruppe (Betroffene vs Angehörige) und Zeitpunkt)) mit Messwiederholung erbrachte einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ( $F(1, 30) = 10,096, p < .01$ ). Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den Gruppen Angehörige und Patienten ( $F(1, 30) = 0,566, p = .46$ ). Auch die Interaktion zwischen Gruppe und Zeitpunkt war nicht signifikant ( $F(1, 30) = 0,512, p = .48$ ). Bei den Angehörigen reduzierte sich der negative Affekt von durchschnittlich 1,33 auf durchschnittlich 1,20, während sich der positive Affekt von durchschnittlich 3,00 auf durchschnittlich 3,63 erhöht (vgl. Tab. 4 und 5).

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
3,00	0,47	3,63	0,67	$(F(1, 2) = 10,81, p < .081)$

Tabelle 5 Mittelwerte positiver Affekte Angehörige (N = 3)

Eine zweifaktorielle ANOVA „positiver Affekt“ ((Gruppe (Betroffene vs Angehörige) und Zeitpunkt)) mit Messwiederholung erbrachte einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ( $F(1, 30) = 6,754, p < .05$ ). Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den Gruppen Angehörige und Patienten ( $F(1, 30) = 0,167, p = .67$ ). Auch die Interaktion zwischen Gruppe und Zeitpunkt war nicht signifikant ( $F(1, 30) = 1,417, p = .24$ ).

9 Angehörige füllten den Belastungsfragebogen aus. Die Angehörigen geben eine durchschnittliche Belastung von 22,06 an.

## Diskussion

Die Intervention scheint insgesamt erfolgreich und die Ergebnisse der Studie von Pinniger et al. (2012, 2013) scheint auch für den deutschen Sprachraum zu gelten. Die anhand des BDI gemessenen Parameter reduzieren sich sehr signifikant, der positive Affekt verbessert sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Angehörigen und der negative Affekt reduziert sich ebenfalls in beiden Gruppen.

Was die Interpretation der Ergebnisse allerdings einschränkt, ist, dass die depressiven Störungen nicht von einem externen Diagnostiker, sondern nur anonym per BDI und Selbstdiagnose bestimmt wurden. Weiterhin fehlt eine Kontrollgruppe. So ist nicht auszuschließen, dass nicht der Tango per se sondern die Aktivität und/oder spezifische und/oder unspezifische Tagesschwankungen die Unterschiede generiert haben. Darüber hinaus sind die negativen Affekte zu Beginn des Workshops mit durchschnittlich 1,72 bei den Betroffenen und durchschnittlich 1,33 bei den Angehörigen nicht sehr stark ausgeprägt. Auch sind die positiven Affekte zu Beginn des Workshops mit durchschnittlich 3,03 bei den Betroffenen und durchschnittlich 3,00 bei den Angehörigen schon moderat positiv.

Selbst wenn man die Ergebnisse mit einiger Vorsicht interpretieren muss, sehen wir die Ergebnisse der Studie von Pinniger et al. (2012, 2013) im Ansatz bestätigt. Darüber hinaus gibt es starke Hinweise, dass sich durch die Integration von Tango Argentino in die Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie nicht nur spielerischer gestalten lässt, sondern dass auch Interventionen, die dem sozialen Kompetenztraining entnommen sind, mit mehr Leichtigkeit in die Therapie integriert werden können. Auch aus persönlichen Rückmeldungen der Teilnehmer konnten wir entnehmen, dass durch diese Kombination der ‚Spaßfaktor‘ hoch war

## Literatur

Belardinelli, R., Lacialprice, F., Ventrella, C., Volpe, L., Facenda, E. (2008)  
Gunia, H., Berger, H. (2016)  
Gunia, H., Quiroga, Murcia, C. (2017)  
Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995)  
Hunger, C., Krause, L., Hilzinger, R., Ditzen, B., & Schweitzer, J. (2016)

Koch, S. C., Morlinghaus, K., Fuchs, T. (2007)  
Koch, S. C., Weidinger-von der Recke, B. (2009)  
Mannheim, E. G., Weis, J. (2005)  
Murrock, C. J., Higgins, P. A., Killion, C. (2009)  
Pinniger, R., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., McKinley, P. (2012)

Pinniger, R., Thorsteinsson, E. B., Brown, R. F., McKinley, P. (2013)  
Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988)