

Tagungsband

14. LVR-Fachtagung für Künstlerische Therapien (FaKT) 2023

Keine falsche Scham

Ein besonderes Gefühl in den Künstlerischen Therapien



Kooperationspartner*innen

Anschluss e. V. Bildungswerk Künstlerische Therapie und Bildende Kunst
Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e. V. (BTD)
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT)
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG)
Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e. V. (DFKGT)

IMPRESSUM

Redaktion

Uwe Blücher
Patric Driessen

Lektorat

Johanna Helmes
Patric Driessen
Uwe Blücher

Mitarbeit

LVR-Fachforum Künstlerische Therapien
(alphabetische Reihenfolge): Uwe Blücher, Patric Driessen, Tobias Flemming,
Eva Golloch, Meike Höffken, Ute Pirkel, Jana Reetz – van der Kallen, Florian Urbas,
Mechtild Witte

Fotos

Soweit nicht anders angegeben: LVR-Fachforum Künstlerische Therapien,
Team der Künstlerischen Therapien der LVR-Klinik Viersen

Layout und Druck

LVR-Druckerei, Inklusionsabteilung
Telefon: 0221 809-2442

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

LVR-Dezernat 8 – Psychiatrie und Teilhabeverbund
Auflage 1 (300 Exemplare)
Köln, März 2025

Inhalt

Vorwort	3
Grußwort	5
Vorträge	7
Scham ... ein zutiefst menschliches Gefühl – Dr. med. Ralph Marggraf	7
Im Boden versunken und trotzdem weiter gemacht – wie wir Scham überleben – Eva Schoofs	10
Scham – zu viel oder zu wenig in der Musiktherapie – Prof. Dr. sc. mus. Gitta Strehlow	16
Von „unter dem Teppich“ zum „Roten Teppich“: Tanztherapie bei Scham – Dr. rer. Medic. Marianne Eberhard-Kaechele	23
Workshops	
Schäm dich! Schutz oder Schädigung? – Oliver Schneider und Katrin Bange	31
Jenseits der Scham – Hannah Salomé und Christina Creemers-van Heerde	34
Eine Charme-Offensive für die Scham – Imke A. Fiedler	39
Innere Anteile in der Musiktherapie anhand des Phänomens Scham – Tobias Kranz	45
Scham & Selbstbewertung – Jochen Satter	49
Die therapeutische Präsenz in der Kunsttherapie – Avgustina Stanoeva	56
Fotocollage / Impressionen	59
Workshops	
Scham – eine tanztherapeutische Exploration nach dem Konzept der Schematherapie – Andrea Du Bois	63
Schäm Dich! Nicht – Nicole Hartmann und Dr. Simone Klees	69
Aus Scham mach Schrei: Die Methode „Schreichor“ in der vokalen Musiktherapie – Patric Driessen	74
„Scham“ als Kern-Affekt der Gestaltbildung in der „Arbeit am Tonfeld“ – Manfred Poetsch	81
„Scham – ein ansteckendes Gefühl?“ – Stefanie Portele	82
Ein freundlicher Weg, sich aus Scham und Schuld heraus zu schmelzen – Marion Reuter	86
Ich finde meine Stimme wieder – Elisabeth Heymann Röder	93
Abendveranstaltung	93
Posterpräsentationen	94
Transferbindungen FaKT 2023	101
Team des LVR-Fachforum Künstlerische Therapien	108

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Kolleg*innen,

Das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien freut sich, Ihnen neben der Online-Version nun auch die Druckversion der Tagungsdokumentation der 14. LVR-Fachtagung Künstlerische Therapien (FaKT) mit dem Thema:

Keine falsche Scham Ein besonderes Gefühl in den Künstlerischen Therapien

vorlegen zu können.

Die Fachtagung fand am 9. und 10. November 2023 in der LVR-Klinik Viersen statt.

Die 14. LVR-Fachtagung Künstlerische Therapien (FaKT), vormals KreativtherapieTage, kann auf eine bald 30-jährige Tradition zurückblicken. Zunächst wurden die einzelnen Gewerke in den Fokus gestellt:

- Kunst und Therapie im Rheinland in Düren 1995
- Hast du Töne – Musik und Therapie im Rheinland in Bedburg-Hau 1997
- Vorhang auf - Tanz- und Dramatherapie im Rheinland in Düsseldorf 1999

Nach dieser Trilogie betrachtete man es als logische Ergänzung, die künstlerisch-therapeutischen Gewerke zusammenzubringen. Daraus entstand das Symposium **Mit allen Sinnen – Kreativtherapien im Rheinland**, welches 2001 im Horion-Haus in Köln stattfand. Was zunächst als Ergänzung zu den vorausgegangenen Tagungen gedacht war, entwickelte dann eine Eigendynamik und daraus ist eine, mittlerweile langjährige Tradition, entstanden.

Seither haben sich Begrifflichkeiten geändert, z. B. wurde aus den Kreativtherapien die Künstlerischen Therapien, aus den KreativtherapieTagen wurde die LVR-Fachtagung Künstlerische Therapien (FaKT). Die Motivation aber, alle zwei Jahre die Fachtagungen zu ermöglichen, ist immer die gleiche geblieben nämlich, Sie einzuladen, sich mit den spezifischen Eigenschaften der einzelnen Gewerke und den Gemeinsamkeiten, mit aktuellen Themen und Fragestellungen aus dem Bereich der Künstlerischen Therapien auseinanderzusetzen und den fachlichen Austausch zu fördern.

Unser diesjähriges Thema SCHAM erwuchs aus der Evaluation der Themenwünsche der Teilnehmenden der vorausgegangenen 13. FaKT in der LVR-Klinik Langenfeld 2019. In Gesprächen mit Kolleg*innen (auch außerhalb der Künstlerischen Therapien) zeigte sich ebenfalls Zuspruch und großes Interesse, die verschiedenen Dimensionen der „Scham ... ein zutiefst menschliches Gefühl“, (um den Titel einer der Hauptvorträge zu zitieren) auszuloten.

Für die ausgesprochen gute Atmosphäre, in der die Tagung stattfand, möchte sich das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien bei allen Beteiligten herzlich bedanken. Zu nennen wäre der Klinikvorstand der LVR-Klinik Viersen, vertreten durch Herrn Dr. Ralph Marggraf. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass Herr Dr. Marggraf dankenswerterweise sehr kurzfristig für den erkrankten

Herrn Dr. Strahl eingesprungen ist und den Hauptvortrag gehalten hat. Ein großer Dank geht an die Mitarbeiter*innen aus den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Technik und kulinarischer Versorgung. Darüber hinaus danken wir Herrn Markus Schmid (Leiter der Abteilung Therapeutische Dienste) und seinem Team für die wertschätzende und konstruktive Zusammenarbeit.

Unser Dank gilt an dieser Stelle allen, die mittels vier Hauptvorträgen, 12 Workshops und Posterpräsentationen einen vielseitigen Blick auf das Thema ermöglicht haben und Impulse zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Tagungsthema gegeben haben.

Wie auch in den Jahren zuvor wäre die LVR-Fachtagung Künstlerische Therapien (FaKT) ohne die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern nicht möglich gewesen. Deswegen bedanken wir uns für den kooperativen Beistand bei folgenden Verbänden:

- Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e. V. (BTD),
- Bildungswerk Anschluss e. V.
- Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e. V. (DFKGT)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG),

Nicht zuletzt geht unser großer Dank an unseren Tagungsmoderator Herrn Prof. Johannes Junker, der in gewohnt professioneller Weise, gepaart mit Witz und Humor, durch die Tagung geführt hat.

Corona-bedingt konnten wir im Jahr 2021 die 13. FaKT lediglich als Online-Tagung durchführen. Umso deutlicher spürte man die Freude, sich wieder auf persönlicher Ebene begegnen zu können. Der Austausch der Teilnehmenden der komplett ausgebuchten Tagung sowohl auf persönlicher wie auch professioneller Ebene fand in einer sehr wertschätzenden Atmosphäre statt. Die Abendveranstaltung nutzten viele für weitere intensive Gespräche, sich zu vernetzen und/oder einfach in lockerer Atmosphäre Spaß zu haben.

Und nun wünscht Ihnen das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien viel Spaß beim Lesen des Tagungsbandes. Wir hoffen, Ihnen damit Impulse für die eigene Arbeit an die Hand geben zu können.

Ihr
LVR-Fachforum Künstlerische Therapien

Grußwort

14. LVR-Fachtagung für Künstlerische Therapien am 09.11.2023 in der LVR-Klinik Viersen (Festsaal der Orthopädie)



Susanne Stephan-Gellrich

Sehr geehrter Herr Dr. Marggraf,
sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Kollegen
und Kolleginnen,

mein Name ist Susanne Stephan-Gellrich. Ich leite
den LVR-Fachbereich Planung-, Qualitäts- und Inno-
vationsmanagement in der LVR-Klinikverbundzentra-
le in Köln.

Ich freue mich außerordentlich, Sie alle hier bei der
LVR-Fachtagung für Künstlerische Therapien begrü-
ßen zu dürfen. Endlich ist es nach 10 Jahren im Dezer-
nat gelungen, dass ich hier stehen kann.

Besonders begrüßen möchte ich natürlich den heuti-
gen Ehrengast: Frau Beatrix Evers-Grewe.
Als Leiterin der Künstlerischen Therapien haben Sie
in der LVR-Universitätsklinik Essen – so der neue
Name der Klinik – über viele Jahre zur Weiterent-
wicklung der Berufsgruppe in bedeutendem Maß
beigetragen. Es war dabei u. a. Ihr Verdienst, dass im
Landschaftsverband Rheinland die Namensänderung
von den „Kreativtherapien“ zu den „Künstlerischen
Therapien“ vollzogen wurde und somit der interna-
tional längst gebräuchlichen Berufsbezeichnung „arts
therapist“ gefolgt werden kann.

Sie haben jedoch nicht nur in der Klinik selbst, son-
dern auch landes- und bundesweit viel zur Akzeptanz
und weiteren Entwicklung des Berufsbildes beige-
tragen. Das DGPPN-Referat Gesundheitsfachberufe,
welches Sie aktuell leiten, gibt laufend wichtige Im-
pulse zur Finanzierung und Versorgung. Gleiches gilt
natürlich auch für die BAG KT, deren Vorsitzende Sie
sind. Gut, dass wir Sie auch heute bei uns haben!

Ein herzliches „Hallo“ geht auch an den weiteren
besonderen Gast - Herrn Friedhelm Kitzig. Er war bis
zum Jahr 2019 Abteilungsleiter der LVR-Abteilung für
psychiatrische Versorgung in meinem Fachbereich
und mit Herrn Uwe Blücher auch zuständig für die
Künstlerischen Therapien im LVR-Klinikverbund.

Ich habe Ihnen, Herr Kitzig, aus terminlichen Grün-
den, oft die Begrüßung dieser Fachtagungsreihe
überlassen müssen, wusste diese Aufgabe aber
immer in den besten Händen. Herzlichen Dank, dass
Sie da sind!

Wir können den heutigen Tag auch nicht beginnen,
ohne dem Organisatoren-Team der 14. FaKT 2023
gebührend zu danken. Es ist eine ganz besondere
Qualität, wenn alle LVR-Kliniken zusammen etwas auf
die Beine stellen.

Es sind:

- **Meike Höffken**
(LVR-Klinik Viersen)
- **Rahel Jansen**
(LVR-Klinik Viersen)
- **Ute Pirkl**
(LVR-Klinikum Düsseldorf)
- **Mechtild Witte**
(LVR-Klinik Düren)
- **Eva Golloch**
(Leiterin der Abteilung Spezialtherapien
LVR-Universitätsklinik Essen)
- **Beatrix Evers-Grewe**
(LVR-Universitätsklinik Essen)

- **Jana Reetz-van der Kallen**
(LVR-Klinik Bedburg-Hau)
- **Patric Driessen**
(Leiter der Spezialtherapien im KHG-Bereich der LVR-Klinik Bedburg-Hau)
- **Florian Urbas**
(LVR-Klinikum Düsseldorf) und
- **Uwe Blücher**
(LVR-Fachbereich 84, aus der LVR-Klinikverbundzentrale Köln),

meinem Fachbereich.

Sie alle haben sich persönlich engagiert, um diese Veranstaltung zu „kuratieren“. Herzlichen Dank Ihnen allen.

Natürlich darf ich nicht vergessen, meinen besonderen Dank an die LVR-Klinik Viersen und Herrn Schmid, Leiter der Therapeutischen Dienste in der LVR-Klinik Viersen, auszusprechen. Ohne Ihre Gastfreundschaft und Unterstützung wäre diese Veranstaltung nicht halb so bunt geworden.

Und jetzt möchte ich Ihnen ein kleines Geheimnis verraten: Der LVR-Klinikverbund hat ein Alleinstellungsmerkmal, auf das wir besonders stolz sind.

Als größter deutscher Psychiatrieträger fördern und finanzieren wir die Berufsgruppe der Künstlerischen Therapien. Wir haben erkannt, dass sie nicht nur Farbe in das Leben unserer Patienten bringen, sondern einen wichtigen therapeutischen Beitrag zur Genesung leisten. Von 66 Künstlerischen Therapeut*innen im Jahr 2015 sind wir stolz darauf, dass wir nun über 101 Künstlerische Therapeut*innen im LVR-Klinikverbund verfügen. Das ist wahrlich eine Meisterleistung, denn wir glauben an die therapeutische Wirksamkeit von Künstlerischen Therapien im LVR-Klinikverbund!

Daher haben wir auch uns sehr bemüht, die Kosten der Fachtagung in diesem Jahr besonders stark zu unterstützen. Leider müssen auch Sie aufgrund von Inflation und gestiegenem Catering Kosten für die heutige Abendveranstaltung eine Erhöhung in Kauf nehmen. Gut, dass Sie trotzdem hier sind! Mein Anspruch war, ein charmantes Grußwort zu halten; für die „Scham“ sind Sie nun zuständig.

Ich darf daher an den langjährigen Moderator dieser Tagungsreihe, Herrn Prof. Johannes Junker, abgeben. Er ist der ehemalige Leiter der Abteilung für Künstlerische Therapien in der LVR-Klinik Bedburg-Hau und – so habe ich mir versichern lassen – übernimmt diese Aufgabe hoch kompetent. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Scham ... ein zutiefst menschliches Gefühl

Vortrag: Dr. med. Ralph Marggraf, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Viersen in Vertretung für Dr. med. David Strahl (erkrankt).



Dr. med. Ralph Marggraf, Foto: privat

Uns liegt keine Dokumentation des ursprünglich geplanten Vortrags von Dr. David Strahl, der leider erkrankt war, vor. Das „LVR-Fachforum Künstlerische Therapien“ spricht Dr. Marggraf seinen herzlichen Dank für die spontane Übernahme des Vortrags aus.

Etymologie

- scama (althochdeutsch)
 - Schande, sich bedecken
- Scham
 - die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane (Brockhaus 1923)
- Wörterbuch der philosophischen Begriffe 1955
 - Das aus dem Bewusstwerden entspringende Gefühl, die körperliche oder geistige Blöße sei der Gegenstand fremder Aufmerksamkeit

Definition

- bei allen Menschen / in allen Kulturen
 - Genetische Veranlagung
- Intensität
 - vom „peinlichen Berührtsein“
 - bis zum „Im-Boden-Versinken“
 - Bis hin zu existenziellen Krisen/ Suizidalität
 - Generell schmerzhaft

- Zentrale Aspekte der Person werden in Frage gestellt
 - Gefühle der Minderwertigkeit, der Wertlosigkeit, Bloßstellung, Machtlosigkeit, Inkompetenz, Wünsche sich zu verstecken oder aus der Situation zu entschwinden.
- markiert Grenzen, die gegenüber einem Menschen einzuhalten sind:
 - Körperlich (z.B. Intimbereich)
 - Seelisch (z.B. Integrität, Autonomie)
 - Kognitiv (z.B. persönliche Geheimnisse)
 - unterstützende Funktion
 - trägt dazu bei, Regeln im Umgang miteinander einzuhalten
 - «Türhüterin des Selbst» (wacht über die Würde und Authentizität eines Menschen)

Biografische Entwicklung

- Fremdeln/ 8-Monatsangst
 - „Narzisstische Kränkung“ ab 2. Lebensjahr (bei einsetzendem, noch brüchigem)
- Selbstbewusstsein
 - Soziale Scham ab 3./4. Lebensjahr
 - wenn Mitmenschen Normbrüche beobachten
 - Entwicklung eines Über-Ichs
 - Personale Scham ab 7./8. Lebensjahr
 - auch ohne Schamzeugen
 - wenn eigene Wertvorstellungen nicht eingehalten werden

Symptome

- Psychisch
 - Brennendes Gefühl
 - Schreck, Gefühl der Ohnmacht
- Körperlich
 - Erröten
 - Blick senken
 - Kopf neigen
 - In sich zusammensinken
- Zwischenmenschlich
 - Kontaktvermeidung, Rückzug

ad hoc Referat des Ärztlichen Direktors



Dr. med. Ralph Marggraf, Ärztlicher Direktor, referiert spontan, anstelle des erkrankten Dr. Strahl.

Besonderheiten

- nicht durch natürliche Trigger ausgelöst
 - andere Gefühle (Angst, Trauer, Wut, Ekel) werden u.a. durch eine vitale Gefahr, einen sozialen Verlust, einen Angriff bedingt
- setzt Bewusstsein seiner selbst voraus
 - kann z.B. in psychotischen Erkrankungen (mit einem Verlust des "Selbst") verloren gehen

Auslöser

- Innerseelische Auslöser
 - externalisierend:
 - Annahme, andere Personen könnten die eigene Person als minderwertig, schwach oder unzulänglich bewerten
- internalisierend:
 - eigene Abwertung von sich selbst
- Externe Auslöser
 - Bloßstellung oder Beschämung durch andere Menschen (Demütigungen oder Kränkungen)
- Kulturell bedingt:
 - keine Kultur ohne Scham (Spricht für genetische Anlage)
- Zeitlicher Wandel:
 - Enttabuisierung von Nacktheit und Sexualität
 - Tabuisierung ästhetischer Mängel (z.B. von Übergewicht, Altershaut)
 - Tabuisierung von Leistungsdefiziten unter Optimierungsdruck (z.B. berufliches Scheitern, Statusverlust)
 - Einfluss der sozialen Medien

Innere Auslöser

- Individuelle Entwicklung

Äußere Auslöser

- kulturell bedingt
- „kollektive Scham“

Patient*innen

- Notwendigkeit Hilfe aufzusuchen
 - Intimität preiszugeben
 - Unbekannte Aspekte zu offenbaren
- Kontrollverlust durch Behandlung und Abgabe bestimmter Autonomieanteile
 - Mit unbekanntem eigenen Anteilen konfrontiert zu werden
 - Verantwortung übernehmen müssen oder deren Verweigerung reflektiert zu bekommen
- Konfrontation z.B. mit
 - traumatischen Erlebnissen
 - Suchtmittelmissbrauch
- körperliche und seelische Grenzüberschreitungen durch notwendige Eingriffe/Therapien/ Pflegehandlungen

Behandler*innen

- körperliche und seelische Grenzüberschreitungen durch notwendige Eingriffe/Therapien/ Pflegehandlungen > Schamempfinden der Behandler*in
- Scham tritt oft in therapeutischen Beziehungen auf (auch bei non-verbalen Therapieformen)
- Therapeut*innen
 - sollten darauf vorbereitet sein
 - sollten eigene Schamgefühle kennen und damit umgehen können

- Trotz Abwehrreaktionen therapeutische Beziehung aufrechterhalten
- besonderes Feingefühl der Behandler*in notwendig
 - um Patient*innen nicht unnötig stark zu verletzen
 - um mit eigenen Schamgefühlen umgehen zu können

Abwehrmechanismen u. a.

- Unsichtbar machen (zu spät kommen)
- zwanghaftes Verhalten
- Perfektionismus
- Protzigkeit
- übermäßige Grandiositätsvorstellungen
- Verachtung, Spott, Trotz, Zorn, Neid
- Wutreaktionen
- Focus auf andere verschieben

Psychische Störungen u. a.

- Selbstunsichere Persönlichkeit
- Dependente Persönlichkeit
- Depressionen
- Narzissmus
- Borderline-Struktur
- Etwa auch Paraphilien

Abgrenzung Scham/ narzisstische Kränkung

Scham:

- zeigt Selbstwertproblem an (z.B. Gegensatz von Ich-Ideal und Realität)
- Konsequenz: Auseinandersetzung mit sich selber

Narzisstische Kränkung:

- psychisches Verletzt sein, geht mit Wut oder „gehässig sein“ einher
- Konsequenz: Ablehnung der andern, Rache- und Aggressionsimpulse

Psychotherapie

- gerechtfertigte Schamgefühle:
 - wenn eine Offenlegung des entsprechenden Sachverhalts tatsächlich zu negativen sozialen Konsequenzen führen würde
- Ungerechtfertigte Schamgefühle
 - Keine tatsächlichen negativen Konsequenzen zu befürchten
- verschiedene Kulturen, unterschiedliche Normen:
 - Bsp. Migranten: Schamgefühle gegenüber einigen Angehörigen berechtigt, gegenüber anderen Personengruppen aber unberechtigt
- unberechtigte Scham:
 - zeigen und – entgegen dem eigenen Impuls – handeln

- Verhaltensexperiment / schamreduzierende Mutproben
- shame-attacking exercises (Rational-Emotive Verhaltenstherapie)
- Patient setzt sich aktiv Situationen aus, die bisher schambesetzt waren
- vergewissern, dass die Umwelt einem nach der Selbstoffenbarung weiterhin wertschätzend begegnet
- berechnete Scham:
 - Würdigen der sozialen Schutzfunktion
 - Person schützen, ihr Ansehen in der Gruppe zu verlieren
- internalisierte Scham:
 - sokratischer Dialog

Therapeut*innen Variablen

- Gegenübertragung- mangelnde Abgrenzung gegenüber Angriffen/Übergriffen
- Mangelnde Distanz zu Problemen von Klient*innen
- Mangelnde Distanz und Professionalität beim Ansprechen „heikler“ Themen (Bsp. Sexualität, Gewalt)
- Eigene Angst und Scham bei Gewaltthemen oder Sexualitätsthemen
- Abwehr fremder oder eigener Scham vergrößert die Gefahr taktlosen, grenzüberschreitenden oder ungehaltenen Reagierens. Beispiele von Schamabwehr:
 - z.B. mit Wut zudecken oder mit narzisstischem Gekränkt-Sein verdrängen
 - dass wir kurz angebunden sind oder den Kontakt ganz meiden
- Gefühl nicht tabuisieren, sondern es als zwar schwieriges, aber wichtiges menschliches Gefühl einschätzen
 - Nur wenn Scham angenommen wird, kann sie schützende Funktion entfalten

Hilfestellungen zum Umgang mit Scham

- Sozial:
 - Freundschaftliche Unterstützung
 - Guter Teamgeist (an der Arbeitsstelle)
 - Coaching, Psychotherapie
- Persönlich:
 - Schamtoleranz dank biografischen Erfahrungen
 - Großmut
 - Humor
 - Spiritualität

Im Boden versunken und trotzdem weiter gemacht – wie wir Scham überleben

Referentin & Autorin: Eva Schoofs, Kunst- und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin



Eva Schoofs, Foto: privat

Scham gehört neben Schuld zu einem der unangenehmsten Gefühle, hat aber natürlich, wie alle Emotionen, eine Funktion. So könnten wir ohne Scham in einer Gesellschaft kaum zusammenleben. Scham kommt in unterschiedlicher Intensität und Form vor, bringt starke körperliche Reaktionen mit sich und kann in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Ursachen haben.

Wichtig ist aber, dass Scham unseren Zusammenhalt fördert und für soziale Anpassung sorgt. Weil Scham so unangenehm ist, wollen wir sie vermeiden und passen uns in der Gesellschaft an, um nicht aufzufallen und damit bloßgestellt zu werden. Wir verfolgen dann eher die Interessen der Gruppe. Scham dient zusätzlich der Vergebung. Wenn wir uns unpassend verhalten haben, ausgeschlossen werden und uns schämen, können wir das kaum aushalten und sorgen dafür, dass andere uns vergeben, uns wieder akzeptieren und wir somit wieder in die Gruppe aufgenommen werden.

Zusätzlich regt das Gefühl von Scham die Selbstreflexion an. Denn letztendlich schämen wir uns vermutlich viel zu oft aus der Intention, nicht angepasst zu sein. In diesem Sinne gilt es, die Scham zum einen als funktional anzusehen. „Ich habe mich blamiert!“ regt dazu an, mein Verhalten ggf. zu verändern und

mich weiterzuentwickeln, während zum anderen die dysfunktionale Überzeugung „Ich bin eine Blamage!“ eher das Risiko birgt, die mentale Gesundheit in eine Dysbalance zu bringen.

Ein zu hohes Maß an Scham und die destruktive Überzeugung, selbst eine Blamage zu sein, kann dementsprechend Risiko für psychische Erkrankungen sein, beispielsweise Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Suizidalität, Narzissmus und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Deshalb gilt es, unsere mentale Gesundheit und unsere Psyche so gut wie möglich im Blick zu haben. Um Scham in angemessenem Maße aushalten zu können, empfiehlt es sich daher, sich selbst die psychischen Grundbedürfnisse bewusst zu machen und für die Erfüllung dieser zu sorgen.

Die psychischen Grundbedürfnisse nach Klaus Grawe



Grafik: Eva Schoofs

Klaus Grawe war ein bedeutender deutscher Psychologe, der sich in seiner Arbeit besonders auf die Erforschung von psychischen Störungen und psychotherapeutischen Interventionen konzentrierte. In seinem Buch „Psychologie psychischer Störungen: Ein integratives Behandlungskonzept nach den Bedürfnissen des Menschen“ entwickelte Grawe ein integratives Behandlungskonzept, das auf der Annahme basiert, dass jeder Mensch bestimmte psychische Grundbedürfnisse hat, die erfüllt werden müssen, um ein gesundes und zufriedenes Leben zu führen.

Das Bedürfnis nach Selbstwertgewinn

Das Grundbedürfnis nach Selbstwertgewinn ist einer der vier zentralen Aspekte unserer Psyche. Es bezieht sich auf den Wunsch, ein positives Selbstkonzept und eine positive Selbstwahrnehmung zu haben.

Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung bezieht sich darauf, dass wir uns selbst als wertvoll und positiv wahrnehmen möchten. Es ist ein natürlicher Wunsch, unser Selbstwertgefühl zu erhöhen und unser Selbstbewusstsein zu stärken, Selbstwirksamkeit zu spüren. Wenn wir uns als wertvoll und positiv wahrnehmen, haben wir mehr Vertrauen in uns selbst und unsere Fähigkeiten. Wir möchten gewinnen, Erfolge erzielen, autonom sein und wünschen uns „etwas wert“ zu sein. Durch das Gefühl, etwas wert zu sein, beispielsweise durch Stolz, kann inneres Wachstum entstehen und wir trauen uns folglich, nächste Schritte zu gehen und Neues auszuprobieren.

Eltern bestärken ihre Sprösslinge vor allem im Kindesalter in fast jedem Schritt. Zum Glück! Denn vor allem in sehr jungen Jahren ist es wichtig, dass Kinder Erfahrungen wie Erfolg, Mut oder Gewinn (im Spiel) machen können, um die daraus resultierenden positiven Selbstwertgefühle als Antrieb für neue Erfahrungen nutzen zu können. Leider bleiben der ständige Applaus und das stetige Lob aus der frühen Kindheit im Verlauf des Wachstums aus und werden von Kritik und Zweifeln abgelöst.

Studien besagen, dass es für ein gesundes Selbst für jede Kritik fünf Mal Lob geben muss, damit das Selbstbewusstsein nicht leidet. Das entspricht leider weder in Erziehung, in der Schule, im Job, in Partnerschaft dem realen Ist-Zustand (Prof. John Gottmann, 5:1-Regel)

Wenn das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung nicht erfüllt wird, kann dies zu einem geringen Selbstwertgefühl und mangelndem Selbstbewusstsein führen. Menschen beginnen, an sich zu zweifeln, sich in Frage zu stellen, sich weniger zu trauen. An dieser Stelle entstehen Glaubenssätze wie „Ich bin nicht gut genug!“, „Ich bin nichts wert!“ oder „Ich kann nichts!“, die ein Leben lang Einfluss auf das eigene Befinden, die Selbstdarstellung und den (beruflichen) Erfolg haben können. Dies kann wiederum zu psychischen Problemen wie **Depressionen, Essstörungen** und **Angstzuständen** führen.

Es gibt verschiedene Strategien, um unser Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung zu erfüllen. Zum Beispiel können wir unsere Erfolge und Erfahrungen feiern und uns auf unsere Stärken und positiven Eigenschaften konzentrieren. Wir können auch positive Selbstgespräche führen und uns selbst unterstützende Gedanken geben.

Wird unser Selbstwert verletzt, entsteht Wut

Wut ist ein starkes Gefühl, das oft mit Frustration und Enttäuschung verbunden ist. Es kann jedoch auch eine wichtige Rolle bei der Stärkung des Selbstwerts spielen:

Wenn wir uns ungerecht behandelt oder nicht respektiert fühlen, kann das Gefühl von Wut uns helfen, unsere Grenzen zu setzen und unsere Bedürfnisse auszudrücken. Indem wir unsere Wut konstruktiv ausdrücken und uns für uns selbst einsetzen, können wir unser Selbstwertgefühl stärken oder wiederherstellen und uns als wertvolle und respektierte Person fühlen. Daher ist es wichtig, gesunde Wege zu finden, um unsere Wut auszudrücken und unsere Bedürfnisse zu kommunizieren. Dies kann durch gezielte Selbstreflexion, Kommunikationstechniken und Stressmanagement-Techniken erreicht werden.

Generell scheint Wut in der Gesellschaft eher ungerne gesehen, schon Kindern wird früh die Wut verboten, sodass viele Menschen gar nicht in der Lage sind, wütend zu sein und Wut für sich zu nutzen. An manchen Stellen scheint sogar angestrebt zu werden, Wut völlig auszuklammern, was uns aber im Falle einer Selbstwertminderung den gängigsten Lösungsweg nimmt.

Stolz kann den Selbstwert stärken

Stolz ist ein Gefühl, das eng mit der Selbstwerterhöhung verbunden ist. Es kann uns helfen, unser Selbstwertgefühl zu stärken und unsere Fähigkeiten und Leistungen anzuerkennen. Wenn wir auf etwas stolz sind, kann uns das ein Gefühl von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit geben.

Das Gefühl von Stolz kann dazu beitragen, dass wir uns unsererer Fähigkeiten und Kompetenzen bewusster werden. Wenn wir eine schwierige Aufgabe erfolgreich bewältigt haben, können wir stolz auf uns sein und unser Selbstvertrauen stärken. Stolz kann uns auch helfen, uns von negativen Einflüssen abzugrenzen und uns auf unsere eigenen Leistungen zu konzentrieren.



Eva Schoofs

Eine gesunde Form des Stolzes kann uns auch helfen, uns selbst besser zu akzeptieren und unsere Identität zu stärken. Wenn wir stolz darauf sind, wer wir sind und woher wir kommen, kann uns das ein Gefühl von Selbstbewusstsein und Zugehörigkeit geben. Wir können uns mit unseren Werten und Überzeugungen identifizieren und uns dadurch selbst besser verstehen.

Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Das menschliche Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle ist ein zentraler Aspekt der menschlichen Psyche. Es ist das Bedürfnis nach Sicherheit und Stabilität in einer oft unvorhersehbaren Welt und darüber hinaus eben jenes Grundbedürfnis, das schon im frühen Alter (neben der Bindung) eine unglaublich wichtige und grundlegende Rolle spielt. Mit der Erfüllung dieses Grundbedürfnisses entscheidet sich, ob eine hirnpfysiologische Entwicklung regelrecht vorstättengeht oder es zu Entwicklungsverzögerungen kommt.

Wenn wir im frühen Alter oft Angst und Unsicherheit ausgesetzt sind, beispielsweise durch die psychische Störung eines Elternteils oder durch Drogenkonsum einer Bezugsperson, und dadurch unberechenbares Verhalten in der unmittelbaren Lebenswelt entsteht, ist unser Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle schon früh gestört. In dem Moment, indem Cortisol, das Stresshormon, ausgeschüttet wird, ist vor allem das kindliche Gehirn nicht in der Lage zu wachsen und sich zu entwickeln, sondern kümmert sich zunächst um den Abbau des Cortisols. Dieser Zusammenhang erklärt, weshalb früh und komplex traumatisierte Kinder sehr oft entwicklungsverzögert sind oder sogar unter richtigen Entwicklungslücken leiden.

Das Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle bezieht sich auf den Wunsch, eine gewisse Vorhersehbarkeit und Kontrolle in unserem Leben zu erwirken. Es ist ein natürlicher Wunsch, uns sicher und wohlzufühlen, indem wir eine gewisse Kontrolle über unsere Umgebung und unsere Erfahrungen haben. Wir lieben, wenn Dinge gleichbleibend und übersichtlich sind.

Wenn wir das Gefühl haben, dass wir keine Kontrolle über unser Leben haben oder dass unser Leben unvorhersehbar ist, kann dies Angst, Stress und Unsicherheit verursachen. In extremen Fällen kann dies zu psychischen Problemen wie **Angststörungen**, **Zwangsstörungen** und **Depressionen** führen, vor allem aber auch zu **Traumatisierungen**.

Es ist wichtig zu beachten, dass das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle nicht bedeutet, dass wir unser Leben vollständig kontrollieren können oder wollen. Es geht vielmehr darum, dass wir ein Gefühl der Kontrolle haben und dass wir unsere Entscheidungen und Erfahrungen beeinflussen können. Eine realistische Kontrolle kann uns helfen, uns sicherer zu fühlen und uns vor unnötigem Stress und Angst zu bewahren. Viele Menschen fahren zum Beispiel immer denselben Weg zur Arbeit, obwohl es mehrere Möglichkeiten gäbe. Wir gehen in denselben Supermarkt, gestalten Feste und Rituale oft auf dieselbe Art, weil wir gleichbleibende Abläufe gerne mögen. Sie geben uns Halt. Wir glauben zu wissen, was voraussichtlich passiert und wie wir uns in dieser Situation fühlen werden.

Um unser Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zu stärken, gibt es verschiedene Strategien, die wir anwenden können. Zum Beispiel können wir sich wiederholende Routinen oder Strukturen in unserem Leben etablieren, um ein Gefühl von Vorhersehbarkeit zu schaffen. Wir können auch planen und unsere Zeit effektiver nutzen, um ein Gefühl von Kontrolle über unser Leben zu haben. Andere Strategien umfassen das Setzen von Zielen und das Entwickeln von Strategien, um diese zu erreichen.

Sind Orientierung und Kontrolle verletzt, entsteht Angst

Angst ist ein starkes Gefühl, das oft mit Unsicherheit und Kontrollverlust verbunden ist. Es kann jedoch

auch eine wichtige Rolle bei der Erfüllung unseres Grundbedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle spielen.

Wenn wir uns unsicher fühlen oder mit einer neuen Herausforderung konfrontiert sind, kann das Gefühl von Angst uns dazu motivieren, nach Wegen zu suchen, um die Kontrolle über die Situation zurückzugewinnen. Indem wir unsere Ängste akzeptieren und gezielte Schritte unternehmen, um unsere Ziele zu erreichen, können wir unser Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle erfüllen und uns sicher und selbstbewusst fühlen. Meistens sind die Reaktionen auf Angst „fight, flight or freeze“, also „kämpfen, fliegen oder einfrieren“.

Daher ist es wichtig, gesunde Wege zu finden, um mit Angst umzugehen und unsere Kontrolle über die Situation zurückzugewinnen. Dies kann durch gezielte Selbstreflexion, Entspannungstechniken, Atemtechniken und das Arbeiten mit einer*em Coach oder einer*em Therapeut*in erreicht werden.

Sicherheit und Entspannung können Orientierung und Kontrolle wieder herstellen

Es liegt nahe, in einem Zustand von Angst nach bereits erlerntem Verhalten zu handeln, um wieder in das Gefühl von Entspannung und Sicherheit zu kommen. Generell ist die beste Auflösung von Angst auf Bewährtes und Altbekanntes zurückzugreifen.

Entspannungstechniken wie Meditation, Yoga oder autogenes Training können dabei helfen, Stress abzubauen und ein Gefühl von Ruhe und Gelassenheit zu schaffen. Auch gezielte Selbstreflexion und das Setzen von klaren Zielen können dazu beitragen, ein Gefühl von Orientierung und Kontrolle zu schaffen und uns sicherer und selbstbewusster zu machen. In akuten Situationen ist es dabei unerlässlich, sich auf bereits bewährte Strategien zu besinnen.

Das Bedürfnis nach Bindung

Wir lieben Zugehörigkeit, Menschen sind Herdentiere. Wir mögen es dazu zu gehören, geliebt zu werden und andere zu lieben. Das Grundbedürfnis nach Bindung ist ein fundamentales menschliches Bedürfnis, das uns in unseren Beziehungen und Interaktionen mit anderen Menschen antreibt. Es ist ein angeborenes Bedürfnis, das sich in der frühen Kindheit durch die Bindung an unsere Eltern und Bezugspersonen ent-

wickelt und im Laufe des Lebens eine entscheidende Rolle spielt.

Die Bindungstheorie von John Bowlby beschreibt, wie Kinder eine sichere Bindung zu ihren primären Bezugspersonen aufbauen und wie diese Bindung ihr Verhalten, ihre Emotionen und ihre Beziehungen im späteren Leben beeinflusst.

Eine sichere Bindung im Kindesalter führt zu einer erhöhten emotionalen Stabilität, einem guten Selbstbewusstsein und einer besseren Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Im Erwachsenenalter kann das Bedürfnis nach Bindung dazu führen, dass wir enge Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen möchten, seien es romantische Beziehungen, Freundschaften oder familiäre Beziehungen. Eine sichere Bindung in einer Beziehung führt zu einer höheren Zufriedenheit, einer besseren Bewältigung von Stress und einer erhöhten Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Problemen).

Daher ist es wichtig, gezielte Schritte zu unternehmen, um unser Grundbedürfnis nach Bindung zu erfüllen und gesunde Beziehungen aufzubauen. Dies kann durch die Verbesserung unserer sozialen Fähigkeiten, die Teilnahme an Gruppenaktivitäten und die gezielte Arbeit an unserem Bindungsstil, erreicht werden.

Ist unser Bedürfnis nach Bindung verletzt, entsteht Trauer

Wenn wir eine Bindung zu einer Person aufbauen und diese Person aus unserem Leben scheiden muss, kann dies zu einem tiefen Gefühl der Trauer führen. Auch im sehr jungen Alter können wir Trauer erfahren. Je jünger wir sind und je größer unser Verlust, desto größer die Chance, dass wir uns aufgrund mangelnder Selbstreflexion selbst die Schuld geben. Das hat wiederum mit dem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zu tun: „Wenn ein Mensch aus unserem Leben geht, erfahren wir einen starken Kontrollverlust. Wenn wir uns dann sagen, dass wir an dem Verlust Schuld haben, gaukeln wir uns selbst vor, dass wir Kontrolle über die Verlustsituation haben. Denn im Umkehrschluss würde ja gelten: Wenn wir uns anders verhalten hätten, dann wäre die Trauer auslösende Situation nicht eingetreten. Diese Gedankenstrate-



Eva Schoofs

gien zeigen sich beispielsweise oft bei Kindern, deren Eltern sich trennen, woraufhin sich die Kinder Schuld an der Trennung geben.

Trauer ist eine normale und natürliche Reaktion auf den Verlust einer Bindung, sei es durch Tod, Trennung oder andere Umstände. Es ist ein emotionales Durchleben des Verlustes, das unterschiedliche Phasen durchläuft, wie zum Beispiel Verleugnung, Wut, Verzweiflung und Akzeptanz. Diese Phasen können je nach Person und Situation unterschiedlich sein und sich über einen längeren Zeitraum hinziehen.

In Bezug auf das Grundbedürfnis nach Bindung kann Trauer dazu führen, dass wir uns allein und isoliert fühlen, wenn wir uns von einer Person oder einer Gruppe trennen müssen, mit der wir eine Bindung hatten. Wir können das Gefühl haben, dass ein Teil von uns fehlt und unsicher sein, wie wir diese Lücke füllen können.

Jedoch kann die Trauer auch zu einer Stärkung der Bindung führen, da sie uns dazu zwingt, uns mit unseren Emotionen und unserem Schmerz auseinanderzusetzen. Wenn wir die Trauer zulassen und durchleben, können wir unsere Bindung zu der verlorenen Person auf eine neue Art und Weise fortsetzen, indem wir uns an positive Erinnerungen und Erfahrungen erinnern. Trauer wäre in diesem Kontext der Schlüssel, um den Verlust zu überwinden.

Dankbarkeit hilft, das Bedürfnis nach Bindung wieder zu schaffen

Eine wichtige Facette dieser Erfahrung ist das Gefühl der Dankbarkeit, das in engem Zusammenhang mit unseren Beziehungen zu anderen Menschen steht. Dankbarkeit ist ein positives emotionales Erleben, das entsteht, wenn wir uns bewusst sind, dass wir etwas Positives oder Wertvolles in unserem Leben haben, das uns gegeben wurde. Es kann sich um eine Person, eine Erfahrung, eine Situation oder auch eine Eigenschaft handeln. Wenn wir dankbar sind, empfinden wir Wertschätzung und Zufriedenheit, die unser Wohlbefinden und unsere psychische Gesundheit positiv beeinflussen können.

Im Zusammenhang mit dem Grundbedürfnis nach Bindung, kann Dankbarkeit dazu beitragen, unsere Beziehungen zu anderen Menschen zu stärken. Wenn wir uns dankbar fühlen, sind wir eher bereit, unsere Wertschätzung und Zuneigung gegenüber anderen auszudrücken. Wir können uns daran erinnern, wie wichtig diese Menschen für uns sind und wie sehr wir sie schätzen. Das kann dazu beitragen, unsere Beziehungen zu vertiefen und das Vertrauen und die Verbundenheit zu stärken.

Insgesamt zeigt das Gefühl der Dankbarkeit in Zusammenhang mit dem Grundbedürfnis nach Bindung, wie eng unsere Beziehungen zu anderen Menschen mit unserem Wohlbefinden und unserer psychischen Gesundheit in Zusammenhang stehen. Indem wir uns auf die positiven Aspekte unserer Beziehungen konzentrieren und dankbar für das sind, was wir haben, können wir unsere Bindungen stärken und eine höhere Lebensqualität erreichen.

Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Das Grundbedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung ist das vierte der psychischen Grundbedürfnisse und ist ebenso ein fundamentales menschliches Bedürfnis, das eine wichtige Rolle in unserem täglichen Leben spielt. Es ist eng mit unseren emotionalen und körperlichen Bedürfnissen verbunden und hat Auswirkungen auf unsere Stimmung, unser Verhalten und unsere Entscheidungen.

Das Grundbedürfnis nach Lustgewinn bezieht sich auf die Suche nach positiven Erfahrungen und Emotionen, nach Kreativität und Aktivitäten, die uns Freude und Zufriedenheit bringen; das können zum Beispiel

Naturerlebnisse, Glücksmomente, ausgelöst durch Computerspiele, unsere Hobbys, herzhaftes Lachen oder das Erreichen von Zielen sein. Auch soziale Interaktionen, wie Freundschaften und Beziehungen, können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, unser Grundbedürfnis nach Lustgewinn zu erfüllen.

Auf der anderen Seite steht das Grundbedürfnis nach Unlustvermeidung, das darauf abzielt, negative Emotionen und Erfahrungen zu vermeiden oder zu reduzieren.

Das Gleichgewicht zwischen Lustgewinn und Unlustvermeidung ist dabei von großer Bedeutung für unser Wohlbefinden und unsere psychische Gesundheit. Ein Ungleichgewicht kann zu verschiedenen Problemen führen, wie beispielsweise Angststörungen, vor allem aber Burnout und Depressionen oder Suchterkrankungen. Menschen, die beispielsweise jahrelang in einem von ihnen als frustrierend angesehenen Job sind, werden täglich deutliche Unlust spüren und immer öfter konstant erschöpft sein.

Insgesamt zeigt sich, dass das Grundbedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung eine wichtige Rolle in unserem Leben spielt und unser Verhalten, unsere Entscheidungen und unser Wohlbefinden beeinflusst. Indem wir uns bewusst mit diesem Bedürfnis auseinandersetzen und ein gesundes Maß an Freude in unserem Leben etablieren, sorgen wir für eine höhere Resilienz und Widerstandsfähigkeit und eine ausgeglichene mentale Gesundheit.

Ist der Lustgewinn in Dysbalance, entstehen Verachtung und Ekel

Das Grundbedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung spielt eine wichtige Rolle in unserem täglichen Leben. Es ist ein starker Antrieb, der uns dazu motiviert, nach positiven Erfahrungen zu suchen, nach kreativer Freiheit, auch Abenteuer und beeindruckenden Momenten – und dabei negative Erfahrungen zu vermeiden. Jedoch können auch negative Gefühle wie Verachtung und Ekel in Bezug auf dieses Grundbedürfnis auftreten.

Verachtung und Ekel sind starke negative Emotionen, die oft mit Abneigung, Abscheu und Unwohlsein verbunden sind. Diese Emotionen können auftreten, wenn wir mit etwas konfrontiert werden, das unseren Wertvorstellungen oder moralischen Standards widerspricht oder in uns unangenehme körperliche Empfindungen verursacht.

Im Kontext des Grundbedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung können Verachtung und Ekel auftreten, wenn wir uns mit einer Situation konfrontiert sehen, die uns Unlust verschafft. Verachtung ist der Weg, wie ich mit dem Stress der Unlust umgehen und das unangenehme Gefühl kompensieren kann. Verachtung und Ekel bauen den entstehenden Stress ab und verschaffen mir wieder Lust, die zwar nur kurzfristig ist und nicht zur Veränderung der Situation führt, aber einen kurzen Moment lang meine Gefühle reguliert.

Eine Möglichkeit, mit diesen Gefühlen umzugehen, ist es, sie zu akzeptieren und zu analysieren, warum sie auftreten. Wenn wir uns bewusst sind, dass unsere Verachtung und unser Ekel aus unserem Bedürfnis nach Unlustvermeidung und Selbstschutz resultieren, können wir bewusstere Entscheidungen treffen, die sowohl unseren Bedürfnissen als auch unseren Werten und Zielen entsprechen.

Ehrfurcht hilft, das Bedürfnis nach Lustgewinn wieder zu schaffen

Ehrfurcht kann im Kontext des psychischen Grundbedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung eine interessante Rolle spielen. Das Bedürfnis nach Lustgewinn bezieht sich auf die Suche nach positiven Erfahrungen, Freude, Belohnung und Befriedigung, während das Bedürfnis nach Unlustvermeidung den Wunsch nach Vermeidung von negativen Erfahrungen, Schmerz, Leid und Unbehagen umfasst.

Ehrfurcht kann als ein Gefühl der tiefen Bewunderung, Achtung und Respekt vor etwas Größerem oder Transzendenterem betrachtet werden. Es kann auftreten, wenn wir mit etwas konfrontiert sind, das unsere Vorstellungskraft übersteigt oder uns demütig macht. Dieses Gefühl der Ehrfurcht kann durch natürliche Phänomene, bedeutende Kunstwerke, spirituelle Erfahrungen oder beispielsweise die Betrachtung der Größe des Universums ausgelöst werden.

Grawe betont, dass diese vier Grundbedürfnisse eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen. Eine Störung in einem der vier Grundbedürfnisse kann Auswirkungen auf die Erfüllung der anderen beiden haben und zu psychischen Problemen führen.

Literatur: bei der Autorin

Scham – zu viel oder zu wenig in der Musiktherapie

Referentin & Autorin: Prof. Dr. sc. mus. Gitta Strehlow



Prof. Dr. sc. mus. Gitta Strehlow

Dieser Beitrag beginnt mit einer Einführung über Schamgefühle in der Musiktherapie, gefolgt von einer knappen Literaturübersicht. Eine Einzelfallvignette führt in die Praxis des Themas ein. Vier theoretische Aspekte (Intrapsychisches Verständnis, Abwehrmechanismen, Intersubjektives Verständnis, Mentalisieren) zu Schamgefühlen werden erörtert und jeweils anhand der Fallvignette veranschaulicht. Mit Ideen für musiktherapeutische Interventionen bei zu starken oder zu geringen Schamgefühlen schließt der Beitrag ab.

Der psychodynamisch ausgerichtete, musiktherapeutische Ansatz (Alanne, 2023; Nygaard Pedersen et al. 2023; Strehlow, 2023a) kann durch Themenbereiche wie szenisches Verstehen (Metzner, 2018; Strehlow, 2011), Psychotraumatologie (Beer & Birnbaum, 2023; Strehlow, 2019), Mentalisieren (Kupski & Schultz-Venrath, 2017; Liesert, 2017; Strehlow & Hannibal, 2019; Strehlow, 2024) und Alliance Rupture and Repair Prozesse (Hannibal & Strehlow, 2024; Strehlow 2023b) beschrieben werden.

Schamgefühle in der Musiktherapie

Musiktherapie wird den künstlerischen Therapien zugeordnet. Der Umgang mit dem künstlerischen Material in der Therapie kann für Patient*innen eine Erleichterung sein; aber genauso häufig wird die

Aufforderung kreativ zu sein oder sich künstlerischen Materialien zuzuwenden auch als Zumutung erlebt. Patient*innen erklären, dass sie zwar Musik hören, aber kein Instrument spielen können und beschreiben sich in ihrer Selbstwahrnehmung als gänzlich unrythmisch. Musiktherapie erinnert an frühere schamvolle Situationen aus dem Musikunterricht. Die Aufforderung auf Instrumenten zu spielen, also aktiv zu musizieren, erinnert häufig an scheiternde Musiziererfahrungen und Leistungsversagen aus dem Musikschulunterricht.

Leistungsansprüche, Perfektion, Scheitern und Schamgefühle sind Themen, die mit Musiktherapie assoziiert werden. Die musikalische Improvisation ist anfangs besonders herausfordernd, so dass gerade halboffene Gruppen, wie sie im klinischen Setting üblich sind, den Einstieg durch erfahrenere Patient*innen erleichtern können.

Aufgabe der/des Musiktherapeut*in ist ein sensibler und taktvoller Umgang mit möglichen Schamgefühlen und die Anpassung des Interventionsangebot orientiert an der Musiktherapieerfahrung des/der Patient*in. Denn Musik berührt uns Menschen emotional und kann uns auf eben diese Weise verändern. Konfrontiert unmittelbar durch den Klang kann Musik als unangenehm-bedrohlich aber auch lustvoll erlebt werden. Die Intensität von Gefühlen, ausgelöst durch Musik, kann als verwerfliche Schwäche erlebt werden und Schamgefühle auslösen. Schamgefühle können an der Haltung, in der Mimik oder in einem vermeidenden Blick erkannt werden.

Scham kann nicht klingen. Schamgefühle können nicht musikalisch ausgedrückt werden, sondern müssen immer erschlossen werden.

Literaturübersicht

Patientinnen und Patienten sowie Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten kennen aus unterschiedlichen Gründen Schamgefühle in der Musiktherapie. Diese sind, wie auch in jeder anderen Therapie, ein typisches Phänomen. Obwohl Schamgefühle häufig in der Literatur Erwähnung finden, besteht eine große Diskrepanz zu den kaum

vorhandenen Forschungsbeiträgen. Publikationen, die zentral Schamgefühle in der Musiktherapie untersuchen, beziehen sich auf folgende Themenbereiche: Asperger-Syndrom (Pedersen, 2020), Abhängigkeits-erkrankungen (Silverman, 2019), Psychosomatik (Körber, 2012), soziale Angst (Metzner, 2012) und sexueller Missbrauch (Strehlow, 2012). Die letzten drei Beiträge stammen alle aus dem Themenheft „Scham. Lautloses Tosen“, das bereits 2012 publiziert wurde. In der aktuellen Publikation von Gilboa und Hakvoort (2023) werden Schamgefühle in Verbindung mit dem Erleben, Fehler gemacht zu haben, in diversen Beiträgen detailliert zum Thema gemacht.

Fallvignette

Frau Oden (Name geändert), Alter: 20 Jahre, wird aufgrund von akuten Suizidgedanken, Impulsdurchbrüchen und hohen Spannungsgefühlen in der Akutpsychiatrie behandelt. Frühere Therapieerfahrungen beschreibt sie als nicht hilfreich. Sie steht unter hohem Leidensdruck, wobei sie nicht weiß, was ihr helfen könnte. Sich erklären zu müssen, erlebt sie als Zumutung. In der Einzelmusiktherapie lehnt sie das Spiel mit Instrumenten ab. Frau Oden schlägt vor, dass sie singt, während die Musiktherapeutin sie begleitet. Frau Oden singt Lieder, die sie von ihrem Vater kennt. Beide haben den gleichen Musikgeschmack; besonders das Lied „Streets of London“ von Ralph McTell gefällt ihr. Frau Oden strengt sich beim Singen sehr an. Sie korrigiert mehrfach die Musiktherapeutin, die ihre Akkordbegleitung entweder nach oben oder unten transponieren soll. Die Musiktherapeutin ist schnell mit ihren eigenen Gefühlen der Scham konfrontiert. Frau Oden wertet die musikalischen Fähigkeiten der Musiktherapeutin. Der Eindruck entsteht, dass Frau Oden nur deshalb nicht so gut singen kann, weil die Musiktherapeutin nicht den hohen musikalischen Anforderungen ihrer Patientin genügt. Die Musiktherapeutin schämt sich zunächst für ihr musikalisches Unvermögen, ärgert sich aber auch im Verlauf der therapeutischen Sitzungen über die abwertenden Kommentare der Patientin. Diese Gefühle werden von der Musiktherapeutin bewusst zunächst nicht thematisiert, stattdessen werden die Lieder und die Tonarten gemeinsam im Explorieren verhandelt. Als Folge der Reflexion über die Bedeutung des musikalischen Geschehens und den darin enthaltenen Schamgefühlen kann die Musiktherapeutin ihre Perspektive ändern: Sie bietet Frau Oden

als Interpretation an, dass sie sicher besser singen könnte, wenn die Musiktherapeutin flexibler Klavier spielen könnte. Frau Oden lächelt und kann erwidern, dass sie sich nur deshalb so viele Fehler beim Singen erlauben darf, da die Musiktherapeutin auch Fehler mache. Frau Oden berichtet über ihre Not zur Perfektion und ihren Schamgefühlen, wenn sie – aus ihrer Sicht – scheitert. Die Thematisierung der Schamgefühle öffnet nicht nur den Raum für gewachsenes Vertrauen, sondern ermöglicht Frau Oden auch, sich freier und unbeschwerter musikalisch ausdrücken zu können.

Vier theoretische psychodynamische Aspekte
Im Folgenden werden vier theoretische Aspekte basierend auf der psychoanalytischen Theorie vorgestellt, die gleichberechtigt die Komplexität im Verständnis von Schamgefühlen aufzeigen. Die theoretischen Aspekte werden jeweils praktisch auf die vorangegangene Fallvignette bezogen. In Orientierung an Ermann (2017, S. 17) lassen sich drei Paradigmen in der Psychoanalyse beschreiben: Im ersten Paradigma (bis 1950) stehen das intrapsychische Verständnis und die Triebpsychologie, im zweiten Paradigma (um 1950) die zwei Personen Psychologie und die Beziehung und im dritten Paradigma (ab 1990) die Intersubjektivität und die Wechselwirkung im Zentrum der Überlegungen.

Intrapsychisches Paradigma (1)

Im intrapsychischen Verständnis werden Schamgefühle in der Spannung zwischen den Instanzen, also dem „Ich-Ideal“ (Über-Ich) und der „Realität“ (Ich) erklärt (Wurmser, 2019; Strehlow, 2012). Das Erleben in der Realität scheitert an dem hohen Ich-Ideal und führt zu einer Kränkung im Selbstwert, so dass Wurmser von „Schamgefühlen als der verhüllten Begleiterin des Narzissmus“ schreibt (Wurmser, 1998, S. 24).

Interpretation (1) Fallbeispiel Frau Oden

In Bezug auf die Fallvignette erlebt Frau Oden Schamgefühle, wenn sie nicht ihrem Perfektionsanspruch (Ich-Ideal) genügt. Das Erleben des Schamgefühls ist beschämend und vermutlich auch bedrohlich, so dass Frau Oden ihre Schamgefühle gar nicht thematisiert, sondern stattdessen die Musiktherapie-Sitzung so gestaltet, dass eigene Schamgefühle vermieden werden. Freies improvisiertes Spiel stellt sich Frau Oden als Scheitern an dem Perfektionsanspruch vor



Teilnehmende melden sich auf Nachfrage von Prof. Dr. Strehlow

und ist damit bedrohlich für ihren Selbstwert, so dass sie schon den Improvisationsversuch ablehnen musste. Mit Singen verbindet sie viel eher die Vorstellung, dass sie mit ihrer musikalischen Leistung zufrieden sein kann. Die Musiktherapeutin nimmt den Spielvorschlag von Frau Oden auf und lässt sich zunächst emotional vereinnahmen.

Beziehungs-Paradigma (2)

Das zweite Paradigma fokussiert auf Beziehungen, so dass die Entstehung von Schamgefühlen innerhalb von Beziehungen konzeptualisiert wird. Scham wird als „Schnittstellenaffekt“ bezeichnet (Seidler, 2014, S. 827), der durch Ausfall oder durch zu viel Scham, nicht beziehungsregulierend zur Verfügung steht. Scham entsteht durch den Blick der oder des Anderen und dem Gefühl von Andersartigkeit. Dem Identischen gegenüber wird keine Scham erlebt. Bei dem Erleben von zu viel Scham wird eine negative Selbstvorstellung mit einem verurteilenden Blick gekoppelt.

Interpretation (2) Fallbeispiel Frau Oden

In Bezug auf Frau Oden kann vermutet werden, dass sie einen sich selbst verurteilenden Blick schon in frühen Jahren als Schutz verinnerlichte musste. Vielleicht hat sie sich von ihren Bindungspersonen nur geliebt gefühlt, wenn sie Eigenes verheimlichte und den Ansprüchen von außen entsprach. Die gemeinsame Lieblingsmusik von ihr und ihrem Vater könnte

für eine nicht ausreichende Loslösung vom Vater oder Elternhaus stehen. Schamgefühle von Frau Oden entstünden dann als Folge einer zu stark erlebten (unbewussten) Abhängigkeit zum Beziehungsobjekt, mit der Angst vor Trennung und Autonomie.

Abwehrmechanismen (3)

Schamgefühle sind zunächst unabhängig von Bewertungen und treten in ihrer sozialen Funktion als still im verborgenen, taktvollen Miteinander in Erscheinung (Seidler, 1995, S. 264). Starke Schamgefühle und Gefühle von Minderwertigkeit können auch einen affektiven Schutz gegen Größenfantasien darstellen. Wenn Schamgefühle jedoch in Häufigkeit und Heftigkeit überhandnehmen und das Ich überschwemmen, dann sind Abwehr- und Regulierungsvorgänge notwendig. Unbewusst wird ein anderer und besser aushaltbarer Affektzustand im Selbst erzeugt. Eine regulierende Abwehr gegen unerträgliche Schamgefühle sind Gefühle von Überlegenheit, Triumph, Verachtung, Wut oder auch Lachen. Besonders von psychiatrischen Patient*innen, die häufig im OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) ein niedriges Strukturniveau erhalten, werden Affekte archaischer, drängender und überflutender erlebt (Benecke & Henkel, 2021, S. 24).

In Bezug auf die Fallvignette kann vermutet werden, dass Frau Oden ihre Schamgefühle abwehren musste. Ein entwertendes Verhalten gegenüber der Musiktherapeutin führt zunächst dazu, dass die Musik-

therapeutin mit eigenen Schamgefühlen befasst ist. Zusätzlich werden sowohl Sitzung als auch musikalisches Spiel im Wesentlichen durch Frau Oden bestimmt. Auch der Ärger der Musiktherapeutin auf die Patientin bewirkt, Schamgefühle nicht erleben zu müssen. Gefühle von Ärger dienen dann ebenfalls der Abwehr von Schamgefühlen.

Selbstverständlich sind Schamgefühle auch der Musiktherapeutin inhärent. Gleichfalls ermöglicht erst der Reflexionsprozess der Musiktherapeutin über die eigenen Schamgefühle, eine Verbindung zu Frau Oden herzustellen. Frau Oden bestätigt die formulierte Hypothese der Musiktherapeutin, als sie lächelnd sagt, dass sie sich dann Fehler erlauben dürfe, wenn die Musiktherapeutin auch nicht perfekt spielen kann. Schamgefühle werden von Frau Oden selbst erstmals zum Thema gemacht.

Intersubjektive Paradigma (4)

Im intersubjektiven dritten Paradigma wird weniger die Aufdeckung des Unbewussten fokussiert, als dass die Bezogenheit, die interaktive Einflussnahme und die Wechselwirkung im Hier und Jetzt zwischen Therapeut*in und Patient*in in das Zentrum gestellt werden. Die intersubjektive Sichtweise ist eine Zugangsweise, mit der das musiktherapeutische Handeln – besonders auch in der Improvisation passend – beschrieben werden kann.

Das Konzept des Mentalisierens wird dem intersubjektiven Paradigma zugeordnet. Wie in der Musiktherapie die Fähigkeit zum Mentalisieren angeregt werden kann, ist mehrfach beschrieben worden (Kupski & Schultz-Venrath, 2017; Liesert, 2017; Strehlow, 2024; Strehlow, 2021; Strehlow & Hannibal, 2019). In diesem Beitrag fokussiere ich auf Mentalisieren und Schamgefühle. Unter Mentalisierung wird die Fähigkeit verstanden, subjektive Zustände und mentale Prozesse nicht nur bei sich selbst, sondern auch bei anderen wahrzunehmen und diese als psychische Phänomene z.B. Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen zu begreifen. Damit ist eine imaginativ-fantasievolle mentale Aktivität gemeint, sich selbst und Andere betrachten zu können und über die inneren Zustände (Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen), die hinter einem beobachteten Verhalten stehen, nachdenken zu können (Bateman & Fonagy, 2016, S. 4). Ohne diese reflexive Funktion würde der Mensch von Emotionen wie Angst, Scham und Ärger überwältigt werden und Missverständnisse könnten nicht verstanden werden.

Unter mentalisierter Affektivität wird verstanden, dass Gefühle empfunden werden können und gleichzeitig über diese nachgedacht werden kann. Zusammengefasst meint das Mentalisieren: „sich selbst von außen sehen und Andere von innen“ (Bateman & Fonagy, 2016, S. 5).

Auf die Musiktherapie übertragen hören Patient*innen und Musiktherapeut*innen sich selbst von außen und den Anderen von innen. Patient*innen und Musiktherapeut*innen interpretieren ihre Art und Weise zu improvisieren, ihre Gefühle, Wünsche und Intentionen von sich selbst, ihrem Gegenüber und der Beziehung. Insofern lässt sich formulieren: Mein Spiel hat Einfluss auf das Spiel des*der Anderen und der*die Andere nimmt Einfluss auf mein Spiel.

Störungen in der frühen Kind-Eltern-Interaktion, Misslingen von markierten Spiegelungsprozessen, wie es häufig typisch für die Biografie von Psychiatrie-Patient*innen ist, kann zu Einschränkungen der Mentalisierungsfähigkeit führen. Gefühle sind komplex und meist nicht eindeutig. Häufig stehen andere Gefühle hinter den im Vordergrund wahrgenommen Affekten. Schamgefühle, über die nicht nachgedacht werden kann, also die nicht mentalisiert werden können, werden häufig als Angriff und Zerstörung auf das Selbst erlebt. Schamgefühle werden daher schnell als bedrohlich erlebt; eine Regulation ist nicht möglich. Gerade die Möglichkeit der affektiven Auseinandersetzung in der Musiktherapie stellt eine Entwicklungs-



Prof. Dr. sc. mus. Gitta Strehlow

chance zur Förderung von mentalisierter Affektivität und damit auch von Schamgefühlen dar.

Vier prämentalisierende Modi werden als normaler Entwicklungsverlauf auf dem Weg zur ausgereiften Mentalisierungsfähigkeit im Alter von ca. sechs Jahren beschrieben (Schultz-Venrath, 2021, S. 195). Eine Krisensituation oder auch eine mangelnde Entwicklung zur Mentalisierungsfähigkeit führt dazu, dass prämentalisierende Modi verwendet werden. Im Äquivalenzmodus wird die innere mit der äußeren Welt gleichgesetzt; Alternativen sind nicht denkbar. Im musikalischen Geschehen zeigt sich dieser Modus, wenn Patient*innen z.B. vermutete falsche Töne als beschämend und zerstörend erleben. Eine gewisse Starre entsteht, flexibles Spiel ist nicht mehr möglich und Abbruch oder Ablehnung ist häufig die einzige Schutzmöglichkeit.

Im Als-Ob-Modus gibt es keine Verbindung zwischen dem inneren Zustand und der äußeren Realität. Der Als-Ob Modus im normalen Entwicklungsverlauf beschreibt die beginnende Fähigkeit des symbolischen Spiels als ein Als-Ob-Spiel. Die Beschreibung des prämentalisierenden Modi aus einer Krise bezeichnet allerdings ein symbolisches (Als-Ob) Spiel, das nur so scheint, aber keines ist. In der Musiktherapie kann sich dieser Modus zeigen, wenn Patient*innen vor allem in sich selbst versunken spielen und die anderen Mitspieler*innen nicht hören. Endlose Wiederholungen im musikalischen Spiel ohne affektives Erleben sind ebenfalls typisch für den Als-Ob-Modus. Patient*innen bleiben bei einer scheinbar funktionierenden Spielweise, auch um Schamgefühle zu vermeiden.

Wichtig ist es für die*den Therapeut*in zu erkennen, wenn Patient*innen prämentalisierende Modi zeigen. Im musikalischen Spiel, aber häufig auch erst durch die Unterbrechung des Spiels mit anschließendem reflektierendem Gespräch, kann die Mentalisierungsfähigkeit gefördert werden.

Interpretation (3) Fallbeispiel Frau Oden

In der Fallvignette ist die emotionale Verwicklung von Frau Oden und der Musiktherapeutin von Beginn an hoch. Frau Oden macht deutlich, dass sie sich ein Spiel mit Instrumenten nicht vorstellen kann. Frau Odens Verhalten und Reaktion können aus dem Blickwinkel des Mentalisierens als konkretes Erleben im psychischen Äquivalenz-Modus verstanden werden.

Frau Oden erlebt ein freies und von ihr erzeugtes Spiel als bedrohlich, da es ihr nicht gelingen wird, ihrem Ideal entsprechend zu spielen. Sie kann sich nur konkret vorstellen, dass sie ihrem Ideal entsprechen muss. Alternativen oder Experimente sind nicht vorstellbar. Die Musiktherapeutin wird von ihr so verwendet, dass sie ihrem Ideal entsprechen kann. Wenn Frau Oden vorschlägt, dass die Musiktherapeutin sie begleiten möge, hat sie die Hoffnung, dass sie ihrem Ideal mit Hilfe der Musiktherapeutin entspricht. Nachdem die Musiktherapeutin aber nicht ausreichende Klavierkompetenzen zeigt, zerplatzt die Vorstellung des Ideals. Frau Oden muss die Musiktherapeutin abwerten und verächtlich behandeln. Die Musiktherapeutin ist mit ihren eigenen Scham- wie auch Ärgergefühlen befasst, gerät darüber selbst in Not und verliert ihre Mentalisierungsfähigkeit. Das Spiel wird einengend für beide, doch die Konzentration auf das Spiel hilft die angespannte, emotionale Situation zu entlasten.

Die Musiktherapeutin stellt Frau Oden einen Perspektivwechsel zur Verfügung, dies als eine Beispielintervention, um den psychischen Äquivalenzmodus zu verlassen. Die Musiktherapeutin versetzt sich in die Position von Frau Oden und fragt sich, was diese brauchen könnte, um mehr emotional von der Therapie profitieren zu können. Die Musiktherapeutin bietet Frau Oden in ihrer Interpretation an, dass sie sich vorstellen, wie gut sie singen könnte, wenn die Musiktherapeutin sich mit ihrem Klavierspiel besser an sie anpassen könnte. Die Aussage, dass die Musiktherapeutin sich ändern müsste, entlastet Frau Oden. Sie kann sich in die Perspektive der Musiktherapeutin hineinbegeben und bemerkt, dass dann ihr eigenes musikalisches Ergebnis auch nicht perfekt wäre. Frau Oden beginnt, eigene Überlegungen anzustellen und kann eine Verbindung zwischen ihrem und dem Spiel



Prof. Strehlow zog mit ihrer „Ocean Drum“ Tagungsgäste in ihren Bann.

der Musiktherapeutin herstellen. Insofern zeigt sie Fähigkeiten zu mentalisieren. Frau Oden stellt die Überlegung an, dass sie auch durch die Fehler der Musiktherapeutin entlastet ist, denn dadurch könne sie sich selbst überhaupt erst Fehler erlauben. Frau Oden beginnt über Gefühle und damit auch über ihre Angst vor Fehlern nachzudenken. Es gelingt ihr, das hohe Maß an Scham in Verbindung mit ihrem Perfektionswunsch zu bringen. Schamgefühle, obwohl im Alltag ein zentrales Thema, wurden von Frau Oden in der Musiktherapie zunächst vermieden. Sie suchte die Musiktherapie zunächst als Raum, der frei von Schamgefühlen ist. Letztendlich führt die Arbeit an den Schamgefühlen jedoch dazu, dass Frau Oden Erfahrungen machen kann, dass Schamgefühle zu minimieren sind und sie nun offener, mit weniger Angst und mit mehr Vertrauen die Musiktherapeutin bzw. die musiktherapeutische Sitzung verlassen kann.

Interventionen

In der Musiktherapie sind wir auf dreierlei Wegen mit Schamgefühlen konfrontiert. Erstens fallen Patient*innen, die unter zu großen Schamgefühlen leiden, strukturierte Angebote (z.B. 1-Ton-Impro, musikalisches Uno, Karawane oder auch mit dem Rücken zueinander spielen) leichter. Die freie Improvisation kann allerdings durch besondere Spielweisen ebenfalls aufgelockert und damit entängstigt werden. Instrumente, die humorig klingen (z.B. das Flexaton) oder auch klare Melodieangebote (Tin Whistle, Sopranino) oder rhythmisch-dynamisches Spiel; sogar die Aufforderung, absichtlich besonders scheußlich zu spielen, bietet sich als Interventionen an, um Schamgefühle zu reduzieren. Alternative Perspektiven aufzuzeigen, im Verbalen wie auch musikalisch, sollte Interventionsangebote wesentlich leiten.

Zweitens sind Patient*innen, die zu wenig Schamgefühle zeigen und sich in Stellvertretung das Gegenüber schämt, ebenso zu berücksichtigen. Begrenzung und Unterbrechung seitens der*des Musiktherapeut*in sowie eine anschließende Reflexion mit Thematisierung von Schamgefühlen kann einen Zugang eröffnen.

Der dritte Aspekt betrachtet die Spielweise im Als-Ob-Modus, in dem (Scham-)Gefühle vermieden werden und endlose Wiederholungen das musikalische Spiel bestimmen. In dieser Situation kann es wichtig sein, die Affektivität, also das Erleben im Hier und Jetzt, zu intensivieren.

Zusammenfassung

Dieser Beitrag beschreibt unterschiedliche Schamgefühle, Verstehenszugänge und Interventionen. Patient*innen sind in der Musiktherapie häufig mit Schamgefühlen konfrontiert. Gleichzeitig kann die Konfrontation auch als Chance begriffen werden. Aus intrapsychischer und intersubjektiver Sichtweise wurde der Schamaspekt betrachtet. Das Mentalisierungskonzept wurde mit Blick auf den psychische Äquivalenzmodus vorgestellt.

Es ist wesentlich, dass die*der Musiktherapeut*in Kenntnis über die unterschiedlichen Abwehrbewegungen von Schamgefühlen verfügt. Schamgefühle werden häufig zunächst von der*dem Musiktherapeut*in wahrgenommen noch bevor Patient*innen ihre Schamgefühle thematisieren können. Aus diesem Grund ist die Auseinandersetzung des*der Musiktherapeut*in mit eigenen Schamgefühlen, ebenso, wie die Fähigkeit, Ablehnungen von Patient*innen reflektieren zu können, eine zentrale Voraussetzung. Schamgefühle können taktvoll aktiv vom Musiktherapeut*in zum Thema gemacht werden, damit Patient*innen die Chance erhalten, ihre Schamgefühle in der Musiktherapie bearbeiten zu können.

Literatur

- Alanne, S. (2023). *The Theory and Practice of Psychodynamic Music Psychotherapy*. Barcelona Publisher LLC.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalizing-Based Treatment for BPD – a practical guide*. Oxford: Oxford University Press
- Beer, L.E. & Birnbaum, J.C. (2023). *Trauma-informed Music Therapy*. New York: Routledge.
- Benecke, C. & Henkel, M. (2021). Scham, Schuld und Psychopathologie. In: PTT, *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*. 25(1):18-30. DOI 10.21706/ptt-25-1-18
- Ermann, M. (2017). *Psychoanalyse heute*. 3. Auflage. Kohlhammer.
- Gilboa A. & Hakvoort L. (2023) (Ed.). *Breaking strings: Explorations of mistakes in music therapy*. Arnhem: ArteZPress.
- Hannibal, N., & Strehlow, G. (2024). Music Therapy with Patients with Personality Disorder: Advantages and Challenges. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 24(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v24i2.4018>
- Körper, A. (2012). *Musik und Manipulation – Scham*

- und Schuldgefühle im gruppenmusiktherapeutischen Prozess. In Musiktherapeutische Umschau, Themenheft Scham. Lautloses Tosen. S. 269-274.
- Kupski, G. & Schultz-Venrath (2017). Musiktherapie mit Borderline-Patienten aus Sicht des Mentalisierungsmodells. In: Von der Musik zur Sprache und wieder zurück, Leikert, S., Niebuhr A. (2017) (Ed.). Jahrbuch für Psychoanalyse und Musik - Band 1. Psychosozial-Verlag
- Liesert, R. (2017). Vom Symptom zum Gefühl. Guided Imagery and Music für stationäre Psychosomatik. Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster, Reihe XVIII, Band 6. Münster: Readbox Publishing GmbH – Readbox Unipress. <http://unipress.readbox.net>
- Metzner, S. (2012). Ein Fall von Zimmerlautstärke – Musiktherapie und soziale Angst. In Musiktherapeutische Umschau, Themenheft Scham. Lautloses Tosen. S. 253-268.
- Metzner, S. (2018). Darstellung und Transformation von Schmerzerleben in der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung. Göttingen: V&R unipress GmbH
- Nygaard Pedersen, I. Lindvang, C. & Daniels Beck, B. (2023). Resonant Learning in Music Therapy: A Training Model to Tune the Therapist. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pedersen, T.L. (2020). Processing shame in music therapy – A qualitative single case study on a course of music therapy with a young suicidal man with Asperger's syndrome. Master Thesis Aalborg (DK). Seidler, G.H. (2014). Scham, In Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe (827-830), hrsg. v. Mertens, W., 4. erw. Aufl.. Stuttgart: Kohlhammer
- Seidler, G.H. (1995). Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham. Stuttgart: Klett-Cotta
- Silverman, S. (2019). Songwriting to Target State Shame, Guilt, and Pride in Adults with Substance Use Disorder on a Detoxification Unit: A Cluster-Randomized Study. In: Substance Use & Misuse. 54(8):1-10.
- Schultz-Venrath, U. (2021). Mentalisieren des Körpers. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strehlow, G. (2024 in Druck). Spielen-Sprechen-Spielen. Mentalisieren in der Musiktherapie. In: Glogau (Hrsg.) Hören, Spüren und Bedenken. Mentalisieren in der Musiktherapie. 32. Musiktherapie-Tagung am Freien Musikzentrum München e.V. Wiesbaden: Reichert Verlag
- Strehlow, G. (2023a). Hamburg Institute for Music Therapy: A Model for free Improvisation within Psychodynamic Music Therapy. In: K. Goodman (Ed.) Developing Issues in World Music Therapy Education and Training: A Plurality of Views. Charles C. Thomas. P. 49-71.
- Strehlow, G. (2023b). „Alliance ruptures“ in der psychiatrischen Musiktherapie. In: Psychotherapie, 4/68, 289-295.
- Strehlow, G. (2021). Stichwort „Mentalisierung“. In: H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hg): Lexikon Musiktherapie, 3. Auflage Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag, S. 340-346.
- Strehlow, G. & Hannibal, N. (2019). Mentalizing in improvisational music therapy. In: Nordic Journal of Music Therapy, 28:4, 333-346, DOI: 10.1080/08098131.2019.1574877.
- Strehlow, G. (2019). How Neuro Research supports Music Therapy with Children who have experienced Sexual Abuse. In: Music Therapy Today. Online Journal 15, Nr. 1. 59-77.
- Strehlow, G. (2012). Scham und Musiktherapie bezogen auf die Problematik des sexuellen Missbrauchs. In: MU, 33(3), S. 228-237.
- Strehlow, G. (2011). Töne an der Grenze. Interaktionsmuster in der musiktherapeutischen Begegnung mit Patientinnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:18-49683>
- Wurmser, L. (2019). Scham und der böse Blick. Verstehen der negativen therapeutischen Reaktion. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurmer, L. (1998). Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. 3. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer.

Von „unter dem Teppich“ zum „Roten Teppich“: Tanztherapie bei Scham

Referentin & Autorin: Dr. rer. Medic. Marianne Eberhard-Kaechele,
Deutsche Sporthochschule Köln



Dr. rer. Medic. Marianne Eberhard-Kaechele, Foto: privat

1. Einführung

Positiv betrachtet ist die Emotion Scham von zentraler Bedeutung für soziale Prozesse. Scham dient dem evolutionären Zweck, individuelle und Gruppenbindungen aufrechtzuerhalten oder zu reparieren, angesichts sozialer Missbilligung oder Ausgrenzung, indem die unangenehme Emotion zu einer entsprechenden Anpassung des Verhaltens führt (Statman, 2000). Scham signalisiert die Akzeptanz der sozialen Ordnung, weckt Mitgefühl, bietet somit Schutz vor Angriffen hierarchisch höhergestellter Personen und ermöglicht die Wiederaufnahme in der Gemeinschaft (Oerter & Holodynski, 2012). Die Emotion Scham aktiviert sogar das Belohnungssystem im Gehirn, denn sie hatte in der Evolution den Vorteil, prosoziales und leistungsstarkes Verhalten zu verstärken (Korb, 2015).

Die Anerkennung in einer sozialen Gruppe hängt unter anderem davon ab, die Körperpraktiken und -manieren der Gruppe zu erkennen, erlernen und schließlich zu verkörpern (Dolezal, 2015). Im besten Falle erlernen Kinder sozial angemessenes Verhalten und die Regulation von Körperfunktionen durch Scham, die aus der **situativen** Verweigerung von

positivem Feedback durch die primären Bindungspersonen entsteht, wenn das Kind sich unangemessen oder schädlich verhält. (Schore, 1998). Mit der Zeit verinnerlichen Kinder die Kompetenz der Selbstbeurteilung und der persönlichen Selbstabgrenzung durch physische und psychische Schamgrenzen (Hell, 2021).

In Fällen von **anhaltender** Beschämung, Beschämung für das **Wesen statt des Verhaltens** des Kindes oder in Fällen von Mangel an empathischer Begleitung von Schamerleben entsteht übermäßige, chronische Scham oder Schamlosigkeit, bei der eine Selbstkritik nicht zugelassen wird. Erzieherische **Deprivation** kann die Entwicklung von gesunder Scham behindern. Die Folgen dieser Fehlentwicklungen sind Pathologien im Selbstkonzept sowie in den Bindungsmustern und Verhaltensweisen des Kindes (Hell, 2021, Herman, 2012). Therapie hat das Ziel diesen Pathologien entgegenzuwirken und die Scham auf ein funktionales Niveau einzupendeln.

2. Formen der Scham

Scham hat viele Formen. Ein Wissen um diese Vielfalt ermöglicht es Therapeutinnen und Therapeuten, gezielter in der Praxis zu intervenieren. Hilgers (2007) hat eine Gruppe der Schamaffekte zusammengestellt, aus dem ich einige, für die Tanztherapie relevante, hervorheben möchte:

Die **existentielle Scham** betrifft das Empfinden, zum einen nicht erwünscht oder makelhaft zu sein, zum anderen sich nicht gesehen und somit nicht existent zu fühlen. **Kompetenzscham** empfinden wir, wenn wir versagen, einen physischen oder emotionalen Kontrollverlust erleiden, aber auch wenn wir eine solch überragende Kompetenz besitzen, dass wir in unseren Mitmenschen destruktiven Neid entfachen. Destruktiver Neid im Sinne von „du nicht“ löst destruktive Handlungen aus, um das, was eine andere Person mehr als man selbst besitzt – wie Status, Können, Besitztümer – zu zerstören. Sie unterscheidet

sich von konstruktivem Neid im Sinne von „ich auch“, der konstruktive Handlungen auslöst, um selbst den gleichen Status, Können oder Reichtum zu erreichen wie andere. **Intimitätsscham** entsteht während eines situativen Sichtbar-werdens von sonst Verborgenen. **Schande** beinhaltet eine Demütigung, die zum Verlust der Würde und Integrität führt. **Idealitätsscham** entsteht, wenn die Diskrepanz zwischen Realität und Idealselbst zu groß wird. **Beziehungsscham** geht mit dem Erleben von Abhängigkeit in Beziehungen einher oder mit Beziehungsmangel bzw. -verlust. **Krankheitsscham** folgt aus den Einschränkungen durch Krankheit und aktiviert diverse andere Formen der Scham, wie existentielle, Beziehungs-, Kompetenz- oder Idealitätsscham.

Dolezal (2015) befasste sich darüber hinaus mit der Körperscham, die sie wie folgt in drei Aspekte gliedert:

Der **Körper als Quelle der Scham** beschreibt die erste Betrachtungsweise in welcher Menschen aufgrund ihres Körpers beschämt werden und sich anschließend dessen selbst schämen. Dieses Phänomen lässt sich wiederum in zwei zeitlichen Formen darstellen: Erstens betrifft die **akute Körperscham** kurzfristige, situationsbedingte Erfahrungen von Beschämung oder Sich-Schämen bzgl. des Körperverhaltens (auffällige Bewegung, aber auch Flatulenz, Emotionsausbrüche, Aussehen, mangelnde physische Kompetenz oder Entblößung). Die akute Scham entsteht, wenn eine soziale Norm verletzt wurde und kann überwunden werden, wenn der Norm wieder entsprochen wird oder die Norm selbst in Frage gestellt wird. Zweitens betrifft die **chronische Körperscham** dauerhafte und nur bedingt veränderbare Eigenschaften des Körpers wie z.B. Hautfarbe, Gewicht, Proportionen, Alterung, Erkrankung, Behinderung oder Entstellung des Körpers.

Der **Körper als Medium des Erlebens von Scham** richtet als zweiter Aspekt den Fokus auf die Körperwahrnehmung von vegetativen Zeichen der Scham wie Brennen, Schmerz, Verkrampfung, Schwindel, Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche oder Erröten. Auf der emotionalen Ebene fühlen sich Betroffene befangen, gehemmt, verlegen, ängstlich oder wütend. Erkennbar werden zu lassen, dass man sich seiner schämt, ist nochmals beschämend. Somit ist Scham eine eskalierende Emotion, die sich selbst

verstärkt. Zudem erleben wir im Körper Handlungstendenzen der Scham als Bewegungsprozesse wie Erstarrung, Abwendung, Rückzug, Flucht oder Kollabieren, sich verstecken, sich bedecken, sich kleiner machen, sich unterwerfen, sich selbst schlagen, usw.

Der Körper als Schamgestalt, geformt durch Scham, ist der dritte Aspekt, den Dolezal differenziert. Sie wirft ein Augenmerk auf sichtbare Spuren, dass eine Person in der Vergangenheit Beschämung und Scham erlebt hat, in der Gestalt des Körpers wie z.B. eine gebeugte Haltung, eine kleine Kinesphäre bzw. Bewegungsamplitude oder verhüllende Kleidung. Zu diesem Aspekt gehören ebenfalls äußere Zeichen, dass Beschämung und Scham bekämpft werden, wie z.B. die Anpassung an Normen durch plastische Chirurgie oder dem Widersetzen von Normen durch besonders non-konformistische „schamlose“ Selbstgestaltung mittels Piercings, Haarschnitts oder Kleidung.

3. Bewegungsschemata der Scham

Für die tanztherapeutische Arbeit sind die Züge der körperlichen Ausdrucksformen der Scham von besonderem Interesse. Diese Schemata abstrakter Bewegung helfen uns, einen Schamaffekt zu erkennen, ihn darzustellen und durch die Nutzung des Gegenpols die Überwindung und Transformation des Schamaffekts zu unterstützen. In der Praxis ist



Dr. rer. Medic. Marianne Eberhard-Kaechele

es zunächst hilfreich, Schemata, die auf die eigene Bewegung bezogen sind, zu erforschen. Folgende Bewegungsschemata sind in diesem Zusammenhang relevant:

- Einengen – Ausweiten
- Nach unten Beugen – Aufrichten und Strecken
- Zurückziehen – Vorwagen
- Verstecken – Zeigen
- Unterbrochener Fluss – Fließende Bewegung

Im weiteren Verlauf sind Bewegungsmuster, die eine Interaktion mit einer sozialen Umwelt implizieren, von Interesse:

- Gefangen, begrenzt – Befreit
 - Dominiert, unterworfen – Selbstbestimmt
 - Abgelehnt – Angenommen
 - Ausgestoßen – Zugehörig
 - Gedemütigt – Wertgeschätzt
 - Entblößt – Geschützt, bedeckt
 - Unsichtbar, ignoriert – Sichtbar, gesehen
- Diese Schemata bilden die Grundlage für individuelle Bewegungsexplorationen bzw. Paar- und Gruppenübungen.

4. Wenn die Therapieform selbst Scham erzeugt

Das therapeutische Medium der Tanztherapie sind der Körper und die Bewegung. Somit wären Körper und Bewegung ideal geeignet, Schamerleben an seiner Quelle zu adressieren. Doch wenn Patient*innen ihren Körper und dessen Bewegung als Quelle der Scham erleben, wollen sie sich gerade in Gruppen kaum oder gar nicht bewegen. Sie ertragen nicht, dass der Körper zum Gegenstand der Wahrnehmung wird, haben Angst vor In- bzw. Kompetenzscham oder Angst vor der Entblößung von Emotionen oder persönlichen Themen, weil sie ihre Bewegung nicht so kontrollieren können wie das Sprechen. Damit eine Bewältigung der Scham überhaupt beginnen kann, müssen Tanztherapeutinnen und -therapeuten das Dilemma überwinden, dass der Heilfaktor zugleich als Bedrohung erlebt wird. Dolezal und Gibson (2022) postulieren, dass Scham-Sensibilität eine Kompetenz ist, die jede und jeder Ausführende der Heilberufe erwerben sollte. Dies beinhaltet die Anerkennung der Existenz und Kenntnis der Natur von Scham, die Vermeidung von Beschämung sowie das Ansprechen von Scham, wenn Anzeichen davon erkennbar werden. Hierzu folgen nunmehr in Stichworten einige Anregungen für Scham-Sensibilität in der Tanzthera-

pie, erarbeitet während einer Fortbildung zum Thema Scham-Schuld-Verantwortung für LVR Mitarbeitende (Eberhard-Kaechele et al., 2022):

4.1. Rahmen geben

- Eine Atmosphäre der Würde herstellen. Hicks (2011) definiert Würde als einen Zustand inneren Friedens, der auf die Anerkennung und Akzeptanz des Wertes und der Vulnerabilität aller lebenden Geschöpfe fußt. Dieser doppelte Fokus auf Wert und Verletzlichkeit verdeutlicht, dass Menschen nicht perfekt sein müssen, um etwas wert zu sein.
- Scham offen ansprechen, normalisieren, mit Respekt und Fürsorge begegnen.
- Rückzug als Grenze/Schutz würdigen und gewähren, ggf. aktiv anbieten.
- Auf den „Sauerteig-Effekt“ vertrauen: Länger anwesende Patient*innen beruhigen neu dazu gekommene und motivieren diese zum „Aufgehen“ in der Bewegung.
- Den „Domino-Effekt“ nutzen: eine Person beteiligt sich aktiv, das Ergebnis ist positiv, andere folgen.
- Unterbrechungen der Bewegung als Pausen- oder Entspannungs-Vorschlag aufgreifen.
- Reflexionsrunden oder Bewegungsübungen, in denen Personen aus Gründen der Zeiteffizienz reihum drangenommen werden, erzeugen Druck und steigern Scham. Stattdessen kann der/die Leiter*in mehrere Runden durchführen. Wer bei der ersten Runde noch nicht so weit war, sich mitzuteilen, kann sich in der zweiten Runde äußern, nachdem sie oder er mehr Zeit hatte, sich darauf einzustellen.

4.2. Wahrnehmung lenken

- Musik als Fokus und Auflockerung einsetzen. Selbst mitgebrachte Musik gibt Sicherheit, allerdings kann manche Musik Mitpatient*innen „triggern“, daher bei Unbekanntem vor der Verwendung in der Gruppe anhören.
- Ein Medium wie ein Ball, Tuch, Stock oder Seil bewegen und wahrnehmen, als Ablenkung von der Körper- und Selbstwahrnehmung.
- Blickrichtung steuern: Statt ins Gesicht von Mitpatient*innen zu schauen, auf den Boden, den Raum oder einzelne periphere Körperteile blicken.
- Wahrnehmung durch komplexe oder Reaktionfordernde, aber spielerische Aufgaben, binden, wie z.B. Werfspiele, Koordinationsspiele, Geschicklichkeitsspiele, Gedächtnisspiele (Bewegungsfolgen merken, weiter verlängern).

- Augen schließen kann helfen, externe Beobachter zu vergessen, kann aber auch das kritische „innere Auge“ aktivieren.

4.3. Der Scham begegnen

- Die Scham direkt ansprechen; ermutigen, sich dem zu stellen, statt zu vermeiden, was die Scham noch vergrößern kann.
- Mutproben gestalten, z.B. durch die Mitte des Kreises gehen, erst nur kurz, dann für längere Phasen.
- Kompetenzniveau steuern; mit funktionalen, unspektakulären, isolierten oder kleinen Bewegungen beginnen.
- Fehler normalisieren: Durch absurde Koordinationsaufgaben das Kompetenzniveau überschreiten und durch „mildes Scheitern“ zeigen, dass jeder mal Fehler macht und dies im Kontext der Gruppe keine schlimmen Folgen hat.
- Normen in Frage stellen: Fokus auf sinnliches Erleben oder persönliche Bedeutung der Bewegung statt auf Leistung oder Virtuosität legen.
- Metapher der Umkleidekabine etablieren: Etwas kurz ausprobieren und wenn es nicht passt, darf man es wieder ausziehen. Diese Strategie birgt die Chance, neue „Stilrichtungen“ zu erproben, etwas bisher Unerkanntes aus sich heraus zu locken. Die Metapher unterstützt Patient*innen mit einem starken Autonomie-, Kontroll- oder Sicherheitsbedürfnis darin, sich auf Neues einzulassen.
- Tunneltanz als Beispiel der Selbststeuerung der Herausforderung von Fremdbeobachtung: Gruppenmitglieder stehen sich gegenüber und bilden eine Gasse und klatschen zum Rhythmus der Musik, um die Bewegung anzufeuern. Jeder, der sich durch die Gasse bewegt, kann bestimmen ob und wer zuschauen darf oder aber dem Geschehen den Rücken zuwenden soll. Bei Wiederholungen die Anzahl der Zuschauer erhöhen.

4.4. Der Körper der Therapeutin oder des Therapeuten

- Die eigene Bewegung, der eigene Körper als Modell für Imperfektion und für Mut zur Verfügung stellen.
- Ausmaß der eigenen Körperlichkeit feinfühlig dosieren: Sich nur leicht über das Niveau der Patient*innen bewegen, um Kompetenzscham nicht zu verstärken.
- Offen sein für Übertragungseffekte, beispielsweise, dass Patient*innen erwarten, die Therapierende oder die Gruppe könnte sie beschämen. Diese Erwartung erst als Erfahrungswert der Vergangenheit

würdigen, bevor die Unterschiede zum Hier und Heute deutlich gemacht werden.

5. Interventionen für Existenzielle Scham

5.1. Kinästhetische Empathie

Pionierinnen der Tanztherapie wie Marian Chace und Trudi Schoop entwickelten in den 1940 bis 1960er Jahren unabhängig voneinander eine Bewegungsintervention, die heute „Kinästhetische Empathie“ genannt wird. Diese beinhaltet das Einstimmen auf und das Aufgreifen der vollendeten oder intendierten Bewegungsimpulse der Patientinnen und Patienten und möglicherweise eine Elaboration dieser. Diese Intervention kann zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient stattfinden, aber auch zwischen Patient*innen.

Der Hintergrund für die Wirksamkeit der kinästhetischen Empathie bei Scham ist die Rolle der Einstimmung/Fehleinstimmung zwischen Eltern und Kind in der frühkindlichen Entwicklung eines Menschen. Scham tritt auf, wenn die Erwartung des Kindes auf eine positive Reaktion und Einstimmung der Bezugsperson auf sein Verhalten durch eine offensichtliche Fehleinstimmung widerlegt wird und zu einem emotionalen Schock führt (Schore, 1998). Eine gelingende Bewegungseinstimmung ist daher bedeutsam für die Behandlung von Scham, weil es die Gelegenheit zur Verfügung stellt, existenzielle Scham-erzeugende Erfahrungen der Fehl Abstimmung zu relativieren. Weitere Wirkungen der Intervention sind folgende:

- Das Erleben der Unterstützung von Anderen [Der Gedanke, „sie greifen meine Bewegung auf“, schüttet Glückshormone aus (Korb, 2015)].
- Das Aufgreifen der Bewegung Anderer ist eine Anregung, neue Seiten von sich zu entdecken, die womöglich wegen Scham unterdrückt wurden.
- Ideen zu geben und von Anderen anzunehmen stellt ein soziales Gleichgewicht her, eine flache Hierarchie, die Scham reduziert.
- Ambivalent zu betrachten ist das Aufgreifen von kleinsten, unbewussten Schattenbewegungen, wie ein Achselzucken oder ein unbewusstes Kratzen. Jene Schattenbewegungen können verdeutlichen, dass jede Bewegung ausreicht und kein virtuos Kunststück gefordert ist. Wenn die Schattenbewegung jedoch der Angstreduktion dient (Lausberg, 2022), kann es erneut beschämend sein, wenn diese von einer Gruppe gespiegelt und somit auf

die Angst aufmerksam gemacht wird, welche die Person zu verbergen versucht.

- Die Stop-and-Go-Übung, bei der Gruppenteilnehmer*innen jederzeit eine Bewegung beginnen oder stoppen können und alle anderen Teilnehmer*innen die Bewegung bzw. den Stopp aufgreifen, ermöglicht es, Patient*innen eigene Bedürfnisse zu erspüren, Neues in einem selbstbestimmten Maß auszuprobieren sowie Grenzen zu setzen.

5.2. Weitere Interventionen für existentielle Scham

- Beobachten und Rückmelden kleinster Regungen vermittelt gesehen zu werden.
- Körperkontakt und Gewichtstransfer vermittelt angenommen werden: Im Tuch gehalten werden, Rücken an Rücken schaukeln, Contact-Improvisation-Übungen, um Gewicht abzugeben
- Spiele mit dem Thema Schutz (vor einem Angreifer), z.B. Henne, Fuchs und Küken
- Tanz der Hässlichkeit, Tanz der Schönheit, Tanz der Ganzheit (die Hässlichkeit und Schönheit vereint)
- Fehler, Schwächen normalisieren: den Schwächen-Tanz, den Fehler-Tanz
- Chronische Körperscham thematisieren: Verstecken/Zeigen von Körperteilen oder dem ganzen Körper
- Zugehörigkeit fördern durch Kreisformationen, kooperative Aktivitäten, Blickkontakt, Verbindung gestalten mit Medien wie Tücher, Seilen usw.
- Fokus auf den Selbstaussdruck (Was macht mich aus?)
- Niederschwellige Selbstdarstellung ermöglichen (z.B. eine für mich typische Geste zeigen oder Haltung einnehmen, Medien auswählen, die eine Facette meiner Person entsprechen)
- Zusätzlich zur Spiegelung von Bewegung auch das Kontrastieren erproben, um Frustrationstoleranz aufzubauen und Selbstbehauptung zu stärken
- Bedürfnisse, Emotionen, Gedanken
 - durch ausreichend Zeit und Schutz wahrnehmen können und
 - anschließend den Ausdruck derer fördern sowie
 - entsprechende Resonanz auf jenen Ausdruck vermitteln, z.B. bei Schwäche Halt bekommen usw.

6. Fallbeispiel

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der tanztherapeutischen Vorgehensweise wird eine Sitzung im Einzelsetting vorgestellt. An dieser Stelle möchte ich Frau B. danken, die mir ihr Einverständnis gab, sodass ich



Dr. rer. Medic. Marianne Eberhard-Kaechele
Fallbeispiel: Sich-Zeigen und Verhüllen.

ihren Fall an dieser Stelle wiedergeben darf, für diesen Artikel anonymisiert: Die Mittsechzigerin litt unter einer Depression und einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Sie wurde in ihrer Kindheit durch die harte, bestrafende Mutter eingeschüchtert, die ihr auch nicht half, als Onkel und Cousin, (die im gleichen Haus wohnten) der Patientin sexuelle Gewalt antaten. Stattdessen erklärte sie die Tochter für „schmutzig“ und „nicht würdig, in der Gesellschaft anständiger Menschen zu verkehren“. Bis zum heutigen Tag fällt es der Patientin schwer, in Gruppen zurecht zu kommen; zu groß ist die Sorge, dass ihre „Schmutzigkeit“ und „Wertlosigkeit“ erkannt werden könnten. Sie fühlte sich wie unsichtbar, musste ihre Bedürfnisse unterdrücken.

Nach einer aktuellen Erfahrung, in der die Patientin sich nicht getraut hatte, ihren Text während eines Kurses für kreatives Schreiben mit anderen Teilnehmenden zu teilen, bat sie in der Tanztherapie darum, sich mit ihrer Scham auseinanderzusetzen.

Als Metapher für Beschämung, Unterdrückung und Unsichtbarkeit warf die Therapeutin ein großes schwarzes Tuch über die Patientin, dass sie im Stehen vollständig bedeckte. Die Therapeutin bat die Patientin sich zu bewegen und zu erforschen, wie sie die Scham erlebe. Die Patientin spürte, wie ihre Bewegungen eingeschränkt waren, weil sie nicht sehen konnte und das Tuch sie nach unten in eine gebeugte Haltung zu drücken schien. Die Therapeutin fragte, ob es irgendwelche Vorteile der Scham gab. Die Patientin stellte fest, dass sie sich auf einer Weise

geschützt fühle: sie falle nicht auf, kann sich nicht so leicht „danebennehmen“, vermeidet dadurch weitere Strafen und Beschämung. Die Therapeutin würdigte die adaptive Schutzfunktion der Scham, die bis heute wirkt.

Bei der Vorstellung, wie lange sie sich bereits unter dem Tuch der Beschämung verbirgt, stieg Wut in der Patientin auf: Sie riss das Tuch von sich. Die Therapeutin griff es auf und versuchte das Tuch wieder über die Patientin zu stülpen, aber Frau B. wehrte dies mit direkten Armbewegungen ab. Plötzlich griff sie das Tuch, zerrte es der Therapeutin aus den Händen, warf es zu dieser herüber und sagte, „Du sollst dich schämen, nicht ich!“ Diese Worte hatte sie innerlich offenbar an ihre Mutter und/oder die weiteren Täter gerichtet.

Nun fragte die Therapeutin, welches Bewegungsbedürfnis die Patientin hätte. Frau B. wollte sich aufrichten, sich zeigen, hatte aber noch Angst, sich aus der Deckung zu wagen. Die Therapeutin schlug vor, dass sie selbstbestimmt ein Tuch wählen und nach Bedarf sich damit schützend einhüllen könnte. Die Patientin wählte ein goldenes Tuch und die Therapeutin bot eine musikalische Begleitung durch das Stück „Pomp and Circumstance“ (Pracht und Herrlichkeit) von Edward Elgar an. Die Patientin schritt nun mit erhobenem Kopf durch den Raum, auf und ab. Zunächst hielt sie das Tuch fest um sich. Die Therapeutin er-

mutigte sie, ihren Impulsen zu folgen und sich nach Wunsch zu öffnen. Tränen liefen über die Wangen der Patientin, als sie realisierte, sie dürfe Raum beanspruchen. Allmählich fand sie immer mehr Freude an dem Wechsel zwischen Sich-Zeigen und Verhüllen, begann Drehungen und schwungvolle Armgesten in ihren Gang durch den Raum zu integrieren. Das Gefühl ergriff sie, sich stolz auf dem „roten Teppich“ zu präsentieren. Zum Abschluss der Sitzung fühlte sich Frau B. ermutigt, in dem benannten Schreibkurs zu erproben, wann sie sich bedeckt halten und wann sie sich öffnen möchte.

Salter und Hall (2022) betonen, dass Menschen mit komplexer Traumatisierung besonders vulnerabel für entwürdigende Praktiken und Einstellungen in der medizinischen Versorgung sind. Sie empfehlen die Förderung der Würde der Betroffenen und der Kompetenz zur Würdigung in Institutionen.

In der folgenden Woche wurde Frau B. von einer rezidivierenden Krebsdiagnose überrascht. Sie hatte Angst vor dem erniedrigenden Umgang des medizinischen Personals, den sie bei der ersten Erkrankung erlebt hatte. Als diesmal erneut entwürdigend mit ihr gesprochen wurde, gelang es ihr, sich dagegen zu behaupten: Die Erinnerung an die Übung mit dem schwarzen und dem goldenen Tuch und ihre jeweilige körperliche sowie mentale Haltung während dieser half ihr als Ressourcenanker.



Dr. rer. medic. Marianne Eberhard-Kaechele unterstützt von Marion Reuter

7. Selbstmitgefühl Mantra adaptiert von Neff (2012)

Wie das Fallbeispiel zeigt, ist das Gegenteil von Scham der Stolz, bzw., bezogen auf den Aspekt der Entwürdigung, ist das Gegenteil die Würde (Reddemann, 2018). Laut Duden (2024) ist Würde ein Achtung gebietender Wert, der einem Menschen innewohnt. Würde impliziert die Bedeutung, die einem Menschen wegen seines Wertes durch Andere zukommt, bzw. das Bewusstsein des eigenen Wertes und die dadurch bestimmte Haltung.

Die Psychologin Kristin Neff forschte zum Thema Selbstwertgefühl, bis eine existentielle Schamerfahrung ihr bewusst machte, wie fragil das Selbstwertgefühl sei, da es von Wertfaktoren abhängig ist, die abhanden kommen können; wie beispielsweise Leistung, Status, Besitz oder Schönheit. Als adaptive Alternative entdeckte sie das Selbstmitgefühl: die Fähigkeit, sich selbst freundschaftlich und nachsichtig zu behandeln, unabhängig von Wertfaktoren und gerade angesichts von Leid (Neff, 2012). Auch für Reddemann (2018) wird aus Scham Würde, wenn Menschen Empathie und Achtung von sich selbst oder anderen erfahren und Selbstmitgefühl praktizieren. Zur Förderung von Selbstmitgefühl entwickelte Neff diverse Achtsamkeitsübungen. Für die Verwendung in der Tanztherapie habe ich ihr Selbstmitgefühl-Mantra (Neff, 2012) wie folgt adaptiert: (Es ist für Menschen mit einer Schamproblematik als tägliche Übung und in akuten Schamsituationen geeignet.)

1. Würdigen und Begrenzen:

Atmen Sie bewusst aus und sagen Sie:

- „Dies ist wahrhaftig ein Moment des Leidens.“
Danach bewegen Sie Ihre ausgebreiteten Hände aufeinander zu, um einer unendlich großen Sache eine begrenzte Form zu geben und sagen Sie
- „Leid ist ein Teil des Lebens, nicht weniger, aber auch nicht mehr.“

2. Selbstanbindung und Beruhigung:

Berühren Sie sich selbst freundlich tröstend, z.B. auf dem Brustkorb oder über den Oberarm und sagen Sie währenddessen:

- „Ich stehe mir selbst bei, in meinem Leid.“
- „Ich schenke mir selbst das Mitgefühl, das ich brauche.“

3. Verbundenheit mit anderen:



Moderator Prof. J. Junker dankt Dr. rer. medic. M. Eberhard-Kaechele.

Stellen Sie sich Verbindungsfäden aus Licht oder Gold vor, die Sie mit Gesten in die Welt hinaussenden sowie aufnehmen und bei sich anknüpfen und sagen Sie:

- „Ich spüre, ich bin mit vielen anderen Menschen auf der Welt verbunden, die gerade auch leiden, vielleicht das gleiche erleiden wie ich.“
- „Ich bin nicht trotz, sondern wegen meines Leidens mit anderen verbunden.“

4. Selbstfürsorge:

Handeln Sie freundlich sich selbst gegenüber, indem Sie eine kleine konkrete Handlung, die gut tut vollziehen, ein kleines Bedürfnis erfüllen.

- „Durch dieses Handeln bin ich in diesem Moment freundlich zu mir.“

8. Fazit

Im positiven Sinne ist Scham ein verinnerlichter moralischer Kompass (Dolezal, 2015). In seiner toxischen Form zerstört Scham die Würde der Menschen und isoliert sie von ihren Mitmenschen. In beiden Fällen ist Scham durch körperliche Praktiken entstanden und durch Körpersprache vermittelt. Daher ist die Begegnung der Scham im therapeutischen Kontext auf der Ebene der Körpererfahrung besonders hilfreich und einprägsam.

Literatur:

- Dolezal, L. (2015). *The Body and Shame: Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*. Lanham, Md.: Lexington Books.
- Dolezal, L., Gibson, M. (2022). Beyond a Trauma-Informed Approach and Towards Shame-Sensitive Practice. *Humanities and Social Sciences Communications* 9, 214. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01227-z>.
- Duden (n.d.). Würde. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Wuerde>.
- Eberhard-Kaechele, M., Ernst, N., Feld, A., Pirkl, U., Reuter, M., Severin, E. (2022). Arbeitsergebnisse der Fortbildung zum Thema Scham-Schuld-Verantwortung für Mitarbeitende der LVR Klinik Düsseldorf, 2022. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hell, D. (2021). Die Relevanz der Scham aus verschiedenen Perspektiven. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 19 Jg. (2021) Heft 1 (o.S.).
- Herman, J. (2012). Shattered shame states and their repair. In J. Yellin, K. White (Eds.), *Shattered States: Disorganised Attachment and its Repair* (pp. 157-170). London: Karnac Books.
- Hicks, D. (2011). *Dignity: The Essential Role it Plays in Resolving Conflict*. New Haven and London: Yale University Press.
- Hilgers, M. (2007). Scham – behandlungstechnische Aspekte. Vorlesung im Rahmen der 57. Lindauer Psychotherapiewochen 2007. Verfügbar unter <https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2007/Hilgers-Micha-Scham-behandlungstechnische-Aspekte-Lindauer-Psychotherapiewochen2007.pdf>.
- Holodynski, M., Oerter, R. (2012). Emotion. In W. Schneider, U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 497–520). Weinheim: Beltz.
- Lausberg, H. (2022). *Der Körper in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Korb, A. (2015). *The Upward Spiral: Using Neuroscience to Reverse the Course of Depression, One Small Change at a Time*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Neff, K. (2012). *Selbstmitgefühl: Wie wir uns mit unseren Schwächen versöhnen und uns selbst der beste Freund werden*. München: Kailash.
- Reddemann, L. (2018). Dimensionen der Würde in der Psychotherapie. In Bents, H., Kämmerer, A. (Hrsg.) *Psychotherapie und Würde. Psychotherapie: Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54310-8_4.
- Salter M., Hall H. (2022). Reducing Shame, Promoting Dignity: A Model for the Primary Prevention of Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *Trauma Violence Abuse*. 2022 Jul;23(3):906-919. doi: 10.1177/1524838020979667. Epub 2020 Dec 20. PMID: 33345743.
- Schore, A. N. (1998). Early Shame Experiences and Infant Brain Development. In P. Gilbert, B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behaviour, Psychopathology, and Culture*. New York: Oxford University Press.
- Statman, D. (2000). Humiliation, Dignity, and Self-Respect. *Journal of Philosophical Psychology*, 13(4), 523-540.

Schäm dich! Schutz oder Schädigung?

Selbsterfahrung in der Drama- und Tanztherapie

Workshopleitung & Autor*in: Oliver Schneider & Katrin Bange



Katrin Bange, Foto: privat

Wer kann einen Workshop über Selbsterfahrung besser beschreiben als Teilnehmer*innen selbst? Hier ein Erfahrungsbericht einer Therapeutin, die selbst mit schematherapeutischen Ansätzen arbeitet.

Im November 2023 besuchte ich im Rahmen der Fachtagung FaKT 2023 „Keine falsche Scham! – Ein besonderes Gefühl in den Künstlerischen Therapien“ der LVR-Klinik Viersen den Workshop: „Schäm dich! Schutz oder Schädigung? Selbsterfahrung in der Drama- und Tanztherapie“ von Katrin Bange und Oliver Schneider.

Der Workshop hat mich sehr berührt, da er sehr persönlich war, ich mich als Teilnehmerin aber immer sicher gefühlt habe, mich Unbekannten gegenüber zu öffnen. Es gelang ihnen [Red.: Katrin Bange und Oliver Schneider] mit Leichtigkeit, ca. 20 teilweise völlig fremde Menschen innerhalb von zwei Stunden, trotz (oder gerade wegen) „schamhafter“ Momente zu einer vertrauensvollen Gruppe zu vereinen, in der teils intime Momente miteinander geteilt werden konnten.

Mit verschiedenen Übungen aus der Drama- und Tanztherapie gab es bei diesem Workshop eine An-



Oliver Schneider Foto: privat

näherung an die Dynamik innerer Anteile zum Thema Scham. Die Techniken hatten einen schematherapeutischen Ansatz („Schematherapie“ ist eine integrative Psychotherapie, basierend auf den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und erweitert um erlebnis- und handlungsorientierte Vorgehensweise). In der Schematherapie geht es darum, Erlebens- und Verhaltensmuster, die durch eine Kombination des eigenen Temperamentes, negativen Erfahrungen und der Nicht-Erfüllung von Grundbedürfnissen in der Biografie entstanden sind, bewusst zu machen und zu verändern. Die Gestaltung der Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in ist darin ein wichtiger Fokus.

Voice Dialogue („Voice dialogue“ ist eine durch Hal und Sidra Stone entwickelte Coachings/Therapiemethode. Hierbei werden verschiedene innere Persönlichkeitsanteile personifiziert. Diese Persönlichkeitsanteile repräsentieren unterschiedliche Teile des Selbst, die jeweils eigene Perspektiven und Bedürfnisse haben, welche in einem geführten Dialog ausgedrückt werden. Ziel ist es, ein besseres Verständnis und eine Integration dieser inneren Anteile zu fördern.)

Sehr wertvoll für den auf Tagungen oft wenig behandelten Aspekt der therapeutischen Selbstfürsorge fand ich, dass in diesem Workshop eigene Schamgefühle etwas mehr untersucht wurden. Folgende Fragen wurden zum inhaltlichen Gegenstand: Wie nehme ich als Therapeut*in meine Schamgefühle wahr? In welcher Weise ist Schamgefühl ein unterstützendes Element in der Rolle als Therapeut*in? Gibt es Momente, in denen Scham auch störend ist? Wie sieht's aus mit persönlichen Erwartungen? Trotz der zu bearbeitenden intensiven Themen begann der Workshop behutsam und spielerisch: Frau Bange und Herr Schneider nahmen uns mit in verschiedene drama- und tanztherapeutischen Übungen. In einem Warming-Up liefen wir durch den Raum, tauschten uns mit Anderen bei Begegnung aus – über Themen wie:

- Lieblingsessen
- Wie viele Kinder
- Eigenschaften des eventuellen Partners
- Scham/Zufriedenheit über ein bestimmtes Körperteil.

In einer tanztherapeutischen Übung, dem „Rattlesnake Lovedance“, warfen wir, in vier Gruppen aufgeteilt, Rest-Vorbehalte ab und tanzten „schambefreit“ umeinander herum. Die spielerische Übung machte sehr viel Spaß und führte zu lustigen Begegnungen.

Anmerkung: Bei dieser Arbeitsform werden zwei oder mehrere Gruppen geformt. Jede Gruppe stellt sich in einer Reihe hintereinander auf, so dass „Bewegungsschlangen“ durch die Teilnehmer*innen gebildet werden. Die Person, die am Kopf der Schlange steht, hat die Leitung. Auf Musik tanzt diese Person und der Rest der Schlange folgt ihren Bewegungen. Wenn das Wort „Wechsel“ gerufen wird, verlässt der Kopf der Schlange die Position und schließt am Ende der Schlange wieder an, sodass eine andere Teilnehmerin die leitende Position übernehmen kann. Natürlich dürfen die tanzenden Schlangen im Raum miteinander Kontakt machen: es ist der Rattlesnake love dance.

Mit einer dramatherapeutischen Methode tauchten wir persönlicher in das Thema Scham ein: Nach einer Imagination probierten wir aus, uns eine konkrete Situation und eine (negative) Botschaft unseres eigenen kritischen Anteils vorzustellen.

Die Konfrontation war spürbar, nachdem die aufgeschriebenen Botschaften auf im Raum aufgehängten Postern zu lesen waren. Manche Botschaften wurden laut vorgelesen und hallten noch im Raum nach.

Die verschiedenen Stimmen waren allgegenwärtig. Mit einer Teilnehmerin wurden für eine persönliche Situation verschiedene innere Anteile ausgearbeitet, danach erarbeiteten wir eigene Themen in Kleingruppen.

„Besonders berührt hat mich, wie negative Glaubenssätze (anhand von schematherapeutischen Standbildern. Hier wurden Tableaus entwickelt, in denen die verschiedenen inneren Anteile als Rollen in einem „still stehenden Bild“ dargestellt wurden. Z. B. der innere Kritiker wie er zum inneren Kind spricht und dieses beängstigt.) zu positiven Hilfssätzen umformuliert wurden und letztere in einem finalen, emotionalen „walk of fame“ gefeiert wurden.“

„Es war ein gut begleiteter Workshop, bei dem ich mich als Teilnehmerin gut gefühlt habe, die Übungen bauten toll aufeinander auf, schafften eine sichere Atmosphäre, um an tiefere Themen andocken zu können. Das Cooling-Down war sehr wertschätzend.“



Workshop: Schäm dich!



Workshop: Schäm dich!

Wer meinst du eigentlich,
dass du bist?
Das kommt Du besser!
Denk doch einmal nach,
bevor Du sprichst!
Women don't
do & That!! Behave!!

Du bist so peinlich!
SO gehörst du nicht dazu!
DU MUSST DAS RICHTIG MACHEN!
KEINE FEHLER!
Halte dich zurück !!
Du bist auch wichtig!
Du bist liebenswert
-||- OK
DAS BEDÜRFTNIS IST WICHTIG!
Du bist einzigartig!

Jenseits der Scham

Das Psychodrama als Anwendung

Workshopleitung & Autorinnen: Hannah Salomé und Christina Creemers-van Heerde



Hannah Salomé, Foto: privat



Christina Creemers-van Heerde Foto: privat

Am 9. November 2023 hatten wir die Gelegenheit, im Rahmen der 14. Jahrestagung des LVR-Fachforums Künstlerische Therapien einen Workshop zu geben. In diesem Workshop ging es um die Erfahrung, wie Psychodrama-Techniken in Kombination mit Schauspieltechniken beim Thema Scham und Angst angewendet werden können.

In diesem Artikel geben wir Hintergrundinformationen zur Psychodrama-Therapie und ihrer Verbindung zur Dramatherapie. Wir beleuchten das Thema Scham und beschreiben anschließend, wie wir im Rahmen des Workshops praktisch am Thema Scham gearbeitet haben.

Dramatherapie und Psychodrama

Die Dramatherapie ist eine spezialisierte Form der Behandlung, die eine Kombination verschiedener Methoden verwendet. Um Entwicklungs-, Bewältigungs- und Akzeptanzprozesse bei Klient*innen zu bewirken, werden zielgerichtete, systematische Dramenformen eingesetzt. Das Berufsbild des*der Dramatherapeut*in sieht das Handeln als Kern der Therapie. Spiel, Fantasie und Verstellung sind die wichtigsten Mittel.

Die Methodik des Psychodramas eignet sich hervorragend für die tiefenpsychologische Erforschung und kann in verschiedenen psychotherapeutischen Bezugsrahmen eingesetzt werden. Das Psychodrama steht im Einklang mit den modernen Ansichten über die Rolle, die Emotionen und Gefühle bei Kognitionen und Verhalten spielen. Der*die Protagonist*in erlebt Gefühle, die denen in einer realen Situation ähneln. Dadurch werden sensomotorische, affektive und kognitive Prozesse aktiviert.

Psychodrama unterstützt Sie dabei, Ihr Wissen zu erweitern, um besser auf Menschen zuzugehen. Sie können durch Psychodrama viel über sich selbst und über wichtige andere Personen in Ihrem Leben, wie Ihre Familie, verarbeiten und herausarbeiten. Psychodrama hilft dabei, innere „Schmutzstellen“ aufzuräumen, damit Sie sich selbst und anderen gegenüber harmonischer auftreten können. Bei allem, was Sie tun, stehen Weisheit und Liebe im Mittelpunkt, sodass Sie zur Erkenntnis gelangen können: „Ich liebe mich selbst und ich liebe dich.“ Das ist das Ziel, auf das Psychodrama hinarbeitet. Durch Psychodrama können Sie ein erfüllteres Leben zurückgewinnen. (ABP Salomé-Finkelstein, 2002)

Psychodrama hat viele Anwendungsmöglichkeiten, z. B. im Theater, in der Bildung, im Gesundheitswesen und in der Wirtschaft. Der Begründer des Psychodramas ist J.L. Moreno. Er glaubte, dass Veränderungsprozesse nicht hinter einem Schreibtisch stattfinden, sondern im Leben selbst. Moreno betrachtet den Menschen in verschiedenen Rollen. Der Mensch ordnet dabei seine soziale Welt und seine individuelle, psychische und physische Realität.

Im Psychodrama steht die Begegnung im Mittelpunkt; Begegnung im Hier und Jetzt zwischen zwei oder mehreren Menschen. Oder anders formuliert: der Austausch von gegenseitigen Gefühlen zwischen Menschen in der Hier-und-Jetzt-Situation spielt eine große Rolle. Es geht darum, ohne Worte die Beziehung zwischen Menschen zu spüren, das unsichtbare Band, das eine Gruppe zusammenhält. Dabei geht es sowohl um positive als auch um negative Gefühle.

Im Psychodrama wird das, was zwischen Menschen geschieht, zu Szenen und Geschichten gestaltet. Bewegende, überraschende, glückliche, traurige, unerwartete, lange und kurze Geschichten werden auf eine sehr persönliche Weise durchgespielt. Durch das Mitspielen in den Geschichten der anderen erfahren die Teilnehmer*innen, was sie füreinander menschlich bedeuten können. Die innere Wirklichkeit wird in Rollen verwandelt, in denen Schauspiel, emotionales Erleben, körperliches Erleben und Denken gemeinsam auf der Bühne zum Ausdruck kommen. Die Psychodrama-Bühne ist der Freiraum für den Geist, um sich auszudrücken und zu spontanem Handeln und gemeinsamen Problemlösungen anzuregen, (neuen) Antworten auf Fragen und Lösungen für Probleme zu finden. Das Einnehmen anderer Perspektiven schafft Möglichkeiten für Verhaltensänderungen, neue Erfahrungen und Einsichten.

Auf der Psychodrama-Bühne arbeiten wir mit „surplus reality“ einer „augmented reality“, einer Bewusstseinerweiterung des*r Protagonist*in wie auch der Mitspieler*innen und Zuschauer*innen. Diese, von Moreno entwickelte, einzigartige Methode konzentriert sich auf das kreative Zusammenspiel von Fantasie und Realität.

Spontaneität und Kreativität sind zentrale Elemente, um verschiedene Einsichten und Veränderungen zu fördern. Spontaneität bedeutet, eine neue

Antwort auf eine alte Situation zu finden oder eine angemessene Antwort auf eine neue Situation. Das Wort „Spontaneität“ kommt von „sua sponte“ und bedeutet „natürlich“ und „von innen heraus“. Sie ist keineswegs mit Impulsivität gleichzusetzen, sondern schließt sowohl Emotionen und Spielfreude als auch Reflexion, bewusste Kontrolle, Empathie sowie moralische und ethische Überlegungen ein.

Die Surplus-Realität stellt dabei eine Realität voller Überraschungen und kreativer Möglichkeiten dar, die eng mit Morenos Konzept der Spontaneität verbunden ist: Gemeinsam lernen, Probleme lösen und neue Antworten finden. In dieser Methode geht es darum, die Freiheit zu spüren, auf neue Situationen kreativ zu reagieren und zugleich die innere Freiheit zu erlangen, sowohl nach außen als auch nach innen zu agieren. Das gemeinsame Leben und Arbeiten beruhen auf einer Atmosphäre von Leichtigkeit und spielerischer Offenheit, in der Kreativität und Spontaneität gefördert werden. Durch diese verspielte Herangehensweise können neue Ideen und Lösungen entstehen.

Die Kraft der Arbeit mit Spontaneität im Psychodrama besteht darin, dass sie nicht in der Analyse stecken bleibt, sondern eine bewusste – gleichzeitig nach innen und nach außen gerichtete – Handlungsorientierung wählt. Spontaneität und Realitätsüberschuss bilden zusammen eine reiche Ressource für die erzählerische Methode des Psychodramas. Auf der Psychodrama-Bühne wird die persönliche Geschichte gemeinsam durchgespielt.

Das Ergebnis kann die Katharsis sein, die erkenntnisfördernde Phase, die auf die Inszenierung, die Handlung, folgt. Neue Einsichten werden von einer emotionalen Befreiung begleitet und führen zu einer Veränderung des Bewusstseins und des Verständnisses.

Verschiedene Techniken des Psychodramas

- Szenenaufbau und Szenisches Handeln
- Doppeln, Spiegeln und Rollenwechsel / Rollentausch, Soliloquy
- Rollenfeedback, Sharing und Processing
- Rollenspiel, Soziodrama, Soziometrie

Das Thema der Scham

„Scham ist eine komplexe psychosoziale Emotion, die auftritt, wenn man von den eigenen moralischen oder

ethischen Maßstäben abweicht, oft in Verbindung mit dem Gefühl, von anderen beurteilt oder nicht mehr respektiert zu werden. Sie kann sowohl individuell als auch kollektiv erlebt werden und geht häufig mit der Angst einher, nicht mehr akzeptiert zu werden. Gleichzeitig hat Scham eine positive Seite, da sie auch den Wunsch hervorruft, sich bewusst oder unbewusst zu verbessern und den eigenen Ansprüchen sowie den Erwartungen der Gemeinschaft gerecht zu werden.“ (Wikipedia, 2023).

Scham ist eine Rolle, das heißt, sie umfasst ein Set aus Handlungen/Äußerungen, emotionalem Erleben/Ausdruck, Körperempfindungen und Denken/Sprache. Im Psychodrama bezeichnen wir diese Gesamtheit von Verhalten, Gefühlen und Gedanken als „integrative Rolle“, da sie sich in der Interaktion mit der Umwelt entwickelt und manifestiert. Jede Rolle vereint verschiedene Aspekte unseres inneren Erlebens, die in unterschiedlichen Situationen aktiviert werden. Wir Menschen besitzen viele solcher inneren Rollen, die je nach Kontext und Beziehung hervortreten.

Wenn die Rolle der Scham in bestimmten Situationen in den Vordergrund tritt, kann es vorkommen, dass diese Rolle mit der jeweiligen Situation verknüpft bleibt, die schließlich zur Erinnerung wird. Für die Verarbeitung von Scham ist es entscheidend, eine grundlegende menschliche Fähigkeit zu nutzen: die Fähigkeit, auf vergangene Situationen zurückzublicken und sie aus einer neuen Perspektive zu betrachten. Diese Technik wird im Psychodrama als „innere Rollenumkehr“ bezeichnet. Ähnlich wie man in eine soziale Rolle schlüpft und wieder heraustritt, kann sich eine innere Rolle wie die der Scham im Laufe des Lebens weiterentwickeln und verändern.

Durch das bewusste Einnehmen und wiederholte Verlassen der Scham-Rolle erlangt der Mensch Kontrolle darüber. Diese Kontrolle befähigt ihn, als eine Art „Regisseur“ seiner inneren Rollen zu agieren, indem er gezielt mit der Scham umgeht, sie versteht und in neue, konstruktive Bahnen lenkt. Auf diese Weise kann Scham nicht nur besser verarbeitet werden, sondern sogar als Ressource dienen, um das Selbstvertrauen zu stärken. Indem man erkennt, wann und warum die Scham auftritt, kann sie genutzt werden, um persönliche Grenzen zu überwinden und zu wachsen.

Die Sitzung

Ähnlich wie bei einer Psychodrama-Sitzung durchlief der Workshop die folgenden Phasen: Aufwärmphase, Enactment, Entrollen, Sharing und Processing.

Zu Beginn des Workshops wurde die Gruppe auf das Thema eingestimmt, und die Teilnehmenden hatten die Gelegenheit, sich gegenseitig kennenzulernen.

In der darauffolgenden Enactment- oder Spielphase wurde intensiv mit dem Thema Scham gearbeitet. Es gab eine spezielle Aufwärmphase, während der sich alle Gruppenmitglieder auf die Person konzentrieren konnten, die ihre eigene Geschichte, ihr Dilemma oder ihr Problem einbrachte (im Psychodrama wird diese Person als Protagonist*in bezeichnet). Diese Aufwärmphase diente sowohl der Protagonistin*dem Protagonisten als auch der Leitung des Psychodramas (der Regisseurin*dem Regisseur).

Die Protagonistin*der Protagonist ist die einzige Person, die ihre eigene Geschichte kennt und weiß, was dargestellt werden soll. Die Regisseurin*der Regisseur unterstützte den Prozess. Die Gruppenmitglieder wurden eingeladen, verschiedene Rollen in der Geschichte zu übernehmen, um die Protagonisten letztendlich dabei zu unterstützen, ihre eigene Antwort auf das zu finden, was gelöst werden musste. In dieser Phase wurden Kreativität und Spontaneität der Protagonisten angeregt.

In der anschließenden Phase des Sharing und Processing traten die Gruppenmitglieder stärker in den Vordergrund, während die Protagonistin, die zuvor im Mittelpunkt des Psychodramas stand, wieder Teil der Gruppe wurde. Dies war auch der Moment, in dem jede*r Teilnehmer*in das Erlebte für sich selbst verarbeiten und in das eigene Leben integrieren konnte (Integrationserfahrung).

Zum Abschluss folgte die Cooling-down-Phase, in der alle Teilnehmenden die Möglichkeit hatten, die Sitzung für sich selbst abzurunden und innerlich abzuschließen.

Die Aufwärmung:

Hier haben wir einführende Übungen verwendet, wie zum Beispiel:

- Benennen und Formulieren, was man von diesem Workshop erwartete oder wünschte.

- Angeben durch einen Punkt auf einer imaginären Linie, wie vertraut man mit Psychodrama war (0 = keine Vertrautheit, 10 = sehr vertraut und erfahren im Umgang mit Psychodrama).
- Herumgehen und „Hallo“ sagen zu einem anderen Gruppenmitglied aus verschiedenen inneren Rollen, z. B. glücklich, enttäuscht, verliebt, ängstlich, schüchtern, selbstbewusst usw.
- Herumgehen und jemandem begegnen: „Scham bedeutete für mich...“
- Beim Herumgehen und Treffen von Personen erzählen, wann man sich das letzte Mal blamiert hatte (3 Mal).
- Die Gruppe wurde in Vierergruppen aufgeteilt, und jede Gruppe stellte Bilder einer Situation dar, in der Scham eine Rolle gespielt hatte (Situation aus den vorherigen Runden). Danach wurden die Bilder mit der gesamten Gruppe geteilt. Die Gruppenmitglieder, die nicht Teil des Bildes waren, konnten benennen, was im Protagonisten des Bildes und in den Antagonisten vorgegangen war. Anschließend traten die Protagonisten aus der Rolle der Scham und damit aus dem Bild heraus und wählten eine innere Rolle, um die Situation besser zu bewältigen. Zum Beispiel: von der Scham zur Kontaktaufnahme.

Enactment (die Spielphase im Psychodrama)

Eine Person aus der Gruppe meldete sich freiwillig als Protagonist*in. Da es sich weder um eine Therapiegruppe noch um eine Veranstaltung mit Folgetreffen handelte, entschieden wir uns für eine strukturierte Arbeitsweise: Die Protagonistin zeichnete eine Lebenslinie von ihrer Geburt bis zu ihrem heutigen Alter auf. Entlang dieser Lebenslinie, die bei 0 Jahren beginnt, wählte sie eine Situation im Alter von 5 Jahren aus, in der sie Scham erlebte. Diese Situation wurde in den Vordergrund gerückt, indem sie als Vignette dargestellt wurde.

Das Besondere am Psychodrama ist, dass die dargestellte Geschichte oft so realitätsnah wie möglich in der tatsächlichen Umgebung gespielt wird. Das bedeutet, dass sowohl die beteiligten Personen als auch die konkrete Umgebung, in der sich die Situation abspielte, in der Darstellung berücksichtigt werden. Auf diese Weise wird die Situation mit den relevanten Personen und dem passenden Umfeld in einem kurzen Bild nachvollzogen.

Die Protagonistin übertrug die Rolle ihres 5-jährigen Selbst auf ein anderes Gruppenmitglied, woraufhin auch weitere Gruppenmitglieder verschiedene Rollen übernahmen. Jede Person, die eine Rolle spielte, erhielt eine eigene Stimme, sodass die Gruppenmitglieder für einen Moment wirklich zu jemand anderem wurden, nämlich zu einer Figur aus der Geschichte der Protagonistin. Die Protagonistin wählte zudem eine Person aus, die in dieser Situation für ihr 5-jähriges Selbst eine Stütze gewesen war. Sie hatte die Möglichkeit, ihrem 5-jährigen Ich etwas zu sagen, und konnte dann, indem sie selbst in die Rolle des Kindes schlüpfte, hören, was der*die Erwachsene ihr sagte.

Dieser innere Dialog zwischen dem kleinen Kind und dem*der Erwachsenen ermöglichte es der Protagonistin, eine tiefere Einsicht zu gewinnen und eine neue Antwort auf eine alte Situation zu finden.

Danach wurde dieses Bild aufgelöst, und die Protagonistin ging weiter auf ihrer Lebenslinie. Die nächste Situation, in der sie Scham empfand, wurde erneut durch eine Vignette dargestellt. Durch verschiedene Rollentausche und die Betrachtung der Situation aus der Perspektive einer Erwachsenen gewann sie auch hier eine neue Einsicht: Das, was damals als Schwäche empfunden wurde, ist nun im Erwachsenenalter eine Stärke.

Auf Nachfrage des Regisseurs signalisierte die Protagonistin, dass dies für sie ausreichend sei. Daraufhin wurde die Bühne geräumt, und die Requisiten sowie alle „Antagonisten“ der Protagonistin wurden aufgelöst.

Sharing und Processing

Die Gruppe setzte sich in einem Kreis zusammen. Der Leiter erklärte, dass die Protagonistin gearbeitet habe und dass die Absicht dieser Phase darin bestehe, dass die Gruppenmitglieder kein Feedback zu den Geschehnissen geben sollten. Stattdessen sollten sie etwas Eigenes aus ihrer eigenen Lebensgeschichte oder Erfahrung mit der Protagonistin teilen.

Während dieser Reflexionsphase gaben die Teilnehmer*innen an, was sie in dieser Sitzung erlebt hatten und was sie davon in ihr eigenes Leben mitnehmen konnten. Die Teilnehmer*innen teilten auch ihre Erfahrungen mit den verschiedenen Fragen und Übungen, die im Workshop angeboten wurden.

Diese Phase dient dazu, den Teilnehmer*innen die Möglichkeit zu geben, ihre persönlichen Einsichten und Emotionen in einen größeren Kontext zu stellen. Durch das Teilen individueller Erlebnisse und Erkenntnisse erhalten alle Beteiligten eine breitere Perspektive und können die neu gewonnenen Einsichten in ihr eigenes Leben integrieren. Diese Reflexion fördert nicht nur das Verständnis für eigene und fremde Erfahrungen, sondern stärkt auch das Gefühl der Gemeinschaft und des gemeinsamen Lernens.

Cooling-down:

Zum Abschluss übten die Teilnehmer den „Walk of Shame“, bei dem jedes Gruppenmitglied über die Bühne ging und etwas äußerte, wofür es sich in der Vergangenheit geschämt hatte, was es jedoch nicht länger zurückhalten muss.

Literatur:

- Jonge de, C.M. (2012). De Psychodramaturg, HELD in denken met gevoel. Arnhem: Salomé-Finkelstein & de Jonge
- Leutz, G. (1974). Psychodrama, Theorie und Praxis. Das Klassische Psychodrama nach J.L. Moreno. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Wikipedia. (2023, 1. März). Scham. Wikipedia. Abgerufen am 1. März 2023 um 10:10 Uhr von <https://nl.wikipedia.org/wiki/Schaamte>.

Informationen über die Autorinnen

Hannah Salomé: Psychodrama-Therapeutin & Coach, Ausbilder Psychodrama
<https://psychodramaplein.info> ; <https://www.academiepsychodrama.com>

Christina Creemers-van Heerde: Drama en psychodrama-Therapeutin
<https://www.contactgerichtetherapie.nl/>

Eine Charme-Offensive für die Scham

Workshopleitung & Autorin: Imke A. Fiedler



Imke A. Fiedler, Foto: privat

120-minütiger Tanz- und Bewegungstherapie-Workshop

Das Wortspiel im Titel des Workshops mit den Begriffen „Charme-Offensive“ und „Scham“ will dieser schwierigen und negativ konnotierten Emotion eine positive Ausrichtung geben.

Vorab einige theoretische Grundlagen, die die Autorin ihren praktischen Interventionsbeispielen voranstellt.

Dieser Workshop betrachtet den dualen Charakter von Scham als Körpergefühl (Pernlochner-Kügler, C. 2004) und Scham als Wertgefühl (Elias, N. 1982). Auf der Grundlage, dass wir in unserer Identitätsentwicklung Schamgefühle etwa ab dem zweiten Lebensjahr entwickeln (Wurmser, L. 2003), ist Scham als sekundäre Emotion ein Gefühl, das besonders im sozialen Kontext evoziert wird (Bauer, A. u.a. 2012) und sich beim Individuum sehr stark körperlich zeigt. Ähnlich wie Wut oder Freude ist Scham eine Emotion, die besonders körperlich sichtbar wird durch Erröten, abgewendetem, gesenktem Blick, Herzklop-

fen, Schweißausbruch, etc. Zusätzlich kann sich ein Schamgefühl an das eigene Körperempfinden anknüpfen. „Körper-Scham“: Ich fühle mich zu dick, zu klein, zu unbeweglich, etc. Dies sind Empfindungen und Gefühle, die besonders Klient*innen in der Tanz- und Bewegungstherapie formulieren.

Neben der „Körper-Scham“ ist die Scham oder Peinlichkeit als „Wertgefühl“ von zentraler Bedeutung im Therapieprozess. Scham in Zusammenhang mit Selbstwert entsteht vor allem, wenn das eigene Vorhaben nicht gelingt, wenn wir Leistungen nicht erbringen, soziale Regeln oder Werte nicht einhalten (Erikson, E.H. 1995). Auch im Therapieprozess begegnen wir dieser Form von Scham, wie z.B. ein Loch in der Kleidung, eine Intervention „falsch“ verstanden zu haben, etwas – vermeintlich – nicht zu können, etc., zu dessen aktiver Auseinandersetzung die folgenden Interventionen anregen wollen. Ein zentraler Aspekt, weshalb Klient*innen in den künstlerischen Therapien immer wieder schamhaft äußern: „Ich kann nicht tanzen, nicht malen, nicht musizieren.“

In diesem Workshop werden tanz- und bewegungstherapeutische Interventionen zum Umgang mit auftretender Scham in drei Phasen gegliedert: 1. „Akzep-Tanz“ des Schamgefühls; 2. Schamgefühle ins Positive transformieren; 3. Externalisierung von Erfahrungen des „Beschämt-Worden-Seins“. Die praktischen Interventionen werden exemplarisch mit Teilnehmer*innen (im Folgenden als „TN“ abgekürzt) in Bewegung erprobt. Der Grundgedanke dieses Vorgehens richtet sich an verschiedenste Klient*innengruppen und muss nur partiell angepasst und modifiziert werden.

Hier die Darstellung des Workshop-Verlaufs: Vorab wurde zu einer allgemeinen Aufwärmung mit dem Fokus auf unterschiedliche Körperpartien unter Verwendung verschiedener Antriebe (direkt, indirekt, leicht und kraftvoll) und mit Möglichkeiten zu ersten Kontakten untereinander eingeladen.

1. Zur „Akzep-Tanz“

Die TN wurden im Verlauf des Anwärmens dazu animiert, ihre gegenwärtige Stimmung nach den Eingangsvorträgen und dem gemeinsamen Lunch zu eruieren, dies in einem Satz, zuerst nur für sich, zu formulieren und ergänzend eine Geste zur Befindlichkeit zu entwickeln. Nacheinander wurden die TN dann eingeladen, diese Geste im Kreis (aber an ihrem Platz verbleibend) zu zeigen und ihren Satz zu ergänzen, so dass alle TN diese Geste aufgreifen und spiegeln konnten. Dieser „Chace-Kreis“ ist eine bewährte Methode in der Tanztherapie, um allen TN zu Beginn einer Gruppentherapie die Möglichkeit zu geben, gesehen zu werden und sich zugehörig zu fühlen.

A) Um das Thema der „Körper-Scham“ zu thematisieren, hatte die Autorin vorab eine TN gebeten, als dritte oder vierte in der Runde schamhaft und verunsichert zu äußern: „Ich möchte nichts zeigen!“ Die Autorin bedankte sich für die Ehrlichkeit der Äußerung, nahm exemplarisch noch zwei andere TN dran und lud dann dazu ein, den Kreis aufzulösen.

An dieser Stelle war es wichtig, den Fokus auf diese TN nicht beizubehalten, um ihr Gefühl von Verunsicherung nicht zu intensivieren und dennoch im weiteren Verlauf das Thema der „Körper-Scham“ generell aufzugreifen. Der „Chace-Kreis“ bietet generell für die Tanztherapeut*in eine Möglichkeit, mit den emotionalen Themen der Gruppe in Kontakt zu kommen und diese in der Stunde zu vertiefen.

Die Autorin lud nun alle TN dazu ein, das Gefühl zuzulassen, sich emotional bedeckt zu halten, sich nicht zeigen zu wollen. Dafür breitete sie im Raum verschiedene große, bunte Chiffontücher aus (mit den Massen 1,5 x 1,5 m). Ihr war der Hinweis wichtig, dass Tanztherapeut*innen oft als die „Tücher-Wedelnden-Wesen“ beschrieben werden und sie deshalb nur sehr selten mit diesem Material arbeite, aber für das Thema der Scham, des Rückzugs und des Sich-Bedeckthaltens sie es als ein hilfreiches Objekt einsetze.

Die TN sollten sich für ein Tuch entscheiden, deren Farbe sie positiv ansprechen würde und das als Schutz dienlich sein könnte. Es wurde eine Improvisation angeregt, sich auf unterschiedliche Weise hinter dem Tuch zu verstecken, sich damit zu bedecken und gelegentlich einzelne Körperteile zu zeigen, so dass mal eine Hand, ein Fuß oder das Gesicht sichtbar werden würden.

Im Raum entstand ein Spiel, um individuelle Variationen auszuprobieren. Statt mit diesem Thema allein im Therapieraum zu bleiben, wurden Kleingruppen mit jeweils vier TN gebildet, in denen zwar jede TN ihre eigene Erkundung erprobte, aber diese im Kontext einer Kleingruppe erlebte. Abschließend wurden in den Kleingruppen immer zwei TN eingeladen, ihre Ausdrucksbewegungen des Sich-Bedeckens und Sich-Versteckens, den anderen beiden Kleingruppenmitgliedern zu zeigen. Hier entstand ein Moment des Gesehen-Werdens und der Rückzugerlaubnis. Das Schamgefühl konnte akzeptiert werden. Denn Scham schützt auch unsere Intimität. Hier wurde mehr und mehr eine expressive Bewegung gestaltet, statt in einem Bewegungsrückzug zu verharren. Das Erleben eines Bewegungs- und Tanzspiels mit dieser Ambivalenz zwischen Rückzug und klarer Grenzziehung der eigenen Intimsphäre konnte deutlich erfahrbar gemacht werden.

Während der Auswertung in den Gruppen und der Reflexion in der großen Runde wurde von einigen TN ein Moment hervorgehoben, an dem die Autorin beobachtet hatte, dass einige TN zu Boden gegangen waren, vielleicht um das Empfinden des „Im-Boden Versinken-Wollens“ zum Ausdruck zu bringen.



Medium: Chiffontücher



Dank an die Studentinnen für die Nachstellung der Bewegungsbeispiele des Workshops

Hier lud die Autorin dazu ein, vom Boden wieder einen Weg in den Stand zu finden und den gegenwärtigen, emotionalen Prozess im Stand fortzuführen. Das Anliegen der Autorin war, die TN aus einer vermeintlich regressiven Spirale wieder ins Handeln und in die Präsenz zu bringen. Diese Strategie stellte nach Aussage der TN eine wichtige Begrenzung und damit auch eine hilfreiche Anregung dar.

B) Um das Thema der „Werte-Scham“ zu thematisieren, wurde nochmals der Anfangs-„Chace-Kreis“ gebildet, für den die Autorin vorab eine andere TN gebeten hatte, im Kreis verbal den Satz zu äußern: „Ich kann das nicht.“ Als Reaktion zeigte die Autorin Verständnis, „da alle irgendwas mal nicht können würden“. Sie wiederholte und spiegelte die Körperhaltung sowie die Geste, mit der die TN diesen Satz nonverbal begleitet hatte. Zu beobachten war ein leicht gebeugter Rücken, ein abwärts gerichteter Blick und eine kleine, wegwischende Handbewegung mit flexiblen, sanften und plötzlichen „Antriebsvorführen“ (bei Bender, S. 2007, S. 41ff, „Vorantriebe“ genannt).

Auch die TN wurden eingeladen, diese Körperhaltung und Geste zu explorieren und wurden ermutigt zu überlegen, was es denn an Fertigkeiten gäbe, welche sie nicht könnten (z.B. einen Autoreifen wechseln oder Klavier spielen etc.). Der Teilnehmendenkreis wurde aufgelöst und alle experimentierten mit Bewegungen, Gangarten und Mimik zu ihren verbalen Sätzen. Für einen Moment verblieben die TN an einem Ort im Raum und es wurden exemplarisch einige Sätze und Gesten gezeigt.

In einer Gruppe ist in diesem Moment für jeden TN entscheidend zu erleben, dass alle mit vermeintlichen „Defiziten“ und „Un-Fähigkeiten“ konfrontiert sind und gelegentlich zu kämpfen haben. Sie erleben, dass dies ein universelles Thema ist und kein Mensch frei von Fehlern ist. Diese Erfahrung kann eine erste Entlastung für TN bedeuten und sie für den folgenden Schritt öffnen:

2. Schamgefühle ins Positive transformieren

In der Folge wurde dann am Platz sehr direktiv und körperbezogen gearbeitet. Die Autorin lud die TN dazu ein, sich vorab intensiv des Bodens und seiner unterstützenden Eignung bewusst zu werden – Momente von kraftvollen Schritten, von Erdung und stabilem Stand wurden genutzt. Dann wurde die Aufmerksamkeit auf die Haltung der Wirbelsäule gelenkt, Bewegungen vom gerundeten Rücken ins Gegenteil, eines stark vorgewölbten Brustkorbs, zu verändern und diesen Bewegungsprozess einige Male zu wiederholen.



Dank an die Studierenden für die Nachstellung der Bewegungsbeispiele.

Zwischen den Extremen der Rundung und Höhlung des Rückens kann es eine Haltung geben, die eine gelassene Aufrichtung repräsentiert. Diese für sich individuell zu finden war der Kern der Übung. Parallel wurde auf eine Verbreiterung des Schultergürtels

hingewiesen; denn oftmals geht mit der Rundung der Wirbelsäule ein Versmälern des Brustkorbs und eine Verkürzung der Körperlänge einher. G. Romer nennt dies ein „Schrumpfen in den drei Dimensionen, in der horizontalen, der vertikalen und der sagittalen Dimension“ (Romer, G. 1993, S.38).

Im Folgenden wurden die TN eingeladen, ihren Satz: „Ich kann nicht ...“ mit mehr Selbstbewusstsein zum Ausdruck zu bringen, ihn sozusagen ins Positive zu „reframen“. Für manche TN war es hilfreich, die Ergänzung „Das kann ich **noch** nicht“ dafür zu nutzen. Im Raum passierte mehr Aufrichtung, fast (sichtbarer) Stolz, wobei eine TN benannte, dass sie in ein Trotzverhalten verfiel. Auf der Bewegungsebene hätte dies gut bearbeitet werden können. In Anbetracht der Zeit erläuterte die Autorin dies aber nur kurz theoretisch. Bei genauerer Betrachtung der dazugehörigen Geste dieser TN wurde deutlich, dass dies „Pü“, das kann ich eben nicht ...“, eine Verwendung von Antriebsvorläufern zeigte. Die Nutzung der Antriebsvorläufer gibt uns Hinweise, dass es sich entweder um den Lernmodus einer Bewegung oder aber um den Abwehrmodus einer Handlung handelt. In der Bewegung der TN waren bahnende, vehemente und plötzliche Qualitäten in der arrogant, wegschiebenden Handbewegung zu beobachten.

Antriebsvorläufer		Antrieb
Lernform/ Abwehr	Faktor	Selbst-Regulation
flexibel bahnend	Raum	indirekt direkt
sanft vehement	Kraft	leicht stark
zögernd plötzlich	Zeit	verlangsamend beschleunigend

Tabelle: Autorin

Diese Qualitäten in direkte, starke und beschleunigende Antriebe zu transformieren, könnte in einer übenden Sequenz erprobt werden und den TN neue Erfahrungen und Handlungsalternativen bieten; um vom Antriebsvorläufer zum vollen Antrieb zu gelan-

gen und ggfs. damit eine Erfahrung zu machen, von erster Arroganz zu späterer Souveränität und Selbstbewusstsein.

Hier knüpfte sich der nächste methodische Schritt einer positiven Besetzung des Scham-Erlebens an: Die TN wurden gefragt, was denn für sie das Gegenteil von „Scham“ sei? In ihren Vierergruppen wurden sie eingeladen, sich auf einen gegensätzlichen Begriff zu einigen. Es wurden die Begriffe „Stolz“, „Souveränität“, „Mut“ und „Selbstannahme“ genannt.

Alle Gruppen wurden mit ihren Begriffen eingeladen, innerhalb einer Improvisation den Prozess: „Von der Scham zum Stolz/zur Souveränität/zum Mut/zur Selbstannahme“ zu tanzen. Jede TN für sich, aber im Verbund mit den drei anderen der ausgewiesenen Vierergruppen – ohne sich angleichen oder anpassen zu müssen, aber zueinander im Kontakt verbunden. Anschließend wurden die kurzen Sequenzen der einzelnen Gruppen von der Großgruppe bezeugt und mit Applaus gewürdigt. Es war viel Aufrichtung, körperliche Verbreiterung und Klarheit in der Verwendung der Antriebe und Form zu sehen.

An dieser Stelle wurde in der Reflexion darauf hingewiesen, dass diese Arbeitsschritte sich an dem klinischen Rahmen orientieren, der primär eine Stabilisierung der Klienten zum Ziel hat. Wenn es die Möglichkeit für vertiefende, psychodynamische Arbeitsweise gibt (vielleicht auch im Einzelsetting), wird ein dritter Arbeitsschritt vorgeschlagen.

3. Verstehen, dass Erfahrungen von Beschäm-Worden-Sein wahrscheinlich erlebt wurden

Bei dieser Intervention wurden die TN dazu angeregt zu überlegen, eine Situation des „Beschäm-Worden-Seins“ zu erinnern und zugehörige Befindlichkeiten nonverbal in Bewegung zu übertragen. Ergänzend wurde gebeten, ein Tuch zu wählen, das nun eine eher unangenehme Farbe aufweist. Das Tuch solle symbolisch diese Erfahrung der Beschämung sowie die internalisierte Entwertung darstellen und – ich zitiere – „wie ein zu enger Kokon um den ganzen Körper gelegt werden, der in Zeitlupe abgestreift werden könne“.

In dieser Sequenz geht es um die Bewusstwerdung von Demütigung und Entwertung, welche oft ein Gefühl von Scham nach sich zieht. Aufgrund der

symbolischen Externalisierung durch das Tuch gibt es Möglichkeiten, sich von der Entwertung durch andere zu distanzieren und einen interaktiven Umgang mit dieser Dynamik zu gestalten.

In der Feedbackrunde beschrieben TN, dass es auf eine spielerische Art und Weise möglich war, Ärger und Wut an das „Tuch“, als Beschämer*in zum Ausdruck zu bringen. Lustvoll Distanz und Loslösung zu erproben und mit Leichtigkeit und Freude, Handlungsfähig mit und gegen die Beschämung lebendig werden zu lassen.



Dank an die Studierenden für die Nachstellung der Bewegungsbeispiele.

Zum Ende dieses Workshops wurde kurz auf die Übertragungs- und Gegenübertragungs-dynamiken eingegangen, die wir ggfs. im Kontakt mit Klient*innen beim Thema Scham erleben. Eine Partner*innenübung mit den Rollen von Klient*in und Therapeut*in wurde initiiert, in der die Klient*in für einige Minuten Haltungen, Gesten und Bewegungssequenzen von Schamhaftigkeit zum Ausdruck brachte. Die Therapeut*innen sollten nur über Spiegelungen der Klient*innenbewegungen nachspüren, welche Emotionen in ihnen spürbar wurden. Im Körper der Therapeut*innen konnten damit mögliche Internalisierungen der Klient*innen – Therapeut*innen - Interaktionen erlebt werden.

Es wurden „Genervtheit“ und „Wut“ benannt, die nach dem Konzept von H. Racker (1988) als „komplementäre Gegenübertragung“ gedeutet werden könnten (identifikatorische Momente mit dem internalisierten Objekt der Klient*in). Es wurden außerdem „ausufernde Sorge“ und „Betroffenheit“ erlebt, die als „konkordante Gegenübertragung“ gelten könnten (Identifikation mit den Ich-Strukturen der Klient*in). Andere Beispiele könnten sich daraus ergeben, dass wir im Kontakt mit Klient*innen beim Thema Scham übervorsichtig oder ungeduldig-fordernd werden.

Die Autorin erläuterte kurz das Konzept von H. Racker (1988), welches uns Hilfestellung im Verständnis dieser Dynamik liefert und darüber hinaus auf die Dimension der „neurotischen Gegenübertragung“ hinweist. Hier kommen Therapeut*innen durch die Themen und Handlungsweisen der Klient*innen mit ihren eigenen, noch unverarbeiteten und nicht integrierten Anteilen zum Thema Scham in Kontakt.

In diesem Zusammenhang wurde zum Abschluss von der Autorin explizit auf die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) hingewiesen, die in der III. Konflikt-Achse im „Selbstwert-Konflikt“, explizit die Scham als ein zentrales Gefühl benennt.

OPD-2 III. Konflikt - Achse (in Anlehnung an: Arbeitskreis OPD, 2009)

Konflikt

Selbstwertkonflikt.

Inhalt/beobachtbares Verhalten

übermäßig starke Anstrengungen zur Regulierung des Selbstwertes. Wiederholter resignativer Rückzug mit Selbstabwertung vs Überbewertung der eigenen Person und Abwertung anderer Wertlosigkeit.

Leitaffekt

Scham / Selbstentwertung vs narzistische Wut.

Gegenübertragung

Geschmeichelt-Fühlen / Bestätigen-Müssen der Bewunderung vs. Vorsicht / Rechtfertigungsimpulse / Kränkung / Ärger.

Die OPD gibt einen guten Überblick und eine Zusammenfassung der bearbeiteten Dynamiken in Bezug auf zu beobachtendes Verhalten, die Leitaffekte und mögliche Gegenübertragungsdynamiken zum Thema „Scham“.

Herzlichen Dank an alle Workshop-Teilnehmenden für ihre interessierte und lebendige Teilnahme, für ihre Fragen und Ergänzungen.

Literatur:

Arbeitskreis OPD. (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.

- Bauer, A. u.a. (2012). Grundwissen Pädagogische Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bender, S. (2007). Die psychophysische Bedeutung der Bewegung. Berlin: Logos.
- Elias, N. (1982). Über den Prozess der Zivilisation. Frankfurt: Suhrkamp.
- Erikson, E.H. (1995). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kestenberg-Amighi, J. u.a. (1998). The Meaning of Movement. New York: Gordon & Breach.
- Pernlochner-Kügler, C. (2004). Körperscham und Ekel - wesentliche menschliche Gefühle. Berlin: LIT.
- Racker, H. (1988). Übertragung und Gegenübertragung. München: Ernst Reinhard.
- Romer, G. (1993). Choreographie der haltenden Umwelt: Die frühe Mutter-Kind-Beziehung in Bewegungsmustern. In K. Hörmann: Tanztherapie (S. 33-56). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Wurmser, L. (2003). Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Berlin: Springer.

Innere Anteile in der Musiktherapie anhand des Phänomens Scham

Workshopleitung & Autor: Tobias Kranz



Tobias Kranz, Foto: privat

In dem praxisorientierten Workshop wurde eine Verknüpfung erstellt zwischen dem Affekt der Scham, der Ego-State-Therapie sowie Ego-State-basierter Musiktherapie.

Aspekte der Scham als Gefühl

Nachfolgend werden einige Aspekte der Scham beleuchtet, vertiefend sei auf die Vortragsbeiträge dieser Tagungsdokumentation hingewiesen.

Scham ist eine autonome Reaktion des Körpers und damit ein Primärgefühl (Zanotta 2023). Das Gefühl sagt etwas über die Qualität der Beziehung zu mir selbst und zum Gegenüber aus (Weinblatt 2016, S.96). „Die Macht der Scham kommt aus der Erfahrung, dass die Abstimmung mit der Bezugsperson lebenserhaltend ist“ (Tiedemann 2013, S. 42). Der Gesichtssinn spielt in der Art des Blickes dabei eine wesentliche Rolle, auch in dem Sinn, den Blick des anderen in sich selbst zu empfinden. Scham schützt die Integrität des Selbst (Hell 2020), grenzt ab und führt zu innerer Reorganisation (Tiedemann 2013). In der Funktion als Sensor weist Scham auf einen Mangel bzw. Probleme in der Selbstdarstellung oder Selbstwahrnehmung hin. Damit ist Scham nicht schädlich,

enthält aber eine unangenehme Botschaft (Hell 2020, S. 205). Der Affekt ist entwicklungs- und identitätsfördernd, unterstützt dadurch Selbsterkenntnis (Mars 2021). In der selbstreflexiven Komponente unterscheidet sich Scham von anderen Basiseemotionen (Hell 2020). Wirken kann sie nur, wenn die Beziehung stabil ist: Ein innerer Leitsatz dürfte nicht lauten „ich bin falsch“, sondern „das, was ich tue, ist falsch“. Wenn diese innere Verbalisierung nicht gelingt, wirkt Scham pathologisch, führt zu Selbstentwertung und Selbstbeschämung. Sie ist in ihrer pathologischen Form ein Indikator der Beziehung zu den frühen Bezugspersonen (Tiedemann 2013, S. 102).

Zanotta weist auf die Verbindung von Scham und Trauma hin. Traumatische Scham „ist das schmerzhafteste, das vernichtendste und pathologisierendste aller Gefühle“ (Zanotta 2019, S. 181). Scham ist zudem paradox. Im Gefühl der Scham steckt der Wunsch nach Rückzug und auch nach Bindung (Tiedemann 2013). „Je mehr Scham wir empfinden, umso mehr brauchen wir andere Menschen, aber umso weniger können wir dies zugeben“ (Weinblatt 2016, S. 11). Das Schamgefühl ist sozialer Kleber und beinhaltet das Gefühl existentieller Vernichtung (Zanotta 2023). Strehlow weist zudem auf ein Schamdilemma hin: Im Wunsch nach Versorgung trotz Beschämung müssen eigene Grenzen verraten werden (Strehlow 2012). In Therapie zu gehen ist per se schambesetzt. Zanotta zitiert Peter Levine: „Scham ist der 500-600 Kilogramm schwere Gorilla, der in der Therapie mit im Raum sitzt“ (Zanotta 2023).

Hell weist zudem auf den Unterschied zwischen persönlicher und sozialer Scham hin. Letztere beinhaltet die Bereiche Person, Körper und sozialer Status. Diese Form der Scham aufzulösen, setzt eine Auseinandersetzung mit der inneren Diskrepanz zu gesellschaftlich übernommenen Werten voraus. „Deshalb sind soziale Sanktionsmaßnahmen auch so wirksam: Sie benutzen das Anerkennungsbedürfnis der Menschen, um soziokulturelle Werte durchzusetzen, und

lösen soziale Scham aus, wenn solchen Werten nicht entsprochen wird“ (Hell 2020, S. 148).

Begriffsdifferenzierungen

Beschämungen können Erniedrigungen, Beziehungsabbrüche, Bloßstellungen und Übergriffe sein, Folge sind Selbstbeschämungen. „Während ein sich schämender Mensch um seine eigene Achtung ringt, missachtet eine beschämende Person die Würde eines anderen Menschen“ (Hell 2020, S. 79). Zanotta weist auf die Notwendigkeit der Differenzierung von Scham und Beschämung im therapeutischen Prozess hin.

Kränkung ist besser aushaltbar als das Gefühl der Scham und oft die erste Reaktion auf Beschämung. Das Zeigen von Wut ist in dem Zusammenhang der Versuch, das Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten. Bleibt es beim Gefühl der Kränkung, findet keine Selbstevaluation statt, die Orientierung liegt im Außen, die Fähigkeit für Empathie, auch im Gegenüber, lässt nach. Aus dieser Spirale können sich narzisstische Pathologien entwickeln (Tiedemann 2013; Hell 2020). „Von der Tatsache, dass heute viele Menschen beschämt und verunsichert sind, profitieren populistische Bewegungen. Sie bieten seelisch verletzten und erniedrigten Menschen die Möglichkeit, ihre eigene Kränkung an Sündenböcken abzureagieren und von der hausgemachten Beschämung abzusehen“ (Hell 2020, S. 237).

Im Gegensatz zu anderen Autor*innen weist Hell auf die schwere Abgrenzbarkeit von Scham und Schuld auch auf neurologischer Ebene hin. Er sieht den Unterschied eher in der Selbstevaluation. Bei Schuld ist sie auf Selbstverantwortung, bei Scham auf Selbstachtung ausgerichtet (ebd. 114).

Schande ist eher etwas Äußerliches und Sozial-Determiniertes. Hell weist im ersten Kapitel seines Buches auf die Veränderung des Verständnisses von Scham durch die Jahrhunderte hin von Scham und Schande (griechisch-römische Zeit) zu Scham und Schuld (jüdisch-christlich geprägte Zeit), was aus der interpretierenden Übersetzung der hebräischen Texte der Bibel resultiert. Marks weist noch auf einen anderen Aspekt hin: „Besonders kritisch ist die Situation von Flüchtlingsfrauen aus Kulturen mit einem archaisch-patriarchalischen Schande-Ehre-Kodex, in denen es undenkbar ist, dass eine vergewaltigte Frau mit ihrem

Mann oder ihrer Familie über die erfahrenen Intimitätsverletzung spricht“ (Marks 2021, S. 26).

Ego-State-Therapie

Die Ego-State-Therapie (EST) ist ein Modell zur Arbeit mit inneren Anteilen, welches von Helen H. und John G. Watkins (Watkins und Watkins 2019) entwickelt wurde. In der Weiterentwicklung vertritt Kai Fritzsche (Fritzsche 2018) einen integrierenden Ansatz, Silvia Zanotta (Zanotta 2019) verbindet in Nachfolge von Maggie Phillips EST mit der körperorientierten Traumatherapiemethodik des Somatic Experiencing von Peter Levine. Die Anteile, Ego-States, entwickeln sich zum Schutz und zur Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse. Fritzsche bezieht sich dabei auf Klaus Grawe (Fritzsche 2018, S. 38ff). Sie entstehen durch normale Differenzierung, Introjektion und Traumatisierung. Zudem werden sie von Fritzsche anhand ihrer Funktion und Rolle in traumatisierte, destruktiv wirkend bewältigende sowie ressourcenvolle Ego-States unterteilt. Sie haben eigene Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und eine eigene Beziehung zum Körper (Frederick 2007, S. 28). Die Steuerung hat die Gesamtperson, es gibt keine innere Steuerungseinheit wie in anderen Modellen zur Arbeit mit inneren Anteilen. Genauerer hierzu findet sich auch bei Kranz (Kranz 2024).

Scham in der Ego-State-Therapie

„Die Scham ereignet sich zwischen zwei oder mehr Menschen und zugleich zwischen den Anteilen des Selbst“ (Tiedemann 2013, S. 32). Auf Basis der Überlebensnotwendigkeit von Beziehung trotz chronischer Beschämung entwickelt sich eine innere Differenzierung in beschämte (verletzte) und beschämende (destruktiv wirkend bewältigende) Anteile. Wenn die Lösungsstrategie letzterer ins Dysfunktionale kippt, entstehen Symptome und daraus Leidensdruck, der wiederum zum Wunsch nach therapeutischer Hilfe führt. In der Therapie gilt es, die Anteile zu differenzieren – auch Tiedemann weist darauf hin – sowie Mitgefühl und Verständnis für sie und ihre Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Ego-States benötigen eine korrigierende Erfahrung auf der inneren Bühne (auf Basis der therapeutischen Bindung und Beziehung), um sich verändern zu können und besser integriert zu werden. Auf der äußeren therapeutischen Beziehungsebene wird dafür Koregulation benötigt (Zanotta 2023). Marks formuliert, es gehe darum, sich



Teilnehmende am Workshop „Innere Anteile“

selbst zu geben, was man nicht bekommen habe, nämlich Anerkennung, Schutz, Integrität, Zugehörigkeit sowie sich selbst zu trösten (Marks 2021, S. 185-186).

Die Erarbeitung und Stärkung der Gegenpole von Scham sind ein weiteres Element. Dazu gehören Würde, Stolz, Freude und Triumph. „So kann der Würdeteil dem damals beschämten Anteil erklären, dass es vorbei geht, dass die anderen ihn beschämt haben, dass diese Scham nicht zu ihm gehört, oder sogar, dass er stolz ist auf ihn, auf sein Durchhaltevermögen“ (Zanotta 2019, S. 188). Die Kommunikation zwischen diesen Anteilen ermöglicht Integration und Neuorientierung (ebd., 192). Zanotta nutzt für die Arbeit mit den Gegenpolen den äußeren Raum im Sinne einer Externalisierung, was als 3D-Technik bezeichnet wird, um dadurch Distanzierung und Handlungsspielraum zu ermöglichen. Auch der Ansatz von Tiedemann unterstützt das Vorgehen von Zanotta. „Das eigentliche Ziel einer Schambehandlung kann daher nur über die Veränderung des Introjekts durch den Prozess der therapeutischen Beziehung vonstattengehen“ (Tiedemann 2013, S. 115). Der Umgang mit Scham ist einer der wichtigsten Faktoren für Erfolg oder Misserfolg einer Psychotherapie (Hell 2020, S. 197).

Mehrere Autor*innen weisen auf die Notwendigkeit der Bearbeitung eigener Schamthemen, die Entwicklung von Schamtoleranz sowie die Beachtung der feinen Signale in der Gegenübertragung hin, da Scham sich eher unterschwellig zeigt, im Sinne einer beobachtenden Anteilnahme (Strehlow 2012; Hell 2020; Marks 2021). Es geht darum, das Gefühl ernst zu nehmen und zu halten sowie die zugrundeliegenden Bedürfnisse anzuerkennen (Marks 2021). Eine zu große Betonung des Mitgefühls könne hingegen erneute Beschämung, Angst und Immobilität auslösen. In diesem Falle ist die Differenzierung zwischen dem verletzten Anteil und der Gesamtperson notwendig (Zanotta 2019, S. 177).

Ego-State-basierte Musiktherapie

Die zentrale Forschungsfrage meiner Promotion heißt: Inwiefern kann Ego-State-basierte Musiktherapie die bisherige musiktherapeutische Depressionsbehandlung im psychotherapeutisch-klinischen Setting ergänzen? Die Arbeit gliedert sich in die drei Abschnitte: Konzeptentwicklung, Erprobungsphase und Machbarkeitsstudie (Kranz 2023). Erste Ergebnisse wurden im Rahmen des Workshops vorgestellt und angewendet.

Instrumente können als Stellvertreter für Anteile fungieren – im Sinne einer Externalisierung (Rose und Bossinger 2004). Dadurch werden die Symbol-, Erlebens- und Handlungsebenen angesprochen und Distanzierung ermöglicht. Die Musik kann im Sinne einer Affektbrücke als Musikbrücke fungieren, um Kontakt mit dem zugehörigen Anteil zu ermöglichen. In der musikalischen Interaktion können die Rollen getauscht werden, Gleichzeitigkeit entsteht. Das musiktherapeutische Interventionsinventar kann angepasst eingesetzt werden. Hierzu zählen unter anderem das Für-Spiel, dialogische Spielformen, klingende Systeme (Timmermann 2003), Singen, Bodysongs (Baumann und Loda 2023) sowie die Nutzung von Therapieaufnahmen. Eine Fallvignette zu Scham in einer musikalischen Aufstellung findet sich bei Strehlow (Strehlow 2012, S. 248).

Im Workshop wurde eine Gruppenimprovisation zum Phänomen Scham mit anschließender musikalischer Versorgung der aktivierten Anteile sowie eine kurze Live-Demo mit Differenzierung und Externalisierung von Anteilen durch Instrumente anhand eines Fallbeispiels durchgeführt.

Literatur:

- Baumann, M., Loda, U. (2023). Bodysongs - Musik, die in uns lebt. Körpermusik als Embodiment in therapeutischer Praxis (1. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego-State-Therapie. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie* (1+2), S. 5-100.
- Fritzsche, K. (2018). *Praxis der Ego-State-Therapie* (3. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hell, D. (2020). *Lob der Scham. Nur wer sich achtet, kann sich schämen* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Gießen: Psychosozial.
- Kranz, T. (2023). Ego-State-basierte Musiktherapie bei Depressionen. *Musiktherapeutische Umschau* 44 (2), S. 145–147.
- Kranz, T. (2024). Dissonanz, Polyphonie oder Harmonie? — Innere Anteile, innere Systeme. In A. Wölfl (Hrsg.), *Die systemische Perspektive in der Musiktherapie*. 31. Musiktherapietagung am Freien Musikzentrum München e.V. (S. 99-108). Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Marks, S. (2021). *Scham - die tabuisierte Emotion* (Vollständig überarbeitete Neuausgabe der 8. Auflage). Ostfildern: Patmos.
- Rose, J.-P., Bossinger, W. (2004). Musiktherapeutische Lösungsschlüssel. Welche Schlüssel öffnen Türen in Lösungsräume der hypnosystemischen Einzeltherapie? In A. Zeuch, M. Hänsel & H. Jungaberle (Hrsg.), *Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen* (1. Auflage) (S. 65–89). Heidelberg: Carl-Auer.
- Strehlow, G. (2012). Aspekte der Scham in der Musiktherapie bei sexuellem Missbrauch. *Musiktherapeutische Umschau* 33 (3), S. 243–252.
- Tiedemann, J. (2013). *Scham*. Gießen: Psychosozial.
- Timmermann, T. (2003). *Klingende Systeme. Aufstellungsarbeit und Musiktherapie*. (1. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Watkins, J. G., Watkins, H. H. (2019). *Ego-States - Theorie und Therapie. Ein Handbuch* (4. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Weinblatt, U. (2016). *Die Nähe ist ganz nah! Scham und Verletzungen in Beziehungen überwinden*. Göttingen, Bristol, CT, U.S.A.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zanotta, S. (2019). *Wieder ganz werden. Traumaheilung mit Ego-State-Therapie und Körperwissen* (2. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Zanotta, S. (2023). *Scham, die versteckte Emotion - von Ohnmacht zu Stärke und Triumph mit Ego-State-Therapie und Körperwissen*. Online-Vortrag, 14.10.2023. Hrsg. v. Frauke Niehues. Hypnosalon.

Scham & Selbstentwertung – vom kreativen Umgang mit selbstentwertenden Anteilen in der Musikpsychotherapie

Workshopleitung & Autor: Jochen Satter, Dipl.-Musiktherapeut



Jochen Sattler, Foto: privat

Im folgenden Workshop-Bericht geht es um das heikle Thema Scham und Selbstentwertung und die vielfältigen Möglichkeiten der Musiktherapie in der Arbeit mit den Patient*innen an diesem Thema im psychiatrischen Setting.

Ich arbeite seit knapp 30 Jahren stationsübergreifend im allgemeinpsychiatrischen und tagesklinischen Bereich eines kommunalen Krankenhauses in der Pfalz. In der täglichen musiktherapeutischen Arbeit ist das Thema Scham und Selbstentwertung bei unserer Klientel allgegenwärtig.

Der Zusammenhang zwischen Scham und Selbstentwertung ist offenkundig: Wer sich schämt, fühlt sich schlecht, hat ein niedriges Selbstwertgefühl, entwertet sich. Selbstentwertung schützt vor Scham: Wer sich selbst entwertet, kann nicht mehr beschämt werden (Lammers, 2016, S.124).

Schon beim Einstieg in die Musiktherapie können wir bei unserer Klientel häufig selbstabwertende Anteile beobachten. „Ich bin unmusikalisch“, „ich kann kein Instrument spielen“, „ich will mich mit meiner Unfertigkeit nicht in der Gruppe bloßstellen“ ... All dies sind vertraute Äußerungen und Haltungen psychiatrischer Patient*innen, deren Krankheitsursachen häufig schon in biografisch frühem Scham- und Schulterleben zu suchen sind (Lammers, 2017, S.10).

Ein für mich bedeutsames Musikinstrument, das sich besonders gut zur Reflexion von als schwierig erlebten Affekten sowie inter- und intrapersonellen Beziehungsgestaltungsmustern eignet, ist die Tischtrommel. Das Gemeinschaftsinstrument initiiert einen intensiven kollektiven Bezugsrahmen – eine große Einladung, taktill, visuell und akustisch mit sich selbst und den anderen in Kontakt zu kommen.

Die Tischtrommel in meiner Praxis hat einen Durchmesser von 110 cm. An ihr können aufgrund der Größe 9 bis 10 Teilnehmer*innen Platz nehmen. Im Workshop stand überraschend nur ein deutlich kleineres Instrument zur Verfügung, was den erlebnisorientierten Teil des Seminars leider einschränkte.

Einstiegsübung

Die Einstiegsübung sollte veranschaulichen, dass sich mithilfe der Tischtrommel rasch ein umfassender Erlaubnisrahmen herstellen lässt: Nonverbal wurden die zuvor in der Gruppe geäußerten o.g. Insuffizienzempfindungen musikalisch artikuliert, zum Beispiel durch ein rhythmisches Wiederholen von Zitaten, die Patientinnen und Patienten, mutmaßlich aus Gründen der Abwehr, kreierte hatten. Jede Silbe wurde durch einen Trommelschlag auf der gemeinsam bespielten Tischtrommel unterlegt – so ergab sich ein vielfältiges Rhythmusgeflecht, das offensichtlich auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops auf mehreren Ebenen in Bewegung bringen konnte:

**So ein Quatsch
mir reicht ´s
aufhör ´n, bitte aufhör ´n
ich bin so fürchterlich un-musi-kalisch
Kinderkram, Kinderkram,
so ein blöder Kinderkram**

Nicht allen Patient*innen hilft dieser Zugangsweg – manche psychiatrischen Patient*innen haben vor dem Hintergrund von traumatischen Lebensereignissen eine große Hemmung, auf eine Trommel zu schlagen. Dies sollte, gerade im Zusammenhang mit selbstabwertenden Äußerungen, unbedingt berücksichtigt werden.

Traumatische Lebensereignisse spielen bei der Behandlung psychisch kranker Menschen eine vermutlich deutlich bedeutsamere Rolle als bisher angenommen.

Dies können u.a. die folgenden Störungen sein:
Traumaassoziierte Störungsbilder in der psychiatrischen Behandlung
(Drebes, 2013, Folie 2)

- Akute Belastungsreaktion (F43.0)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Anpassungsstörung (F43.2)
- Dissoziative Störungen (F44.0-9)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)
- Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen (F60.3)
- Depressive Störungen (F32.1,2)
- Schizophrenie (F20-29)
- Komorbide Störungen:
Somatisierungsstörungen, Essstörungen,
Schlafstörungen, Angst- und Zwangsstörungen

Reflektiert man das Phänomen „Selbstentwertung“ vor dem Hintergrund verschiedener psychotherapeutischer Methoden, so wird deutlich, dass Scham und Selbstabwertung ein zentraler Beobachtungsgegenstand der meisten Psychotherapieschulen sind:

„Selbstentwertung“ im Spiegel einiger psychotherapeutischer Schulen

- 1.) Psychoanalyse** (nach Ringel, 1997)
- Destrudo, Motor des Todestriebes, versus Libido, Motor des Lebens
 - Biografisch frühe dysfunktionale Erfahrungskom-

plexe rufen interne und externe Verarbeitungsmuster hervor, die in Symptomen wie z.B. selbstschädigendem Verhalten münden können.

- Strenge und rigide Über-Ich-Strukturen steuern das Verhalten der Betroffenen, die sich davon eingengt erleben. Etabliert sich dieses System, können dadurch schwerste Neurosen bis hin zu Suizidimpulsen hervorgerufen werden.

**2.) Kognitive Verhaltenstherapie:
Vier Grundkategorien von – in selbstschädigendem Sinne – irrationalen Überzeugungen,**

(nach Wilken, 1998)

- Absolute Forderungen (Muss-Gedanken)
- Globale negative Selbst- und Fremdbewertungen:
„Ich bin nichts wert“
- Katastrophendenken
- Niedrige Frustrationstoleranz

3.) Transaktionsanalyse (nach Berne, 2006)

- Destruktive Selbstkritik ist Bestandteil einer intrapersonellen Auseinandersetzung, bei der das kritische Eltern-Ich als Bewertungsmuster in eine aktuelle Lebenssituation eingreift (Friedrich, 2003, S.11-12).
- Verinnerlichte Glaubenssätze, die als Antreiber Überforderungserleben und damit Gefühle der Unzulänglichkeit mit damit verbundener Selbstabwertung hervorrufen können. (Friedrich, 2003, S.11-12).

„Sei stark!“

„Sei perfekt!“

„Mach es allen recht!“

„Beeil dich!“

„Streng dich an!“



Versager!

4.) Systemische Ansätze – Konzept der „inneren Pluralität“ (nach Schwarz, R.D.)

Bei Traumatisierungen tritt häufig die Ausbildung eines Drei-Gruppen-Systems innerhalb einer Person auf:

- Manager: Die Aufgaben sind Schutz und Kontrolle, um möglichst viel Sicherheit aufrechtzuerhalten. Hauptfunktion der Manager: Die Abwehr oder Ablenkung von innerer Furcht, Scham, Schuld, Trauer, kindlicher Wut, Bedürftigkeit, Einsamkeit und Verzweiflung.
- Rollen der Manager: Kontrolleur, Richter, Perfektionist, opferbereiter Sorgender, Unauffälliger, Terrorist (machtbesessen, sadistische Neigungen) – „Macht ist besser als Ohnmacht“ (Friedrich, 2003, S.13).

- Exiles – verbannte Anteile: Das sind die sensibelsten Anteile des Systems; sie werden bei Traumatisierung zum Schutz des Systems durch die o.g. Manager weggesperrt; es kommt zur Verinnerlichung des (z. B. bei Missbrauch) früheren verleugnenden Familiensystems.
- Bei zu starker Unterdrückung der Exiles durch die Manager kann dies eine innere Aufruhr provozieren. Dies äußert sich u.a. durch: Flashbacks, Albträume, plötzliche Schmerzen.... Die verzweifelte Suche nach Rettern lenkt die Betroffenen häufig in die Arme neuer Peiniger und die Tragödie beginnt von vorn. (Friedrich, 2003, S.13)
- Firefighter – Notfallaktivisten: Diese Anteile versuchen, die Gefühle der Verbannten zu bändigen, treten in Aktion, wenn die Manager überfordert sind, Auftrag: Gefühle und Bedürfnisse der Exiles müssen ausgelöscht werden. Dazu dienen destruktive Strategien wie Selbstverletzungen, Bulimie, Suchtverhalten, Suizidalität und Promiskuität (Friedrich, 2003, S.13).

Im weiteren Workshopverlauf befassten wir uns mit den möglichen Auswirkungen von verschiedenen Selbstentwertungsmustern einzelner Patient*innen auf die Gruppendynamik. Im Folgenden zeige ich einige Phänomene auf, die die Progression im Gruppenprozess enorm hemmen können und denen ich in diesem Zusammenhang immer wieder begegne:

- Ein plötzlich kollektiv sich einstellendes Gefühl von Schwere
- Sprachlosigkeit
- Denkhemmungen
- Bauchschmerzen und andere Körpersymptome bei einzelnen Teilnehmenden
- Starke Schuld- und Schamempfindungen bei manchen Patient*innen, für solche in der Gruppe auftretende Symptome verantwortlich zu sein

Wie kann man diesen Phänomenen begegnen?

Ein Verfahren, mit dem ich seit langem arbeite und dass ich im Laufe der Jahre immer weiterentwickeln und ausdifferenzieren konnte, ist die Tischtrommelkonferenz. Diese wurde im weiteren Workshop-Verlauf als hilfreiche Methode vorgestellt, solchen o.g. Phänomenen einen kreativen Ausdrucks- wie auch Bearbeitungsrahmen zu verleihen.

Die Methode der Tischtrommelkonferenz

Zunächst einige Informationen zu diesem speziellen Verfahren:



Workshopteilnehmende

Die große Tischtrommel bietet den Teilnehmenden der Trommelkonferenz eine spannende Begegnungsebene: Sie kommunizieren primär mit der Sprache der Trommel. Das macht nicht nur ungeheuren Spaß, zugleich bildet sich darüber hinaus akustisch einerseits die aktuelle Beziehungsstruktur der Trommelgemeinschaft ab, andererseits aber auch eine projizierte Konferenz innerer Anteile. Daraus ergibt sich eine Vielzahl an spielerischen Zugangswegen zu schambesetzten Themen und zu schlecht integrierten oder dissoziierten Persönlichkeitsanteilen.

Das Verfahren wird seit 25 Jahren im stationären musikpsychotherapeutischen Setting der Klinik im Metznerpark/Stadtklinik Frankenthal eingesetzt und hat sich – auch bei der Behandlung von Patient*innen mit ausgeprägten selbstentwertenden Anteilen – sehr gut bewährt. (Sattler, 2023)

Die Tischtrommelkonferenz

- arbeitet schwerpunktmäßig mit systemischen/hypnosystemischen Strategien;
- lädt die Klienten in erster Linie dazu ein, neue Perspektiven auf ihre Beziehungsgestaltungsmuster (in inneren und äußeren Konferenzen) zu entwickeln, Modifizierungsmöglichkeiten praktisch zu erproben und mit allen Sinnen (auch auf körperlicher Ebene) zu erleben;
- transformiert hochproblematisch konnotierte Systemkonstellationen in einen spielerischen Kontext – Problemlösungen können selbst entdeckt und affektiv integriert werden.
- In der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Patient*innen mit ausgeprägten

selbstentwertenden inneren Anteilen werden von verschiedenen Autor*innen (Drebes, 2013, S. 10) die in den folgenden Abschnitten behandelten Zielsetzungen als bedeutsam beschrieben. Diese lassen sich, meiner Erfahrung nach, im Rahmen der Tischtrommelkonferenz besonders gut verfolgen. Im Workshop wurde dies anhand einiger weiterer praktischer Übungen veranschaulicht.

Zielsetzungen in der Gruppentherapie mit Patient*innen mit ausgeprägten selbstentwertenden Anteilen:

1.) Positive Beziehungserfahrung und Vertrauensbildung in der Gruppe herstellen, durch wechselseitige Ermutigung, Toleranz und Respekt



Workshopteilnehmende



Hier zeigen sich (u. a.)

- die vernetzende Funktion der Musik (Gutschick, 2017, S.46/47),
- das Evozieren von Spielfreude,
- die Ich-Stärkung und
- integrative Prozesse.

Vorgehensweisen an der Tischtrommel sind, neben der anfangs beschriebenen Einstiegsübung, Übungen wie „wanderndes Duo“, „Führen und Folgen“ oder auch das – beim gemeinsamen Trommeln – „Hüpfen-Lassen“ von Gegenständen (Federn, Tischtennisball, Würfel...) auf dem vibrierenden Trommelfell. Das „Hüpfen-Lassen“ evoziert erfahrungsgemäß Spielfreude und eine starke Erfahrung, gemeinschaftlich wirken zu können.

Bei einer weiteren Übung kann die entstandene Beziehungsdichte sehr gut verbildlicht werden: Ein roter Wollfaden, der nach dem Trommeln zwischen den Teilnehmer*innen wie ein Geflecht über den Tisch gespannt wird, macht das Beziehungsgeflecht auch optisch sichtbar.

2.) Sensibilisierung für Körperwahrnehmungen und -Signale einräumen

Die Tischtrommel bietet den Teilnehmenden einer Tischtrommelkonferenz eine Vielzahl von Möglichkeiten an, Körperwahrnehmungsprozesse zu aktivieren. Beispiele sind:

- Welche Körperbereiche wurden beim Trommeln angenehm/unangenehm angesprochen?
- Welche Veränderungen in der Körperwahrnehmung konnten im Verlauf der Sitzung wahrgenommen werden?
- Wie würde mein Bauch/ mein Herz ... in Bezug auf das aktuelle Thema trommeln?
- Welcher Körperbereich benötigt gerade besonders viel Schutz?

3.) Schutzräume erschließen

Eine besondere Form der Erfahrung von Schutz im Rahmen der Tischtrommelkonferenz: Ein*e Patient*in kann unter der Tischtrommel Platz nehmen und bespielt werden.



Ein*e Patient*in kann unter der Tischtrommel Platz nehmen und bespielt werden.

4.) Grenzen setzen

Diese bedeutsame Zielsetzung kann an der Tischtrommel ebenfalls mit Hilfe eines roten Fadens verfolgt werden: Jede*r Spieler*in umgrenzt mit dem Faden nach dem Trommeln das Feld auf dem Fell ab, das er*sie glaubt, in Anspruch genommen zu haben. Sehen die anderen das genauso? Bin ich zufrieden mit der Größe meines Spielfeldes? Wie nah darf das Nachbarfeld an mein Terrain herankommen?

5.) Gestaltungsraum für Unausprechliches anbieten



Gestaltungsraum für Unausprechliches



Fantasievolles Fadengewirr

Erneut erweist sich der rote Faden bei dieser Zielsetzung als hilfreiches Werkzeug: Verstummt die Gruppe vor dem Hintergrund einer mutmaßlich beschämenden Situation, gestalten die Teilnehmenden gemeinschaftlich das Wort „Schweigen“ auf die Trommel. Anschließend wird getrommelt und es entsteht ein fantasievolles Fadengewirr. Auf diesem Weg auf eine schützende Symbolebene gelockt, assoziiert die Gruppe zu der entstandenen Gestalt.

Ist die Gruppe – durch eine schwierige Thematik bedingt – gänzlich erstarrt und auch zum Trommeln nicht mehr in der Lage, hat sich ein großes Tischtuch bewährt, das auf die Trommel gelegt wird. Nun kann unter der Decke getrommelt werden, was nicht selten verschwörerisch anmutende Kooperationen zwischen einzelnen Teilnehmenden initiiert. Auf diesem Wege ergeben sich neue „geheime“ Ausdrucksmöglichkeiten.

Alternativ dazu bietet es sich an, auf der Tischdecke zu trommeln. Danach lüften die Spieler*innen an ihrer Trommelstelle das Tuch. Was assoziieren sie zu den Fellmaserungen, die in diesem Bereich für sie sichtbar werden?

6. Innere Pluralität erkennen – Interaktion zwischen den verschiedenen Anteilen ermöglichen



Tischtrommelkonferenz

Die Teilnehmer*innen einer themenfokussierten Tischtrommelkonferenz als mögliche projizierte Anteile einer inneren Konferenz erkennen;

- „Selbstbewertung“ als einen von vielen anderen inneren Anteilen verstehen lernen;
- das gemeinsame Trommeln macht deutlich: Die unterschiedlichen Anteile interagieren miteinander – wichtige integrative Erfahrungen finden statt.



Teilnehmende am Workshop von J. Sattler

7.) Externalisierung und zeitliche Zuordnung sowie die Herstellung einer guten Distanz zu beschämenden, selbstabwertenden Inhalten ermöglichen

Systemische Strukturaufstellungen an der Tischtrommel:



Jochen Sattler mit Teilnehmenden

Eine Vielfalt an verschiedenen Aufstellungsstrategien an der Tischtrommel können dabei helfen, neue Perspektiven auf innere selbstentwertende Anteile zu entwickeln, deren Funktion zu enträtseln und im spielerischen Möglichkeitsraum die Potenziale ursprünglich problematisch konnotierter Systemkomplexe zu erkennen.

Aufgrund des Zeitrahmens und des zu kleinen Workshopinstruments konnten leider nicht alle aufgeführten Beispiele erlebnisnah vermittelt werden. Eine umfassendere Vorstellung der theoretischen Hintergründe war in diesem Rahmen ebenfalls nicht möglich. Dennoch gelang es aus meiner Sicht, transparent zu machen, dass in der musiktherapeutischen Gruppentherapie Kollektivinstrumente wie die Tischtrommel zahlreiche Möglichkeiten bieten, spielerische und kreative Zugangswege zu schambesetzten und selbstentwertenden Anteilen psychiatrischer Klient*innen zu eröffnen.

Literatur:

- Berne, E. (2006). Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie. Eine systematische Individual- und Sozialpsychiatrie. Paderborn: Junfermann.
- Drebes, S. (2023). Die stationäre Behandlung von Traumafolgestörungen mit Psychodynamisch-imaginativer Traumatherapie. URL im Internet: https://api.bptk.de/uploads/20130829_drebes_gute_praxis_ptbs_ae06a41597.pdf.
- Eberhard, S. (2003). Die Tischtrommel-Konferenz - Untersuchung eines musiktherapeutischen Gruppenverfahrens anhand von Fallbeispielen. Unveröffentlichte Dipl. Arbeit an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Freud, S. (1999). Gesammelte Werke, Imago Ausgabe. Frankfurt am Main: Fischer.
- Friedrich, S. (2023). Den inneren Kritiker zum inneren Ratgeber entwickeln. In: Materialien – herausgegeben vom Alumni-Verein. URL im Internet: [Friedrich 2023 DenInnerenKritikerZumInnerenRatgeberEntwickeln.pdf](#). (abgerufen am 6.04.2023,15.00h)
- Gutschick, R. (2017). Fördern Musikrituale das Zugehörigkeitsgefühl.... Unveröffentl. Bachelorarbeit an der SRH-Hochschule Heidelberg.
- Lammers, M. (2017). Mit Schuld, Scham und Methode. Köln: Psychiatrie.
- Lammers, M. (2016). Emotionsbezogene Psychotherapie von Scham und Schuld (S.123). Stuttgart: Schattauer.
- Mithen, S. (2006). The singing Neanderthals. London: Orion Publishing Co.
- Ringel, E. (1997). Selbstschädigung durch Neurose - Psychotherapeutische Wege zur Selbstverwirklichung. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sattler, J. (2023). Homepage URL im Internet <https://www.sattler-musik.de/module.html>. (abgerufen am 24.05.2023,14.00h)
- Schwarz, R.D. (2011). IFS – Das System der inneren Familie: Ein Weg zu mehr Selbstführung. Books on Demand.
- Wilken, B. (1998). Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart/Berlin: Kohlhammer/Urban.
- Bildquelle: Fotos Sattler, J.

Folgende Links im Netz werden empfohlen:

Beier, F. (2023). URL im Internet: <http://docplayer.org/39480092-Die-systemische-tischtrommel-konferenz-beziehungskonstellationen-spielend-analysieren-und-gestalten-f-beier-heidelberg.html>. (abgerufen am 22.03.2023,9.00h)

Die therapeutische Präsenz in der Kunsttherapie: Positionen und Kommunikationswege

Workshopleitung & Autorin: Avgustina Stanoeva



Avgustina Stanoeva, Foto: privat

Einführung

Die Kommunikation auf Bildebene hat in der Kunsttherapie eine signifikante Bedeutung. In der Therapie entstandene Bilder und Objekte sind Vermittler zwischen bewussten und unbewussten Prozessen sowie zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit. Darüber hinaus haben diese eine entscheidende Rolle sowohl für die intrapersonelle als auch für die interpersonelle Kommunikation in der therapeutischen Gruppe. Nicht zuletzt werden sie im kunsttherapeutischen Prozess als ein Teil der Person empfunden und assoziiert (Stanoeva, 2018). Aus diesem Grund betrachten wir Bilder und Objekte, die im therapeutischen Prozess entstehen, als eine Kommunikationsfläche, die den Austausch zwischen Therapeut*in und Patient*in erweitert (Stanoeva, 2022). Diese „Produkte“ der kreativen Schöpfung bieten uns einen tieferen Einblick in die Innenwelt und ermöglichen ein besseres Verständnis des emotionalen Empfindens unseres Gegenübers.

Die therapeutische Präsenz

Im therapeutischen Raum gewinnt die Präsenz des Bildes eine besondere Bedeutung, denn als eine direkte Repräsentation des Ichs erlaubt das Bild Selbstausdruck und Kommunikation selbst dann, wenn die Interaktion in der Gruppe nur eingeschränkt möglich ist (Stanoeva, 2022). Zusätzlich spielen viele andere

Ebenen eine wichtige Rolle in der Kommunikation. Neben der verbalen und nonverbalen Kommunikation beispielsweise nennen einige Autorinnen und Autoren auch das Körpergedächtnis, die Körperempfindungen sowie die Bewegung im Raum (Fuchs, 2003; 2012; Koch, 2014; 2017a; 2017b).

Beim Aufbauen und Vertiefen der Beziehung zu den Klient*innen in der Kunsttherapie zeigen sich die leibliche Präsenz der Therapeut*innen, ihre Authentizität sowie emotionale Resonanz als entscheidend. In diesem Kontext bekommt das sog. response art immer mehr Gewicht in der kunsttherapeutischen Arbeit (Fish, 2006; 2012; 2019; Havsteen-Franklin, 2014; Nash, 2019). Als Facette der therapeutischen Präsenz hat die aktive Beteiligung der Kunsttherapeut*innen auf der nonverbalen Ebene des kreativen Gestaltens eine bestimmte Wirkung auf die Therapie. Die Bilder der Kunsttherapeut*innen, die als Antwort auf das Geschehen in der Therapie entstehen, sind in der Literatur als response art beschrieben, so Fish (2012, S. 138): „Response art is artwork created by art therapists in response to material that arises in their therapy work“. In ihrer Dissertation definiert die Autorin (Fish, 2006, S. 13) response art als: „Art that is made by art therapists to contain, explore, and express clinical work“. Im Kontext der Selbstfürsorge oder der Supervision bieten diese Bilder beispielsweise eine Möglichkeit, die therapeutische Arbeit zu reflektieren (Fish, 2006; 2012; Havsteen-Franklin, 2014). Nicht zuletzt unterstreicht Fish (2006; 2012; 2019) die Bedeutung von response art zum besseren Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung in der Kunsttherapie. Einige Autor*innen, die die aktive Beteiligung der Therapeut*innen im kreativen Prozess untersucht haben, bezeichnen sie auch als joint engagement (Taylor Buck & Havsteen-Franklin, 2013) oder als joint activity (Furneau-Blick, 2019). So schreibt auch Furneau-Blick (2019, S. 169), dass sie aufgrund der gemeinsamen Aktivität ihren Klient*innen auf Augenhöhe begegnen und deren aktuelle emotionale Bedürfnisse erfassen konnte: „By working in this way through a ‘joint activity’, I have

been able to meet my client at her level and on her terms, addressing her emotional needs within the here and now.“ Zudem betont sie, dass die geteilten Erfahrungen im Hier und Jetzt zu mehr Verständnis und Empathie beitragen (ebd.).

Response art im Gruppensetting

Im Rahmen meiner Dissertation untersuche ich die Wirkung meiner künstlerischen Arbeit im Sinne von response art auf den kunsttherapeutischen Gruppenprozess. Die Datenerhebung erfolgt durch Künstlerische Forschung („Artistic Research“), in der das Objekt der Betrachtung die eigenen Bilder der Kunsttherapeutin sind, die im therapeutischen Prozess entstehen. Diese entwickeln sich im klinischen Kontext und werden mittels vier Wegen geschaffen und gesammelt:

A. Mit der Gruppe zusammen arbeiten

gemeinsames oder individuelle Bild(er) (Response art during therapy: Painting together with the group)

B. Mit Patient*in im Einzel zusammen arbeiten

gemeinsames oder individuelle Bild(er) (Response art during therapy: Painting together in individual therapy)

C. Nach der Session zu einem Thema der Therapie arbeiten

(Response art after therapy: Self-care)

D. In der Supervision/Intervision zu einem Thema der Therapie malen

(Response art after therapy: Supervision)

In seinen Ausführungen über response art erläutert auch Nash (2019, S. 1), dass dies Bilder sein könnten, die vor, während oder nach dem Kontakt mit Patient*innen entstanden sind: „The art works that art therapists make as part of their daily clinical practice, either before, during or after seeing clients, is described as ‚clinic artwork‘ or ‚response art‘.“

Im Rahmen der 14. LVR-Fachtagung für Künstlerische Therapien „Keine falsche Scham!“ 2023 wird die Rolle der Kunsttherapeut*in im therapeutischen Setting durch verschiedene Positionen beleuchtet, um die unterschiedlichen Funktionen des therapeutischen Handelns zu erproben. Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten sind nicht nur Beobachtende des Prozesses, sondern aktive Mitgestalter*innen der

Therapie, indem sie verschiedene Haltungen annehmen können: Halten, Tragen, Schützen, Nähren, Unterstützen, Ausdruck verleihen, Transformieren, Veränderung anstoßen, etc.

Im Workshop „Die therapeutische Präsenz in der Kunsttherapie: Positionen und Kommunikationswege“ hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, neue Erfahrungen durch therapeutisches Handeln und Nichthandeln in kleinen Gruppen zu sammeln. Dabei gingen wir inhaltlich nur auf den ersten Punkt – mit der Gruppe zusammen malen – ein. In einer kreativen Phase wurde es den teilnehmenden Kunsttherapeut*innen ermöglicht, eine neue Haltung im therapeutischen Setting auszuprobieren sowie neue Perspektiven auf die eigene Wirksamkeit in der Therapie zu gewinnen. Anschließend konnten die Teilnehmenden ihre Erfahrungen sowohl in der Kleingruppe als auch in der Runde teilen und gemeinsam reflektieren.

Auswirkungen der therapeutischen Präsenz

Die aktive Mitgestaltung des Settings von Kunsttherapeut*innen bestätigt und ermutigt die Patient*innen, sich am gestalterischen Prozess zu beteiligen. Dadurch, dass dieselben kreativen Erfahrungen geteilt werden, wird die Verbindung in der Gruppe auf einer unmittelbaren Ebene erleichtert. Im Gruppengeschehen entsteht eine gegenseitige Spiegelung in den Bildern, die eine lebendige und inspirierende Interaktion zwischen den Teilnehmenden fördert (Stanoeva, 2022). Dies wirkt sich grundsätzlich sehr positiv auf das Veränderungspotenzial der Therapie aus (Havsteen-Franklin & Camarena Altamirano, 2015).

Aus meiner Sicht wirkt sich die aktive Mitgestaltung der Therapeut*innen positiv auf die folgenden drei Bereiche aus: 1. Auf die Beziehung Patient*in - Therapeut*in, 2. Auf die Gruppendynamik sowie 3. Auf den therapeutischen Prozess (Stanoeva, 2022). Im Bereich Prozess reduziert die gemeinsame Gestaltung Angst, Hemmungen und Scham der Patient*innen und fördert Neugier und Experimentierfreude im Umgang mit den künstlerischen Materialien. Die geteilten Erfahrungen im Gruppengeschehen fördern die Entstehung eines gemeinsamen Energiefeldes und erleichtern die Kommunikation und Verbindung zwischen den Teilnehmenden. Hinzu kommt, dass die Patient*innen durch Perspektivwechsel neue Sichtweisen gewinnen sowie Erfahrungen der Selbstwirksamkeit machen können. Im Bereich Beziehung kann

die Mitgestaltung der Therapeut*innen Offenheit und Vertrauen fördern und den Austausch erleichtern. Durch die geteilten kreativen und emotionalen Erfahrungen begegnen sich Therapeut*in und Patient*in in einer wohlwollenden Atmosphäre ohne Hierarchie oder direkte Beobachtung.

Fazit

Die geteilten kreativen Erfahrungen wirken sich nicht nur positiv auf die Klient*innen und auf den Gruppenprozess aus, sondern auch auf die Kunsttherapeut*innen selbst. Die eigene therapeutische Identität in der Arbeit mit Klient*innen zu entwickeln, kann sich als ein langjähriger Prozess gestalten. Response art könnte zu mehr Psychohygiene und Selbstfürsorge der Therapeut*innen verhelfen, besonders, wenn starke Gefühle im Rahmen der Therapie geweckt werden. (Vor allem, wenn sich Therapeut*innen gleich für die nächste Gruppe vorbereiten müssen.) Im klinischen Bereich folgen alle Therapien allein auf die Zeit bezogen in dichter Abfolge. Das ‚Kunst-Machen‘ kann den Therapeut*innen bei der Selbstregulation und Balancefindung helfen, wenn körperlich und mental intensive Affekte auftauchen. Es ist eine Neujustierung durch Kunst, die Resilienz und Selbstfürsorge der Kunsttherapeut*innen fördert und sich als eine Routine entwickeln könnte, um traumatische Erfahrungen in der Psychiatrie rechtzeitig auffangen zu können. Darüber hinaus ermöglicht response art ein besseres Verständnis für die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung im Gruppengeschehen, erleichtert die Kommunikation in der Gruppe, fördert mehr Empathie in der Beziehung und erleichtert die Reflexionsebene in der Supervision.

Literatur:

- Fish, B. J. (2006). Image-based Narrative Inquiry of Response Art in Art therapy (Doctoral Dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. AAT 3228081).
- Fish, B. J. (2012). Response Art: The Art of the Art Therapist. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 29(3), 138-143.
- Fish, B. J. (2019). Response Art in Art Therapy: Historical and Contemporary Overview. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 36(3), 122-132.
- Fuchs, T. (2003). Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. https://www.researchgate.net/publication/255656142_Non-verbale_Kommunikation_Phanomenologische_entwicklungspsychologische_und_therapeutische_Aspekte.
- Fuchs, T. (2012). The phenomenology of body memory. In: Sabine C. Koch, Thomas Fuchs, Michela Summa and Cornelia Müller (Eds.), *Body Memory, Metaphor and Movement* (pp. 9-22). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Furneaux-Blick, S. (2019). Painting Together: How Joint Activity Reinforces the Therapeutic Relationship with a Young Person with Learning Disabilities. *International Journal of Art Therapy*, 24(4), 169-180.
- Havsteen-Franklin, D. (2014). Consensus for Using an Arts-based Response in Art Therapy. *International Journal of Art Therapy* 19(3), 107-113.
- Havsteen-Franklin, D. & Camarena Altamirano, J. (2015). Containing the Uncontainable: Responsive Art Making in Art Therapy as a Method to Facilitate Mentalization. *International Journal of Art Therapy* 20(2), 54-65.
- Nash, G. (2019). Response Art in Art Therapy Practice and Research with a Focus on Reflect Piece Imagery. *International Journal of Art Therapy* 25(2), 1-10.
- Koch, S. C. (2014). Rhythm is it: Effects of Dynamic Body Feedback on Affect and Attitudes. *Frontiers in Psychology*, 5, 537. Doi: 10.3389/fpsyg.2014.00537.
- Koch, S. C. (2017a). Arts and Health. Active Factors and a Therapy Framework of Embodied Aesthetics. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 85-91.
- Koch, S. C. (2017b). Was hilft, was wirkt? Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Tanz- und Bewegungstherapie. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 24(2), 40-53.
- Stanoeva, A. (2018). Bewegung. Verortung. Abgrenzung. Gruppendynamische Prozesse in der Kunsttherapie bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 2018/1, 72-94.
- Stanoeva, A. (2022). The Art is Present? – Neue Kommunikationswege und Präsenz in Zeiten von COVID-19. *Kunst & Therapie*, 2022, 40-58.
- Taylor Buck, E. & Havsteen-Franklin, D. (2013). Connecting with the Image: How Art Psychotherapy Can Help to Reestablish a Sense of Epistemic Trust. *ATOL: Art Therapy Online*, 4(1) 1-24.

Fotocollage / Impressionen



Blick ins Plenum



Einchecken



Mechtild Witte & Eva Golloch vom LVR-Fachforum Künstlerische Therapien



„Come together“ Pause



Interessierte



Moderator Johannes Junker mit Studierenden nach deren Posterpräsentationen.



Gudrun Gorski: ehemaliges Mitglied des LVR-Fachforum Künstlerische Therapien



„Morning mood“: Mechtild Witte & Florian Urbas stimmen die Teilnehmenden musikalisch auf den Tag ein.



Friedhelm Kitzig & Susanne Stephan-Gellrich, beide LVR-Dezernat 8 Klinikverbundzentrale Köln.



Moderator Johannes Junker dankt Studierenden nach deren Posterpräsentationen.



Das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien dankt der LVR-Klinik Viersen für das reichhaltige Catering.





Kein Schulunterricht: Teilnehmende melden sich begeistert.



Studierende bei einer wissenschaftl. Posterpräsentation



LVR-Genseungsbegleitende bereicherten mit ihrer Teilnahme die 14. LVR-FaKT 2023.



Spaß und Freude waren allgegenwärtig.



Scham – eine tanztherapeutische Exploration nach dem Konzept der Schematherapie

Workshopleitung & Autorin: Andrea Du Bois



Andrea Du Bois, Foto: privat

Das Seminar fokussierte sich auf die schematherapeutische Definition von Scham als soziale Emotion, die in der Tanztherapie oft in Bewegungssequenzen auftritt. Scham ist somit ein häufiges Phänomen in der Tanztherapie. Das Phänomen der Scham wird hierbei nicht als Störung erlebt, sondern als Chance verstanden, in der Tanztherapiestunde an inneren Schemata und Strukturen der Patient*innen zu arbeiten.

Die Schematherapie definiert nach Roediger (und Andere) die Emotionen Scham, Schuld und Verachtung als „sekundäre Emotionen [...], die als Reaktion auf Elternverhalten entstanden sind. Sie werden den Bewältigungsmodi zugeordnet. In die sekundären Emotionen gehen sozial vermittelte Bewertungen ein.“ (Institut für Schematherapie Ulm) Patient*innen erzählen meist, dass sie „in der Kindheit Opfer abwertender Äußerungen oder einer sehr demütigenden Behandlung gewesen“ (Jacob u.a., 2011, S. 24) seien. Diese Erfahrung ist so tief in sie eingeschrieben, dass sie in dieses Schema unbewusst „rutschen“, obwohl die gegenwärtige Situation sich oft anders darstellt. Sie reagieren auf das früher Erlebte in der Gegenwart. Dadurch fühlen sie sich trotz des Erwachsenenalters oft unzulänglich, schlecht und minderwertig, was die Scham aktiviert.

Ein Schema ist ein übergeordnetes dysfunktionales Lebensthema oder Muster. Aus den Kernbedürfnissen, die nicht oder mangelhaft in der Kindheit und Jugend erfüllt wurden, entstehen die Schemata. Jeffrey Young, der die Schematherapie auf der Grundlage der Verhaltenstherapie entwickelt hat, „sieht die maladaptiven Schemata als Reaktion auf bzw. Folge von nicht angemessen befriedigten Grundbedürfnissen an“ (Roediger, 2016, S. 78). Die Grundbedürfnisse nach Young (2005, zit. n. Roediger, 2016, S.78) sind:

- sichere Bindung zu anderen Menschen
- Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
- realistische Grenzen gesetzt zu bekommen und selbst die Kontrolle innezuhalten
- Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen ausdrücken zu können
- Spontaneität und Spiel.

Die Schemata sind den nicht erfüllten Grundbedürfnissen zugeordnet. Ist insbesondere das Kernbedürfnis nach Sicherheit und sicherer Bindung mangelhaft erfüllt worden, kann das Schema der Unzulänglichkeit und dadurch Scham entstehen (Roediger, 2016, S. 79).

Wenn sich folglich Menschen in der Tanztherapie zeigen, insbesondere mit neuen, unvertrauten Bewegungen und Übungen, sind sie oft mit ihren inneren strafenden und fordernden Stimmen von früher konfrontiert, z. B. mit Sätzen wie: „Du machst das eh falsch!“ „Du machst dich wie immer lächerlich!“ „Du kriegst nie was hin!“. Somit findet innerlich die frühere Beschämung wieder statt. Dieser bewertende Anteil ist der innere dysfunktionale (Eltern-) Anteil, auch „innerer Kritiker“ genannt. Er ist „gefüllt“ von den dysfunktionalen Sätzen, die in der Kindheit oft zu einem selbst gesagt wurden. Diese Sätze werden dann internalisiert und zu „eigenen“ inneren Sätzen. Damit wird die innere Beschämung immer weitergeführt. „Aus äußerer Kritik wird ein „innerer

Kritiker““ (Elliott, 2000, zit. n. Roediger, 2016, S.52). Das Schema der Unzulänglichkeit und Scham wird aktiviert. Dies geschieht jedoch meist unbewusst, wodurch es unmöglich ist, dagegen zu steuern. Somit ist es eine Chance, wenn das Phänomen der Scham in der Tanztherapie auftritt: So können die inneren dysfunktionalen Sätze für die Teilnehmenden bewusst und damit deutlich und greifbar werden, wodurch die Grundlage geschaffen wird, mit diesen Sätzen bzw. gegen diese zu arbeiten.

Die Patient*innen fühlen sich diesen inneren, in der Tanztherapie aktivierten, Sätzen meist ausgeliefert und finden damit keinen adäquaten Umgang. Sie fühlen sich überfordert, beschämt, erniedrigt. Um das nicht spüren zu müssen, gehen sie unbewusst in einen Bewältigungsmodus, um sich von diesen Gefühlen zu distanzieren und erhalten damit in einem ersten Schritt eine Entlastung. Der Bewältigungsmodus ermöglicht ihnen somit, der innerlichen emotionalen Konfrontation aus dem Weg zu gehen und damit die „aktuell Erfolg versprechendste Lösung zur Spannungsreduktion“ zu wählen (Roediger, 2016, S. 107).

So gehen Patient*innen, die sich in einer Tanztherapiestunde stark schämen und infolgedessen das Gefühl haben, an dieser nicht mehr teilnehmen zu können, in ihre Bewältigungsstrategien vor: sie wollen die Stunde verlassen (Flucht) oder passen sich an (Unterordnung), um nicht aufzufallen, oder machen sich lustig oder gehen in den Vorwurf (Kampf).

Bewältigungsmodi sind alte Strategien, mit denen Kinder und Erwachsene sich an ihre Schemata anpassen und somit versuchen, den inneren Kampf von eigenen Bedürfnissen und Gefühlen gegenüber den Erwartungen der Eltern (früher) oder dem inneren Kritiker (heute) zu umgehen. Die Bewältigungsmodi haben in der Vergangenheit meist geholfen, unangenehme Situationen zu überstehen und teilweise auch zu überleben. Deswegen sind sie ein wertvolles Instrument der Psyche. Befinden sich jedoch Menschen chronisch im Bewältigungsmodus, entstehen klinische Symptome wie z. B. „eine Zwangsstörung als Exzesse eines „zwanghaften Kontrollmodus“, eine Erschöpfungsdepression als Steigerung des Unterordnungs- bzw. Aufopferungsmodus, eine gehemmte Depression als akzentuierter distanzierter Selbst-

schutzmodus und eine Sucht als dekompenzierte Selbstberuhigung“ (Roediger, 2014, S. 63).



Praxisübung im Workshop

Die drei folgenden Bewältigungsmodi sind die natürlichen Reaktionen auf Stress, die auch von Tieren bekannt sind:

Erstarren, Flucht, Kampf

(nach Jacob, 2011, S. 66-71):

Unterwerfung/Unterordnung (Freeze):

Hierin sagt man sich, dass die Aussage des dysfunktionalen Anteils wahr ist und gehorcht ihm, um dadurch z.B. die Erniedrigung nicht mehr in dieser Intensität spüren zu müssen. Hier akzeptiert, erduldet man das Schema als wahr. Das zeigt sich nach außen hin, in dem man sich anderen oder Strukturen unterordnet und eher in sich gekehrt ist, zurückhaltend agiert.

Vermeidung (Flight):

Hierin vermeidet man Situationen, die das Schema aktivieren, d.h. Situationen, die die abwertenden Sätze des dysfunktionalen Anteils, also des inneren Kritikers, aktivieren und innerlich besonders laut werden lassen. Vermeidung kann durch z.B. Substanzgebrauch, Ablenkung oder Selbststimulation stattfinden.

Überkompensation (Fight):

Hierin verhält man sich ganz entgegengesetzt zum dysfunktionalen Anteil. D.h. man tut so, als ob das Schema nicht wahr sei und will damit unbewusst dem Kritiker beweisen, dass es gar nichts Kritikwür-

diges gibt. Über viel Kontrolle, viel Kraftanstrengung, viel übermäßiger Aktivität wird versucht, dem Kritiker entgegenzugehen, z.B. in Form des Manipulierers, des Selbsterhöher, des Angreifers oder des zwanghaften Kontrolleurs.

Alle Bewältigungsmodi sind in sich erfolglos. Sie schaffen zwar für einen Moment das Gefühl, „die Situation im Griff zu haben“; aber die Bewältigungsmodi halten den Fokus auf den inneren Kritiker oder Antreiber und erhalten ihn dadurch. Er wird nicht gestoppt oder entmachtet.

Bezogen auf die Scham können sich die Bewältigungsmodi wie folgt zeigen:

Unterordnung in der Tanztherapie:

Nimmt man in der Scham die abwertenden, strafenden, kritisierenden Stimmen aus dem dysfunktionalen Anteil als wahr an, ordnet man sich dieser Aussage unter und versucht, zumindest so gut wie möglich einer Situation habhaft zu werden. D.h. es wird genau das gemacht, was der*die Tanztherapeut*in erwartet, ohne darauf zu achten, ob die Umsetzung einem selbst liegt. Der/die Patient*in hält die Situation aus und will nur, dass die Stunde schnell endet. Die teilnehmende Person hat als Ziel, nicht aufzufallen, in der Gruppe unterzutauchen und sich bestmöglich anzupassen. Sie*Er ist ein*e „gute*r“ Patient*in.

Vermeidung in der Tanztherapie: Der*die Patient*in versucht die Situation zu vermeiden, in der das Schema Scham aktiviert werden könnte, wodurch die Person beispielsweise nicht in der Tanztherapie erscheint oder andere Vermeidungsstrategien anwendet: Z.B. muss die an der Tanztherapie teilnehmende Person in dem Moment, in dem es in Bewegung geht, auf die Toilette oder Schmerzen treten plötzlich auf, so dass die Person nicht aktiv mitmachen kann; sie muss einen Schluck trinken, um aus der Situation zu gehen oder starrt aus dem Fenster oder im Extrem, dissoziiert die*der Patient*in in der Stunde oder rennt raus.

Überkompensation in der Tanztherapie:

Durch betont selbstsicheres Verhalten wird versucht, dem inneren dysfunktionalen Anteil zu beweisen, in der Tanztherapie doch mitmachen zu können, auch wenn sich innerlich alles sträubt oder es wird versucht, sich z. B. lustig über die Tanztherapie zu machen und diese abzuwerten. Dadurch erhöhen sie sich über die Tanztherapie und die*den Tanz-

therapeut*in, wodurch sie sich gegen das Gefühl, sich klein und unfähig zu fühlen, entgegen stellen (Selbsterhöher). Eine andere Strategie: Teilnehmende provozieren in der Stunde („Angreifer“) oder „spielen den Clown“ („Aufmerksamkeitssucher“).

In der konkreten Situation der Tanztherapiestunde wird deutlich, dass mit dem Verhalten auf den dysfunktionalen Anteil reagiert wird, ohne diesen zu verringern. Der*die Patient*in nimmt nicht wahr, wie es ihm*ihr wirklich geht, was er*sie fühlt und welche Unterstützung er*sie eigentlich in der Situation braucht. Ziel ist es, mit dem*der Patient*in an seine*ihre Gefühle und Bedürfnisse in der Situation zu kommen. Dadurch hat er*sie dann eine Möglichkeit, auf eine guten Art und Weise für sich zu sorgen und mit der Situation anders umzugehen. Das gelingt in der Schematherapie, in dem der Fokus auf den Kind-Anteil gelegt wird, dem Gefühl hinter dem Bewältigungsmodus. Die Patient*innen werden aufgefordert, in sich zu hören, sich zu spüren, Kontakt zu sich aufzunehmen, z.B. über Körperwahrnehmung, und aufkommende Gefühle zu verbalisieren. Deswegen nenne ich den Kind-Anteil den „Gefühls-Anteil“ (Du Bois, 2022, S. 105). Hieraus entsteht die Frage: Was fühlt und braucht der*die Patient*in in der Situation, wenn er*sie sich schämt?

Da die Patient*innen auch vor zu intensiven Gefühlen in den Bewältigungsmodus flüchten, wird bei der Frage nach dem Gefühl versucht, den Patient*innen nichts **ins** Gefühl, also nicht in den Gefühls-Anteil zu bringen, sondern in den gesunden Erwachsenen. In dem gesunden Erwachsenen-Anteil ist es möglich, die Gefühle wahrzunehmen, aber nicht in den Gefühlen zu versinken und diesen ausgeliefert zu sein. Es geht also darum, den Blick **zu** den Gefühlen zu wenden, aber nicht **in** die Gefühle reinzugehen. Darin liegt die Kompetenz des gesunden Erwachsenen, die ihm ermöglicht, Gefühle als Grundlage für sein Handeln zu nutzen. „Der Kind-Modus kann dem gesunden Erwachsenen-Modus Orientierung geben, in dem er durch Bedürfnisse zeigt, was es will, was nicht, worauf es Lust hat, wovor es Angst hat usw., und der gesunde Erwachsene kann darauf reagieren, in dem er die Bedürfnisse erfüllt, bei Angst beschützt, bei Trauer tröstet, bei Ärger adäquat diesen nach außen bringt.“ (Du Bois, 2022, S. 112).



Praxisübung mit Teilnehmenden des Workshops

Im Gegenteil zum gesunden Erwachsenen, der Kontakt zu den Gefühlen und Bedürfnissen hat, sind für die Bewältigungsmodi bezeichnend, dass der innerliche Blick nur auf den dysfunktionalen Anteil, den inneren Kritiker und Antreiber, gerichtet ist. In diesem Fall berichten die Patient*innen dann, dass sie nichts fühlen, bzw. nichts fühlen können. In dem Moment kann der*die Tanztherapeut*in nun intervenieren, den Weg zu den Gefühlen aufzeigen und den erwachsenen Umgang mit ihnen erarbeiten.

Die Idee der Schematherapie ist es, auf das Gefühl hinter der Scham einzugehen, z.B. auf die Angst vor Verletzung, die Traurigkeit, die Einsamkeit. Wird diesem Gefühl Raum gegeben, wird der Gefühls-Anteil wahrgenommen und der gesunde Erwachsene aktiviert. Denn dieser nimmt das Gefühl und die Bedürfnisse ernst und hat die Möglichkeit, auf das Gefühl, z.B. mit adäquatem Schutz oder Sorge, reagieren zu können. Der gesunde Erwachsene kann fragen: Was braucht das ängstliche oder verletzte Kind jetzt? Was kann der*die Erwachsene tun, damit das ängstliche Kind nicht mehr so Angst hat? Was braucht es, wenn es sich einsam fühlt? Der gesunde Erwachsene hört zu und kann dann darauf eingehen.

Der*die Therapeut*in kann den Patient*innen dafür Angebote machen, was der Kind-Anteil brauchen könnte, wenn der*die Patient*in noch keine Idee hat, wie er*sie für sich sorgen kann, weil die Person so eine Versorgung selbst nie erfahren hat. Die Patientin oder der Patient sollte jedoch in der Therapie immer mehr darin bestärkt werden, im „gesunden Erwachsenen“ selbst für den Kind- bzw. Gefühls-Anteil zu sorgen und einen adäquaten Umgang mit der Situation zu finden. „Zentrales Element einer schematherapeutischen Behandlung ist die Beziehungsgestal-

tung im Sinne des sogenannten limited reparenting („begrenztes Nachbeeltern“).“ (Henn-Mertens, 2021, S. 29)

In der Tanztherapie kann dies konkret bedeuten, dass Teilnehmende sich nicht richtig in den Raum trauen. Hier kann angeboten werden, sich zunächst an der Wand entlangzubewegen. Ein anderes Verhaltensbeispiel wäre folgendes: Jemand möchte keine großen Bewegungen machen, dann macht diese Person im ersten Schritt kleine Bewegungen. Jemand fühlt sich stark verunsichert in tänzerischen Bewegungen, dann macht diese Person alltägliche Bewegungen. Jemand möchte die Augen nicht schließen, dann kann die Person alternativ auf den Boden oder gegen die Wand gucken, um den Fokus besser bei sich halten zu können. In jedem Beispiel wird angeboten, auf sich selbst zu hören, sich selbst zu folgen. Der gesunde Erwachsene erkennt das eigene Bedürfnis und verbindet es mit der Aufgabe. Damit schafft er einen adäquaten Umgang mit der Situation, ohne auf einen Bewältigungsmodus zurückgreifen zu müssen.

Unterstützt der*die Tanztherapeut*in die Patient*innen darin, fühlen diese sich ernstgenommen. Wird mit dem Bewältigungsmodus agiert, wird dieser meist nur verstärkt und die Patient*innen finden keinen guten Weg für sich selbst aus der Situation. Außerdem erleben Patient*innen in der Herangehensweise mit dem gesunden Erwachsenen eine Selbstwirksamkeit. Hier entsteht aktives Handeln, kein re-aktives Handeln.

Dabei hilft eine Atmosphäre der Annahme in der Tanztherapie. Das bedeutet, es gibt kein Richtig und Falsch. Der*die Tanztherapeut*in wertschätzt alle bei den Patient*innen auftauchenden Phänomene,

ELTERN-Anteil (dysfunktional)	ERWACHSENEN-Anteil	KIND-Anteil
<p>Mögliche innere Leitsätze: „Du genügst nicht!“ „Reiß Dich zusammen!“ „Das wird nichts!“ „Mach jetzt!“ „Du bist falsch!“</p> <p><u>Fordernder Elternmodus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „innerer Antreiber“ • Fördert Außenorientierung • Gibt das Gefühl von Versagen • Macht starke Schuldgefühle <p><u>Strafender Elternmodus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „innere Kritiker“ • Starke Abwertung, was zur Selbstabwertung (Selbsthass) führt, wodurch viel Scham und Ekel vor sich selbst entstehen kann 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesunde Ich-Funktion • Aktuelle Situation, Beziehung und Gefühle können hier angemessen erlebt und eingeschätzt werden. • Findet konstruktive Lösungen • Annahme und Akzeptanz der eigenen Gefühle • Bringt adäquat die Forderung der Situation mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zusammen und findet einen Mittelweg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu starke Gefühle für aktuelle Situation (d.h. unverhältnismäßig) • Gefühle sind schwer zu kontrollieren • Das Erleben im Kind-Modus zeigt sich in primären bzw. Basisemotionen <p><u>Verletzliche Kindmodus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Traurig, einsam, hilflos, verlassen, verzweifelt <p><u>Wutende und impulsive Kindmodus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wut, Ärger, Trotz, Impulsivität <p><u>Glücklicher Kindmodus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Leicht, neugierig, Spaß, Sicherheit

Tabelle: Andrea Du Bois

also auch die Bewältigungsmodi, nimmt diese ernst, analysiert diese und hilft bei der Selbstfürsorge. So werden die Menschen ernstgenommen und begleitet, damit diese einen eigenen Weg mit sich und für sich finden können. In der Essenz werden die Patient*innen darin unterstützt, sich weiterhin zu schützen, aber nicht mit ihrem alten Bewältigungsmuster, den sie von ihrer Kindheit her verfolgen, sondern mit ihrem gesunden Erwachsenen-Anteil.

Es ist folglich eine Chance, dass der Mechanismus der Scham in der Tanztherapie aktiviert und dort exemplarisch bearbeitet werden kann. Denn hier kann der*die Patient*in konkret einen neuen Umgang mit solchen Situationen erlernen, was dann eine bessere Umsetzung in den Alltag ermöglicht. Denn Schemata können nur bearbeitet werden, wenn sie aktiviert sind (Expositionsprinzip) und dabei durch neue Erlebnisse, neue Erfahrungen zunächst gemacht und dann durch Übung „eingebrannt“ werden (Trainingsprinzip). Dadurch können die Patient*innen mit der Aktivierung ihrer Schemata anders umgehen. „Die physiologische Reaktionstendenz bleibt auch nach einer erfolgreichen Therapie erhalten, die Patienten lernen aber, sich anders zu verhalten.“ (Roediger, 2016, S. 69)

Es gilt darauf zu achten, die Bewältigungsmodi nicht nur zu erkennen, sondern diese auch zu aktivieren,

damit direkt daran gearbeitet werden kann. Versucht der*die Tanztherapeut*in Übungen zu vermeiden, die Bewältigungsmodi hervorrufen, umgeht er*sie mit dem*der Patient*in etwas: „Das gemeinsame Vermeiden von erlebnisaktivierenden Übungen stellt eine „unheilige Allianz“ zwischen Therapeuten und Patienten dar!“ (Roediger, 2016, S. 179)

Zusammenfassend braucht es, um mit der Scham zu arbeiten, eine offene und - im schematherapeutischen Sinne - erwachsene, therapeutische Haltung der Annahme des Gegenübers mit all seinen Modi sowie ein Bereitstellen eines geschützten Erlebnisraums, in dem die*der Patient*in erleben darf, einfach zu sein, und sich selbst folgen darf, wodurch der gesunde Erwachsene gestärkt wird. Ist dieser gut in ihnen verankert, können sie Situationen und Aufgaben auf ihre*seine eigene Art begegnen und erleben sich damit selbstwirksam und weniger den Situationen ausgeliefert. Eine Grundlage, die alle Menschen brauchen, um mit den Herausforderungen des Alltags umgehen zu können und gleichzeitig sich selbst gerecht zu werden. Diese Erfahrung können Patient*innen internalisieren, wodurch eine korrigierende emotionale Erfahrung und eine kognitive Neubewertung ermöglicht und der gesunde Erwachsene für den Alltag gestärkt wird.

Literatur:

- Du Bois, A. (2022). Schematherapeutische Aspekte in der Tanztherapie. In *körper-tanz-bewegung, Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie*. Reinhardt-Verlag, 03, 101-113.
- Henn-Mertens, G., Zimmek, G. (2021). *Körperorientierte Techniken in der Schematherapie*. Basel: Beltz.
- Jacob, G., Genderen, H. van, Seebauer, L. (2011). *Andere Wege gehen: Lebensmuster verstehen und verändern – ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch*. Basel: Beltz, 2011.
- Roediger, E. (2016). *Schematherapie; Grundlagen, Modell und Praxis, (3.Auflage)*. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E., Zarbock, G. (2014). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In *Nervenarzt*, Nervenarzt 2015,86:60–71. Online publiziert: 29. März 2014 60-71. Verfügbar unter: <https://schematherapie-roediger.de/down/Nervenarzt-artikel.pdf>. DOI 10.1007/s00115-014-4008-8.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Institut für Schematherapie Ulm, <https://www.ist-ulm.de/was-ist-schematherapie>, 2.11.23.

Schäm Dich! Nicht

Workshopleitung & Autorinnen: Nicole Hartmann, Dr. Simone Klees



Nicole Hartmann, Foto: privat



Dr. Simone Klees, Foto: privat

Im Workshop von Nicole Hartmann und Dr. Simone Klees setzten sich die Teilnehmenden mit Hilfe von tanz- und theatertherapeutischen Methoden mit dem Gefühl der Scham auseinander. Ziel des Workshops war es, aus der Passivität in Bezug auf Schamerleben herauszutreten und Verantwortung für die eigenen Gefühle zu übernehmen, sich mit diesen zu zeigen und eine Art „Entschämen“ (Pfaller, 2022 in Ayan, 2023, S.16) zu etablieren. Dies geschah im geschützten Rahmen der Bühnensituation, in einer theatralen Wirklichkeit (dramatic reality, Pendzik 2006), die von Konsequenzminderung und ästhetischer Distanz geprägt ist (Landy 1993, Jennings 1994).

1. Impulsvortrag

1.1. Scham

Scham ist ein Gefühl, das alle Menschen in unterschiedlichen Ausprägungen kennen und das meistens als höchst unangenehm erlebt wird. Beim Nachdenken über die Scham erinnere ich (NH) mich sehr gut an die letzte Situation, in der ich mich geschämt habe: Es war auf einer beruflichen Sitzung, in der ich mich sehr aufregte und dies auch heftig zum Ausdruck brachte. Danach hatte ich das beschämende Gefühl, mir eine Blöße gegeben zu haben, da ich mich in einem beruflichen Kontext so emotional gezeigt hatte. Auch hatte ich mein Ideal, dass man in einem bestimmten Alter in allen Lebenslagen die Ruhe bewahren solle, nicht erfüllt. Ich nahm mir fest vor, dass diese Entgleisung nicht wieder passieren sollte.

So oder ähnlich kennen wir alle wahrscheinlich Situationen, in denen wir uns geschämt haben und an die wir uns nicht gerne erinnern, da die Scham meist mit einem Gefühl von Schwäche und niedrigem Status in Verbindung steht. Interessanterweise ist Scham jedoch ein Gefühl, das evolutionär angelegt ist und sich ca. im zweiten, bis dritten Lebensjahr entwickelt. Wir brauchen ein Selbst-Bewusstsein, um uns schämen zu können (Reddemann, S. 170). Die Scham beschreibt einen Zustand bei dem wir (unabsichtlich) aus der Reihe tanzen, aus der Rolle fallen, etwas tun, das gesellschaftlich oder individuell als falsch angesehen wird. In der Scham werden gesellschaftliche und persönliche Normen und Werte verhandelt, sie entsteht u.a., wenn Verhalten und Ideal nicht zusammenpassen – wie in meinem eigenen Beispiel – oder wenn man von außen gedemütigt wird – wie in der Folter – sowie als Scham, in der man sich als Person nicht erwünscht glaubt (Dehner-Rau & Reddemann, 2019, S.172).

Das Gefühl des Schämens ist also evolutionär angelegt. Worüber wir uns schämen, ist dagegen kulturell und biografisch bedingt. Genau hier liegen die Chancen für eine Bearbeitung der Scham: Ist es möglich, das eigene Verhalten aus einer anderen Perspektive

zu betrachten? Was geschieht, wenn wir uns mit der Scham offenbaren und so die Universalität dieses Gefühls erkennen? Woher rührt die Scham? Oder auch aus der inneren Perspektive heraus gefragt: Kann ich akzeptieren, dass ich mich geschämt habe? Dass ich mich schäme, gehört zu mir, gehört zum menschlichen Sein, also zu meinem Leben dazu.

Schämt sich eine Person jedoch häufig und stark, so schmälert dies das Wohlbefinden. Scham tritt, wie Studien belegen, oft begleitend bei Depressionen und Angststörungen auf; was daran liegen könnte, dass sowohl Scham als auch jene benannten psychischen Krankheiten mit einem Hang zur Selbstabwertung einhergehen. Zu klären wäre, ob die gesteigerte Scham oder doch Depressionen und Angststörungen als ursprünglich zu bewerten sind (Ayan, 2023, S. 14-16).

Obwohl die Scham demnach als ein ungeliebtes Gefühl bezeichnet werden könnte, hat sie eine soziale, und positive Funktion. Sie ist ein Schutzmechanismus, der uns zeigt, dass „unser Ansehen zu sinken droht, so dass wir ausgeschlossen oder benachteiligt werden könnten“ (Ayan, 2023, S. 18). Mithilfe der Scham ordnen wir uns in einer Gruppe unter, wir scheinen kompromissbereiter zu sein, gestalten so Interaktionen achtsamer und bearbeiten auftretende Schwierigkeiten in Beziehungen (Ayan, 2023, S. 18). Die Scham dient, in angemessenem Maß, als sozialer Kitt.

Eine heutige Variante der Scham ist die Selbstbeziehung von Scham (Ayan, 2023, S. 14), die sich jedoch von der tatsächlichen Scham unterscheidet. Erzählen wir beispielsweise davon, dass wir den nächsten Urlaub (zwei Wochen Thailand mit dem Langstreckenflieger) gebucht haben und bezichtigen uns nun der Flugscham, vermeiden wir einerseits, dass wir von anderen beschämt werden und andererseits, dass wir unser Verhalten ändern müssten.

Das Beschämen von anderen vollzieht sich vor allem und intensiv in den sozialen Medien. Die anderen sind Idiot*innen, Heuchler*innen, Egoisten*innen: Schäm dich! (Ayan, 2023, S. 14). Hier dient das Beschämen dazu, die Person, die die Botschaft empfängt, dazu zu bewegen, dass sie ihre Interessen „zunächst weniger vehement“ (Ayan, 2023, S. 18) vertritt.



Praktische Übung im Workshop

Und so scheint unsere heutige Zeit nicht weniger schambesetzt zu sein als frühere Zeiten. Folgt man dem Philosophen Robert Pfaller (2022 in Ayan, 2023), entspringt das „schambasierte Affektgewitter“, in dem wir genüsslich danach suchen, wie wir andere beschämen können, der Idee, dass man authentisch sein müsse. Nicht mehr das Ideal der Ehre und damit das Als-Ob würde als Wert geschätzt, sondern die Authentizität. Wirkt man aufgesetzt oder unauthentisch, ist dies ein Grund, von anderen beschämt zu werden (Ayan, 2023, S. 14).

Um auf mein Anfangsbeispiel in Bezug auf meine eigene gespürte Scham zurückzukommen: Ich fühlte mich zwar recht authentisch, hätte allerdings im Nachhinein lieber auf das Als-Ob zurückgegriffen und mich eben nicht zu diesen Emotionen hinreißen lassen.

Damit verbindet sich die Frage der Scham mit der Frage nach Authentizität. Essentialistisch gedacht, im Sinne dessen, dass Authentizität auf das „wahre Selbst“ oder auch das „wirkliche Ich“ verweist, führt dieses Konzept „zu Einschränkungen von Pluralität und Ambiguität“ (S.9) und erschafft so neue Zwänge, die vermehrt in Scham münden. Denn was jemand unter einem wahren Selbst versteht, ist stark individuell geprägt. Dieses Konzept von Authentizität verliert aus dem Auge, dass wir Menschen sind, die in unterschiedlichen Situationen unterschiedliche Rollen spielen (Goffmann, 2003) und uns in diesen Rollen durchaus unterschiedlich verhalten. So schlägt Schilling (2023) folgende Definition von Authentizität vor: Authentizität ist „die Übereinstimmung einer Beobachtung mit einer Erwartung des Beobachters“ (S.9). Interessanterweise geht es bei dieser Form des

Authentisch -Seins nicht mehr um die handelnde Person, sondern um die beobachtende Person. Die „impliziten Wertungen und Verabsolutierungen“ (S.9) die mit dem Begriff der Authentizität verbunden werden, können mit dieser Idee vermieden werden.

1.2. Abwehrmuster der Scham

Um die Scham nicht erleben zu müssen, gibt es verschiedene Vermeidungsstrategien. Um handlungsfähig zu erscheinen, geht man von der passiven in die aktive Rolle, begegnet anderen mit Verachtung oder Spott oder greift andere aggressiv an. Es kann auch sein, dass man die Scham mit Gefühlen überdeckt, die leichter ertragbar sind: Zorn, Trotz, Hochmut, Unnahbarkeit und auch Schuld. Der Affekt kann blockiert werden, was sich in Erstarrung, emotionaler Unberührbarkeit oder Langeweile äußert. Es können auch Impulshandlungen wie Substanzmissbrauch, aggressive Durchbrüche, Lügen und Täuschen vorkommen oder Gegenfantasien wie Größenvorstellungen oder Rachegeanken (Dehner-Rau & Reddemann, S. 174-175).

1.3. Scham und Schuld

Scham und Schuld sind nahe beieinander liegende Gefühle mit Ähnlichkeiten und Unterschieden. Beides sind moralische Affekte, die negativ bewertet werden und Gefühle, die typischerweise im Zusammenhang mit anderen Menschen erlebt werden. Beide werden oft „durch ähnliche Ereignisse ausgelöst wie moralisches Versagen und Grenzüberschreitungen“ (Dehner-Rau & Reddemann, S. 171).

Die Scham betrifft die Person als Ganzes, die gesamte Persönlichkeit, mein Selbst ist gemeint. Daher werden Schamgefühle schmerzhafter erlebt als Schuldgefühle. „Scham lässt einen schrumpfen, man fühlt sich klein, wert- oder machtlos“ (Dehner-Rau & Reddemann, S. 171). Man möchte „im Erdboden“ versinken oder auch, in der abwehrenden Aggression, verbal und manchmal am liebsten auch physisch zurückschlagen.

Die Schuld hingegen betrifft das spezifische Verhalten, welches man ungeschehen machen möchte. Dieses Verhalten kann bedauert werden, man kann sich entschuldigen und es ist unter Umständen möglich, eine Wiedergutmachung zu leisten (Dehner-Rau & Reddemann S.171f., Ayan, 2023).

Schuldgefühle können also als Schutz fungieren, wenn Scham dahinter als tiefer liegender Schmerz verborgen ist. In der Schuld kommt der Person eine aktive Rolle zu, sie impliziert in gewissem Maße eine Kontrollmöglichkeit. Um die dahinterliegende Scham zulassen zu können und damit die Erkenntnis, dass man nichts tun konnte, wie es bspw. bei Kindern die sexualisierte Gewalt erfahren haben der Fall ist, braucht es das Gefühl der Sicherheit und der Unterstützung. Schuld benötigt Realitätsüberprüfung: Konnte ich etwas (dagegen)ausrichten? Im Fall des Kindes: Nein. Erkennt eine Person jedoch, dass sie tatsächlich einen Fehler gemacht, anderen Unrecht getan hat, kann sie die Konsequenzen tragen und sich somit als stark erweisen (Dehner-Rau & Reddemann. S. 175 - 176). Sie kann sich entschuldigen, aber nicht „entschämen“.

Mit dieser Idee des „Entschämens“, sind wir in den praktischen Teil des Workshops übergegangen: Ist es möglich, mit dem körperlichen Erspüren des Gefühls der Scham und dem Offenlegen von schamhaften Situationen sowie dem tanz- und theatertherapeutischen Bearbeiten, sowohl eine Akzeptanz der Scham als auch eventuell eine Art der „Entschämung“ möglich zu machen?

2. Praxis

Der praktische Teil des Workshops begann mit einer körperlichen Aufwärmung im Kreis. Zum ersten Kennenlernen in der Gruppe wurde eine Namensübung durchgeführt und dann weitere theaterpraktische Übungen hinzugezogen, die der Körperwahrnehmung sowie Gruppen- und Raumwahrnehmung dienen.

Dann erforschten wir zunächst die gegenteiligen Gefühle von Scham und Stolz körperlich. Hier gingen wir den Weg von der Körperlichkeit zum Gefühl, d.h. ausgehend von der Theorie des „Embodiment“, dass es eine Wechselwirkung von Körper und Psyche gibt, erfolgte die Anleitung auf der körperlichen und nicht auf der psychischen Ebene, um über die Körperlichkeit Zugang zum Gefühl zu erlangen.

Die Handlungstendenz bei Schamerleben ist von einer Bewegung nach innen geprägt und von der Tendenz, den Blick der anderen zu vermeiden (Fuchs 2014). Bewegungsqualitäten der Scham wie „kleinwerden“, ein beengtes Körpergefühl, „zu Boden

blicken“ oder auch Bilder wie „im Boden versinken“ wurden von den Teilnehmenden umgesetzt. Aus diesem Zustand geschah durch eine Aktivierung von Kraft der Übergang in den Stolz als ein mögliches Gegenkonzept zur Scham. Dabei wurden die Füße in den Boden gedrückt und so die Aufrichtung der Wirbelsäule eingeleitet. Nun erforschten die Teilnehmenden Bewegungsqualitäten, die mit Stolz verbunden werden: sich aufrichten, breit werden, sich ausbreiten. In beiden Qualitäten wurden Kontakte mit anderen erforscht: wie begegnen wir uns in der Scham und im Stolz? Welche Art des Kontakts entsteht (z.B. Blickkontakt)? Nun wurde die Gruppe geteilt, eine Gruppe begab sich in den Zustand der Scham, die andere in den Zustand des Stolzes. Beide Gruppen gingen aufeinander zu und begegneten sich. Ziel war es, offen für die Begegnung zu sein und zu sehen, ob sich Scham und Stolz sozusagen „die Hand reichen“ können und wie sich beide Zustände im Kontakt verändern. In der abschließenden Feedbackrunde wurde deutlich, dass eine Verständigung oft dadurch geschah, dass beide Dialogpartner*innen ihren Stolz oder ihre Scham körperlich zurücknahmen, z.B. im Ausdruck verringerten und so ihre Körperlichkeit und Gefühlslage aneinander annäherten.



Schamerleben visualisiert

Nach dem körperlichen Erforschen von Scham und Stolz wurde die Bühne etabliert. Dazu erstellte die Gruppe Standbilder, angelehnt an eine Kettenübung aus dem Impro-Theater. Hier stellt sich eine Person in einer Pose auf die Bühne, nennt, was sie darstellt und nach und nach positionieren sich weitere Personen in ihren Körperhaltungen dazu. Zunächst wurden thematisch offene Standbilder erstellt, anschließend zum Thema Scham und weiteren Themen. Diesen themenbezogenen Standbildern konnten die Zu-

schauenden Titel geben. Die Standbilder wurden damit erweitert in Richtung „Bilderdialog“ (Diamond 2007), d.h. die Beteiligten benannten nicht mehr ihre einzelnen Posen, sondern nahmen nonverbal eine Körperhaltung zum genannten Thema ein. Im Verlauf eines Standbildes entstand dann dialogisch ein Bild, das etwas Neues zeigen oder eine Erinnerung an eine erlebte Situation wecken konnte.

Während es zu Beginn um den ersten Kontakt zur Bühne sowie die bildliche Darstellung von Begrifflichkeiten geht, stehen im Verlauf Imagination und unterschiedliche Arten, Dinge zu sehen und zu interpretieren im Vordergrund. Ziel ist es, sich vom Alltagserleben zu distanzieren, verschiedene Perspektiven zuzulassen und aus der Bewertung herauszukommen. Es ging um den Beziehungsaufbau der Gruppenteilnehmer*innen und ein Kennenlernen der wechselnden Rollen von Spielenden und Zuschauenden sowie eine thematische Annäherung an schambesetzte Situationen.

Im Anschluss wurden Kleingruppen gebildet, um sich Situationen zu erzählen – eine erlebte und eine erfundene – in denen sich die Erzählende geschämt hatte.

Während der Übung war ein reger verbaler Austausch zu beobachten. Das Ende einer Erzählung wurde häufig von gemeinsamem Lachen, gegenseitigem Bestärken und der Bekundung von Verständnis begleitet.

Nach einer Reflexion in der gesamten Gruppe und einer Pause wurde angeboten, eine Geschichte in Standbildern zu verkörpern. Die Protagonistin erzählte von ihrer schambesetzten Situation. Ich (SK) forderte sie auf, für die Situation drei Standbilder zu finden. Dazu wählte sie stellvertretende Personen aus (sog. Hilf-Ichs im Psychodrama, Moreno, Z.T. 2006), die sie auf der Bühne positionierte. Sie gab ihnen eine Körperhaltung und Blickrichtung vor und modellierte das Bild so lange, bis ihr die Verkörperung der Situation stimmig erschien. Die ersten beiden Bilder blieben statisch, das dritte Bild wurde schließlich, auf meine Anregung hin, in Bewegung gesetzt: die Stellvertreter*innen konnten ihre Positionen verändern und miteinander interagieren. Im Anschluss wurden sie nach ihrem Erleben während der Verkörperung gefragt, zuletzt die Protagonistin. Sie äußerte Erleichterung darüber, wie sich die Situation verändert hatte, denn zunächst hatte die Darstellung der

schambesetzten Situation die Gefühle von Scham verstärkt. In einem zweiten Schritt konnte die Protagonistin jedoch eine andere, davon unterschiedliche Perspektive einnehmen und die Situation für sich neu interpretieren.

Zum Abschluss trafen wir uns im Kreis wieder, kamen mit Strecke-, Dehn- und Schüttelübungen zurück in das Spüren des eigenen Körpers und beendeten den Workshop, indem sich jede Person mit einem Wort zu ihrer momentanen Befindlichkeit verabschiedete.

3. Fazit

Die Idee, in der Verkörperung Perspektivwechsel anzuregen sowie die schamauslösende Situation anders zu bewerten, gepaart mit der Möglichkeit, sie zu transformieren, zeigte sich im Workshop als umsetzbar. Kommunikation mit sich und mit anderen, Offenheit im Sich-Mitteilen sowie das Akzeptieren von schamhaften Gefühlen durch tänzerische/theatrale Mittel bildeten die Grundlage dieses Forschungsprozesses. Wenngleich aufgrund des zeitlichen Rahmens alle Schritte sehr verkürzt durchgeführt wurden, stimmt uns dieser erste Eindruck positiv in Bezug auf die Entwicklung von Handlungsweisen des „Entschämens“. Dies könnte ein Zugang zur Verarbeitung und Transformation von herausfordernden, schmerzhaften Erfahrungen sein, den wir weiterverfolgen werden.

Literatur:

- Ayan, S. (2023). Gutes Unbehagen. *Gehirn und Geist*, 1, 12-19.
- Diamond, D. (2007). *Theatre for Living: The Art and Science of Community-Based Dialogue*. Bloomington: Trafford Publishing.
- Dehner-Rau, C. & Reddemann, L. (2019). Gefühle besser verstehen. Wie sie entstehen. Was sie uns sagen. Wie sie uns stärken (2. Aufl.). München: Goldmann.
- Fuchs, T. (2014). Verkörperte Emotionen - Wie Gefühl und Leib zusammenhängen. *Psychologische Medizin*, 1(25), 13-20.
- Goffman, E. (2003). *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag* (30. Aufl.). Berlin: Piper.
- Jennings, S. (1994). The Theatre of healing: Metaphor and Metaphysics in the Healing Process. *The Handbook of Dramatherapy*. New York, London: Routledge, 93-113.
- Landy, R. J. (1993). *Persona and Performance: The Meaning of Role in Drama, Therapy, and Everyday Life*. New York, London: Guilford Press.
- Moreno, Z. T. (2006). *The quintessential Zerka: Writings by Zerka Toeman Moreno on Psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy*. New York, London: Routledge.
- Pendzik, S. (2006). On Dramatic Reality and its Therapeutic Function in Drama Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 271-280.
- Schilling, E. (2020). *Authentizität. Karriere einer Sehnsucht*. München: C H Beck.

Aus Scham mach Schrei: Die Methode „Schreichor“ in der vokalen Musik- therapie

Workshopleitung & Autor: Patric Driessen, Leiter der Spezialtherapien KHG,
LVR-Klinik Bedburg-Hau



Patric Driessen, Foto: privat

Vorwort

Der ursprünglich vorgesehene Workshop konnte aus Krankheitsgründen durch Elisabeth Heymann-Röder nicht geleitet werden. Ihr Manuskript finden sie dennoch in diesem Tagungsband.

Das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien dankt Patric Driessen, Musiktherapeut MA, herzlich dafür, dass er den entfallenen Workshop spontan vor Ort vertreten konnte!

Einleitung

Das Singen oder die „Vokale Musiktherapie“ wird innerhalb der aktiven Musiktherapie in der LVR-Klinik Bedburg-Hau bei verschiedenen Zielgruppen eingesetzt. Bei Patient*innen innerhalb der Suchtabteilung (Erwachsenenpsychiatrie 2) ist sie leider nicht immer beliebt, da sie Scham auslösen kann. Scham als unangenehmes Gefühl kann Menschen hemmen, ihre Stimme in der Gemeinschaft, innerhalb oder außerhalb der Musiktherapie zu Gehör zu bringen. Der Schreichor ist eine noch junge Methode, die Menschen auf eine andere Weise einlädt, ihre Stimme zu nutzen, sich in einer Gruppe hören zu lassen – eine Methode, die Teilnehmende schließlich zum Singen bringen kann.

In diesem Artikel möchte ich euch den Inhalt des Workshops erneut ins Gedächtnis rufen und einige

Hintergründe zum Thema und der Entstehung der Methode beschreiben. Ich hoffe außerdem, dass auch diejenigen, die nicht am Workshop teilgenommen haben, etwas aus diesem Artikel in die Praxis überführen können.

Singen in der Musiktherapie

In der Musiktherapie (MT) wird als aktive Übungsform das Singen methodisch bei der Behandlung von Patient*innen in der LVR Klinik Bedburg-Hau eingesetzt. Dabei kann bei der Intervention „Singen“ nicht von einer festgelegten Methode gesprochen werden, da diese auf sehr vielfältige Weise von Musiktherapeut*innen eingesetzt werden kann. Neben dem Singen von bestehenden Liedern können Therapeut*innen bestehende Lieder (um)texten oder innerhalb des Songwriting eigene Lieder mit Text, gesungen oder gerappt, selbst komponieren. Darüber hinaus ist es auch möglich, den Gesang im Rahmen einer Improvisation zu nutzen, um unterschiedliche therapeutische Zielsetzungen zu erreichen. In der musiktherapeutischen Praxis der LVR Klinik Bedburg-Hau wird die MT unter anderem in der Erwachsenenpsychiatrie 2, einer Abteilung für Menschen mit Suchtproblemen, hauptsächlich in Gruppen angeboten. Neben der rezeptiven Musiktherapie findet die aktive Musiktherapie und somit auch das Singen, die sogenannte „Vokale Musiktherapie“ ihren Einsatz.

Gesang bei verschiedenen Zielgruppen

Gesang wird bei unterschiedlichen Zielgruppen angewandt. Das Singen in der MT wird durch die musiktherapeutische Forschung in den letzten Jahren frequenter untersucht. Für eine umfassende Zusammenfassung empfehle ich den Beitrag von Sabine Rittner (2021) im Lexikon Musiktherapie (Decker-Voigt & Weymann, 2021). Bei den erarbeiteten Artikeln fällt auf, dass in den meisten Studien das Singen nicht die einzig eingesetzte Intervention ist, sondern oft in Kombination mit anderen aktiven Interventionen untersucht wurde.

So wurde bei Porter et al. (2017) neben anderen aktiven Methoden das Singen bei Kindern und jungen Erwachsenen mit Stimmungs- und emotionalen Problemen eingesetzt. Ettenberger und Kolleg*innen (2021) untersuchten den Effekt der Musiktherapie (u. a. das Singen von Wiegenliedern) auf das Schmerzerfahren bei Frühgeborenen auf der Intensivstation. Gold et al. (2019) untersuchte das Chorsingen bei Menschen mit Demenz und Depressionen.

Das Singen als spezifische Intervention beschreibt Sihvonen et al. (2020) bei Schlaganfallpatient*innen zur Verbesserung von Sprach- und Gedächtnisfunktionen. Sylka Uhlig hat sich dem Thema Singen in der Musiktherapie im Rahmen ihrer Promotion gewidmet und drei Artikel dazu publiziert. Dabei richtet sie ihre Forschung zum einen auf die Emotionsregulation (Uhlig, 2017; 2019) und zum anderen auf die Verbesserung der Schlafqualität durch Gesang bzw. Rappen in der MT (Uhlig, 2018).

Bei einer Untersuchung von weiblichen Patientinnen mit Missbrauchserfahrungen beschreiben Raibzef & Benzimon (2023) die positiven Effekte des Singens in der Gruppe. Nach der Teilnahme an der Musiktherapie bemerkten die Teilnehmerinnen mehr Selbstakzeptanz, ein gesteigertes Körperbewusstsein und eine bessere Wahrnehmung der Emotionen im Hier und Jetzt. Darüber hinaus fühlten sich die Frauen durch das Singen mehr miteinander verbunden und dazugehörig und konnten einfacher neue Beziehungen eingehen. Das Thema Scham wurde in dieser Studie explizit benannt: Sie wurde durch das Singen in der Gruppe abgebaut, Angst verringerte sich und die Teilnehmenden trauten sich mehr, ihre Stimme zu Gehör zu bringen. Die aufgezählten Studien zeigen, dass das Singen in der Musiktherapie bei unterschiedlichen Zielgruppen effektiv eingesetzt werden kann.

Rationale

Bei meinen Patient*innen in der Suchtbehandlung in der LVR Klinik Bedburg Hau ist das Singen nicht die beliebteste Methode. Singen ist oft schambesetzt. Schlechte Erfahrungen, z.B. in der Schule oder im eigenen Elternhaus, werden oft von meinen Patient*innen als Ursache beschrieben. „Setz dich mal nach hinten!“, „Sing lieber leise oder besser gar nicht!“, „Die Fenster zerspringen doch, wenn du singst!“ sind einige der Bemerkungen, die Patient*innen von ihren Lehrerinnen und Lehrern, Eltern, Familienmitgliedern oder Freund*innen in der gelebten Vergangenheit gehört hatten. Kein Wunder also, dass sie auch heute lieber nicht singen.

Aber auch die eigene Erwartung, wie die Stimme klingen muss oder sollte, hält Menschen davon ab, zu singen. Die Stimme ist ein sehr persönliches Instrument. Daher kann jede kritische

Äußerung diesbezüglich unwiderruflich zu einer direkten Verletzung oder Kränkung führen und damit zur Scheu leiten, die eigene Stimme zu Gehör zu bringen. Patient*innen singen dann meist nur noch in Situationen, in denen sie sich ungehört wissen und somit sicher fühlen, beispielsweise im Auto oder unter der Dusche, allein und meist nur indirekt hörbar von Außenstehenden.

Warum sollten wir Menschen dann also singen, wenn das Singen negative Gefühle wie Scham hervorruft?

Weil wir die pos. Effekte des Singens in der Gruppe kennen. Hierzu empfehle ich den Übersichtsartikel von Kang, Scholp & Jiang (2017).

Singen macht demnach nachweisbar glücklich, ist gesund, hat eine stimmungsaufhellende Wirkung und steigert beim gemeinsamen Singen das Wohlbefinden durch die Produktion von Oxytocin und Endorphinen. Singen wirkt sich positiv auf die Atmung, auf das Herz und den Kreislauf sowie das Immunsystem aus, baut körperlichen und psychischen Stress ab und verbessert messbar die kognitive Leistung. In der Gruppe oder im Chor fördert das Singen die Gruppenzugehörigkeit und stärkt den Zusammenhalt. Vickhof et al. (2013) fanden heraus, dass beim gemeinsamen Singen eine Synchronisation des Herzschlages bei den Singenden eintritt. In vielen Kulturkreisen ist das Singen aus diesen Gründen weit verbreitet und ein Bestandteil des kulturellen Lebens.

Genug der Gründe, um die positiven Effekte innerhalb der MT einzusetzen.

Für mich kamen aufgrund des Wissens um die positiven Effekte des Singens auf die menschliche mentale und körperliche Gesundheit die Frage auf: Wie bringe ich meine Patient*innen zum Singen, die dies als beschämend erfahren und erleben? Wie begleite ich meine Patient*innen über die erste Hemmschwelle, die erste Überwindung hin zum Singen?

Der Grundgedanke zum „Schreichor“ als musiktherapeutische Methode

Ein Kollege, Musiktherapeut in der LVR Klinik Bedburg-Hau, brachte mich auf die Idee, die mich sofort ansprach und dazu inspirierte, meinen Patient*innen das Singen auf diese Weise näher zu bringen: Es ging um den „Screaming Choir“, eine Kunstform aus Finnland, wobei eine Gruppe Männer alltägliche Texte in geschriener oder gerufener Form in ein Arrange-



Teilnehmende in Action: Workshop von Patric Driessen

ment bringen und diese rhythmisiert ausrufen. (Ich empfehle den Lesenden, sich auf Youtube.com exemplarisch das Video „Mieskuoro Huutajat Screaming Choir“ anzusehen.)

Mein Gedanke war, dass durch das Eliminieren einer bekannten und erkennbaren Melodie Patient*innen eher gewillt sein würden, ihre Stimme zu nutzen ohne währenddessen die oben genannten negativen Gedanken und Gefühle zu spüren, die sie normalerweise mit dem Singen verbinden.

Darüber hinaus berichtete mir ein Kollege, Musiktherapeut aus Düsseldorf, dass Patient*innen das Schreien oft als ein Bedürfnis oder Verlangen beschreiben; vergleichbar mit einem Baby, welches schreit, um damit zu signalisieren, dass es etwas Lebensnotwendiges wie Nahrung oder Zuwendung braucht. Die Wut und den Frust „einfach mal rauschreien können“ ist für manche Patient*innen ein Wunsch, der im sicheren Rahmen der Musiktherapie ausgelebt werden kann. Schreien kann aber auch eine Art sein, sich Gehör zu verschaffen und Aufmerksamkeit zu erhalten – ein weiterer Aspekt, der den Einsatz des Schreiens oder Rufens in der Musiktherapie als therapeutische Intervention legitimieren kann.

Um das Schreien als Methode im musiktherapeutischen Kontext einsetzen zu können, habe ich eine Phasierung entwickelt, die dazu befähigt, innerhalb einer Zeitstunde meine Patient*innen mit ihrer eigenen Stimme in Kontakt zu bringen und diese in der

Gruppe hörbar zu machen. Ziel ist es, das Gefühl von Scham zu überwinden und die positiven Effekte des Singens zu nutzen.

Daraus entstand der „Schreichor als musiktherapeutische Methode“

Schreien in der Musiktherapie

Schreien: sehr laut, oft unartikuliert rufen. Oder: übermäßig laut sprechen, sich äußern oder übermäßig laut sagen, ausrufen oder nach jemandem, etwas verlangen (duden.de, 2024)

In der musiktherapeutischen Fachliteratur ist keine relevante Information zum Thema Schreien als musiktherapeutische Methode zu finden. Im Netz gibt es einige Verweise auf die „Primal (Scream) Therapy“ nach Arthur Janov (1970), die allerdings keine Verbindung zur Musiktherapie aufweist und wissenschaftlich nicht belegt ist. Ziel dieser Therapieform ist das Befreien von unterdrückten Gefühlen, das wiederum zu psychologischer Genesung führen soll.

In verschiedenen Studien wird das Schreien z.B. als Reaktion auf einen unerwarteten externen Stimulus (Langdon, 2015, S. 297), als Gefühlsäußerung (Graham, 2004) oder als Art der Kommunikation beschrieben (See, 2012). Als methodische Intervention innerhalb der MT wird das Schreien demnach noch nicht eingesetzt oder wurde noch nicht beschrieben. Einen ersten Versuch möchte ich mit der nun folgenden Phasierung machen:

Phasierung

Die Methode, die noch in den Kinderschuhen steckt und wenig beschrieben ist, umfasst sieben Phasen:

1. Atemübung: Hand auf den Bauch
2. Hörbar ausatmen
3. Tönen: Vom lautlosen zum hörbaren Atem
4. Stoßartige Klänge (staccato) im Rhythmus: T, P, B, F, etc.
5. Klänge im Rhythmus mit Bewegung verstärken/intensivieren
6. Kraftausdrücke sammeln und im Puls aneinanderreihen
7. Kraftausdrücke mit Trommelrhythmus

Im Folgenden beschreibe ich die Schritte, die die Teilnehmenden des Workshops aktiv erfahren konnten. Die Phasen wurden analog der Therapiesituation ausgeführt.

1. Atemübung: Hand auf den Bauch

Die Teilnehmenden wurden gebeten, mit beiden Füßen auf dem Boden, die Füße ein wenig auseinander stehend, mit leicht gebeugten Knien und wenn möglich den Oberkörper leicht nach links und rechts bewegend, auf ihren Atem zu achten. Der Atem soll dabei nicht forciert werden. Es soll versucht werden, mit den Händen auf dem Bauch den Atem bewusst wahrzunehmen; bewusst wahrgenommen werden, wie die Luft ein- und ausströmt während des Ein- und Ausatmens. Wenn möglich können dabei die Augen geschlossen oder der Blick an einem Punkt am Boden verankert werden. Im nächsten Schritt sollen die Teilnehmenden ihre Hände auf den Punkt legen, wo sie ihren Atem am meisten fühlen. Das kann am Hals, auf der Brust, unter der Brust oder auf dem Bauch sein. Es geht hierbei nicht darum, eine Veränderung hervorzurufen, sondern lediglich, zu fühlen wohin der Atem „strömt“. Es gibt kein Richtig oder Falsch!

2. Hörbar ausatmen

Jetzt sollen die Teilnehmenden einen kurzen Atemzug nehmen, wobei der Atem eine Bewegung des Bauches nach außen verursacht und dann lang ausatmen, mit dem Mund so weit geschlossen, dass nur ein wenig Luft durch eine kleine Öffnung ausströmen kann und zwar so lange, bis die Luft ausgeatmet ist. Dieser Vorgang wird mehrfach wiederholt. Beim Ausatmen kann der Bauch – leicht pulsartig – mit der

Hand eingedrückt werden, wodurch der Atem pulsartig ausströmt.

3. Tönen: Vom lautlosen zum hörbaren Atem

Die Übung 2 wird wiederholt, aber dann beim Ausatmen mit geschlossenem Mund. Die Luft strömt hierauf durch die Nase nach außen und ermöglicht das Summen eines leichten „Hm“. Die Tonhöhe ist hierbei irrelevant und dem spontanen Moment überlassen.

Danach soll der Mund geöffnet und verschiedene Klänge produziert werden. Es ist wichtig auf die Artikulation zu achten und dabei auch die Gesichtsmuskulatur dem Klang entsprechend anzuspannen. Die folgenden Variationen können eingesetzt werden:

- Hoo, Hii, Huu, Haa, Hee etc.
- Moo, Mee, Mii, Maa etc.

In dieser Phase geht es darum, die Patient*innen an das Produzieren von Klängen zu gewöhnen. Scham kann bei dieser Übung wiederholt auftreten. Es ist wichtig, dass damit auf eine leichte und verständnisvolle Art umgegangen wird.

In den meisten Fällen fühlen sich Patient*innen in dieser Phase aber schon ein wenig komfortabel, sodass in die nächste Phase übergegangen werden kann.

Hier wird ein konstanter Puls (Schnipsen mit den Fingern) als externe Stimulanz („rhythmical entrainment“ (Thaut, Mcintosh & Hoemberg (2015)) eingesetzt, um Patient*innen körperlich in Bewegung zu bringen. Dabei kann das Hin- und Herbewegen verstärkt werden. Wichtig in dieser Phase ist die aktive Partizipation der Therapeutin*des Therapeuten, um eventuelle Blockaden aufzugreifen und Patient*innen im therapeutischen Prozess zu unterstützen.

4. Stoßartige Klänge (staccato) im Rhythmus

Nun werden mit Hilfe des „rhythmical entrainment“ verschiedene Klänge kurz (staccato) ausgesprochen. Dabei zählt die Therapeutin*der Therapeut von vier nach null im Countdown herunter und der Klang wird auf null mit der gesamten Gruppe gleichzeitig ausgesprochen. Klänge, die genutzt werden können, sind: T, P, B, F etc. und alle Klänge aus den vorangegangenen Übungen. Die eingesetzte Bewegung oder auch der eingesetzte Schwung soll dabei helfen, den Klang lauter ausrufen zu können. Die Therapeutin*der

Therapeut motiviert immer wieder das Erhöhen der Lautstärke und unterstützt den Prozess empathisch. Durch das entstandene Gemeinschaftsgefühl und die Bewegung baut der Schreichor in den meisten Fällen die Lautstärke sukzessiv natürlich auf. Diese Erfahrung führt bei den Teilnehmenden oft zu einem Erfolgsgefühl.

5. Klänge im Rhythmus mit Bewegung verstärken/intensivieren

Die Klänge werden gleichzeitig mit einer Bewegung nach vorne, einem Schritt nach vorne, ausgerufen. Dazu zählt die Therapeutin*der Therapeut wie in Phase vier von vier nach null. Zusätzlich kann die Bewegung der Arme nach vorne mitgenommen werden. Das Stampfen nach vorne intensiviert den Klang und soll dafür sorgen, dass dieser noch lauter ausgerufen wird. Als Beispiel könnt ihr euch einen Karatekämpfer vorstellen, der einen Stoß ausführt.

6. Kraftausdrücke sammeln und im Puls aneinanderreihen

In der nächsten Phase ist die Mitarbeit der Teilnehmenden gefragt. Teilnehmende sollen sogenannte Kraftausdrücke benennen, meist einsilbige Wörter (die beispielsweise Unmut oder Frust ausdrücken), die stoßartig ausgerufen werden können. Die ca. fünf bis sieben Wörter werden untereinander auf ein Whiteboard geschrieben, sodass alle Teilnehmenden diese lesen können. Jetzt wird versucht, wie in Phase 5, die Ausdrücke nach dem Herunterzählen im Puls hintereinander auszurufen. Wenn es dabei Probleme gibt, es nicht gut fließt, kann die/der Therapeut*in eine Rhythmisierung der Begriffe vorschlagen, bis ein gewisser Fluss entsteht. Der so entstandene Text kann mehrmals wiederholt und die Intensität kann dadurch erhöht werden.

7. Kraftausdrücke mit Trommelrhythmus.

Die oben beschriebene Phase kann in einem schnellen Trommelrhythmus integriert werden; das Ziel ist wiederum die Intensivierung. Nach mehreren Wiederholungen kann das Whiteboard umgedreht werden, sodass die Teilnehmenden die Worte und den Rhythmus auswendig ausrufen müssen. Auf diese Weise entsteht ein gewisser „Flow“, der die Erfahrung weiter intensivieren kann.

Variationen

Die Ausführung der verschiedenen Phasen brachte die Teilnehmenden des Workshops auf Ideen, wie die vorgestellte Methode weiter ausgearbeitet werden könnte. Dazu wurden die Kraftausdrücke der letzten Phase genutzt. Variationen waren:

1. In Paaren gegenüberstellen und sich die Kraftausdrücke abwechselnd zurufen.
2. Zwei Gruppen gegeneinander, die sich die Kraftausdrücke zurufen.
3. Choraufstellung ohne Dirigenten. Kraftausdrücke zum Trommelrhythmus ausrufen.
4. Choraufstellung mit einer Person als „Publikum“. Kraftausdrücke zum Trommelrhythmus ausrufen.
5. Frei im Raum umherlaufend und die Kraftausdrücke zum Trommelrhythmus ausrufen. Dabei kann gegenseitiger Kontakt zu Teilnehmenden gesucht werden.

Es war sehr schön zu sehen, welche Energie in der Workshopgruppe entstand und dass auch Teilnehmende anderer Gewerke Ideen entwickelten, wie sie die Übungen ausführen könnten.

Die Verbindung der vorgestellten Methode zur musiktherapeutischen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, den wir im Vorfeld geplant hatten, ist uns im Workshop leider nicht mehr gelungen. An dieser Stelle nochmal herzlichen Dank an Susanne Fink für ihre Bereitschaft, so kurzfristig für die wegen Krankheit ausgefallene Kollegin einzuspringen.

Die Rolle des/der Therapeut*in

Musiktherapeut*innen haben eine klar definierte Rolle beim Einsatz des Schreichoeres im musiktherapeutischen Kontext. Es geht schließlich darum, Patient*innen dazu zu bewegen, die Hemmschwelle zu überwinden und sich zu trauen, die Übungen auszuführen und hörbar zu werden. Ich habe für mich entdeckt, dass eine verständnisvolle Haltung mit viel Humor und Energie am besten funktioniert. Darüber hinaus ist es meiner Meinung nach wichtig, dass Patient*innen und Therapeut*innen ständig in Bewegung sind. Es zeigt sich als effektiv, wenn Übungen nahtlos nacheinander und immer in der Bewegung ausgeführt werden. Auch bei der Erklärung einer neuen Übung bleibe ich ab Phase vier schnipsend im Puls, um die Bewegung nicht zu unterbrechen. Das

erfordert eine spezifische Energie, die Therapeut*innen mitbringen müssen, um die Methode ausführen zu können.

Auch das Übertreiben von Klängen und Bewegungen gehört beim Schreichor meiner Meinung nach zur therapeutischen Haltung dazu. Dabei ist aber zu beachten, dass die Übertreibung authentisch sein muss, sonst könnte sie Scham hervorrufen und für einen entgegengesetzten Effekt sorgen. Ich habe erfahren, dass mein Übertreiben (am lautesten Schreien, sehr große Bewegungen machen, Klänge sehr übertrieben artikulieren etc.) das Handeln meiner Patient*innen positiv beeinflussen kann. Hier geht es darum, die mögliche eigene Scham zu überwinden, um Patient*innen zu motivieren.

Diskussion

Am Ende des Workshops wurden die Erfahrungen der Teilnehmenden ausgetauscht und noch einige Punkte eingebracht, die bei der Ausführung des Schreichores in der Praxis beachtet werden sollten.

Der Titel des Workshops bzw. der Methode wurde im Vorfeld als verwirrend erfahren. Das Schreien wurde eher als Kreischen interpretiert und die Erwartung war, dass die Teilnehmenden völlig unkontrolliert kreischen oder brüllen würden.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass die Übungen auch Gefahren mit sich bringen und das Therapeut*innen jederzeit auf den Stimmgebrauch ihrer Patient*innen und ihrer eigenen Stimme achten müssen. Die Stimme ist ein Muskel, der durch das Schreien überlastet und sogar beschädigt werden kann. Somit ist auf einen gesunden Stimmgebrauch (Mcglashan, Aaen, White & Sadolin, 2022, S. 3) zu achten. Dazu empfehle ich das Lehrbuch von Cathrine Sadolin in englischer Version aus dem Jahr 2021. Während des Schreiens im Rahmen des Schreichors in der Musiktherapie ist es wichtig, stichprobenartig die Stimmbelastung zu erfragen und Patient*innen zu beraten.

Neben der physischen Belastung der Stimme wurden auch die psychischen Erfahrungen der Teilnehmenden besprochen. Es wurde deutlich, dass die Übungen im Rahmen des Schreichors in der Musiktherapie negative Gedanken und Gefühle hervorrufen können und ggf. Traumata triggern könnten. So kann das Zurufen von Kraftausdrücken als bedrohlich erfahren

oder können Patient*innen bei der Variation vier an frühere, traumatisierende Erfahrungen erinnert werden. Darum ist vor der Ausführung der Übungen immer die gründliche Vorbereitung und die Abschätzung im Moment der Übung selbst die Basis für einen sicheren Einsatz der Methode. Musiktherapeut*innen handeln jederzeit nach dem Ethikkodex der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG, 2022, S. 3).

Die Teilnehmenden des Workshops waren sich einig, dass diese Methode sehr intensiv sein kann. Sie fordert Teilnehmende sowohl physisch als auch psychisch und kann in der musiktherapeutischen Praxis angewandt werden, wenn Musiktherapeut*innen den Einsatz gut vorbereiten und bei der Ausführung auf die physische und psychische Belastbarkeit der Patient*innen achten.

Zum Schluss

Herzlichen Dank an meine Kolleg*innen des LVR-Fachforum Künstlerische Therapien für das Vertrauen, so kurzfristig einen Workshop auf der Tagung geben zu dürfen. Ich möchte mich außerdem bei den Teilnehmenden für die Experimentierfreudigkeit und den Eifer bedanken. Es war inspirierend, Euch auf diese Weise zu erleben und ich bin dankbar für die zahlreichen, gemeinsam erarbeiteten Variationen, die ich in der Praxis sicherlich ausprobieren werde.

Literatur:

- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (2022). Ethikkodex. DMtG: Berlin
- Duden.de. (2024). Schreien. Duden. <https://www.duden.de/node/162893/revision/1281533>.
- Ettenberger, M., Bieleninik, K., Epstein, S., Elefant, C. (2021). Defining Attachment and Bonding: Overlaps, Differences and Implications for Music Therapy Clinical Practice and Research in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 4: 1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733>.
- Gold, C., Eickholt, J., Assmus, J., Stige, B., Wake, J. D., Baker, F. A., Geretsegger, M. (2019). Music Interventions for Dementia and Depression in Elderly care (MIDDEL): protocol and statistical analysis plan for a multinational cluster-randomised trial. *BMJ open*, 9(3), e023436.

- Graham, J. (2004). Communicating with the uncommunicative: music therapy with pre-verbal adults. *British Journal of Learning Disabilities*, 32, 24-29.
- Janov, A. (1970). *The Primal Scream: Primal Therapy: the Cure for Neurosis*. Virginia: Dell Publishing Company.
- Kang, J., Scholp, A., Jiang, J. (2017). A Review of the Physiological Effects and Mechanisms of Singing. *Journal of Voice*. 32. 10.1016/j.jvoice.2017.07.008.
- Langdon, G.S. (2015). Music therapy for adults with mental illness. In: Wheeler B. ed. *Music Therapy Handbook*. New York, NY: The Guilford Press: 348-9.
- Mcglashan, J., Aaen, M., White, A., Sadolin, C. (2022). A Proof-of-Concept Study of The Complete Vocal Technique (CVT), a pedagogic technique used for Performers, in Improving the Voice and Vocal Function in Patients with Muscle Tension Dysphonia (CVT4MDT) delivered by Telehealth: Study Protocol. 10.21203/rs.3.rs-1821544/v1.
- Porter, S., McConnell, T., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braiden, H. J., Heale, A. (2017). Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 586-594.
- Riabzev, A., Bensimon M. A. (2023). Qualitative Investigation of Self-Compassion in Music Therapy Group Voicework With Women Coping With Incest. *Journal of Music Therapy*. 2023 Dec 30;60(4):463-492. doi: 10.1093/jmt/thad020. PMID: 37658806.
- Rittner, S. (2021). *Vocale Musiktherapie in: Decker-Voigt, H.H., Weymann, E. (2021). Lexicon Musiktherapie*. Hogrefe. Goettingen.
- Sadolin, C. (2021). *Complete Vocal Technique*. Copenhagen, Denmark: Shout Publishing
- See, C. M. (2012). The Use of Music and Movement Therapy to Modify Behaviour of Children with Autism. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 20(4), 1103-1116.
- Sihvonen, A. J., Vadinova, V., Garden, K. L., Meinzer, M., Roxbury, T., O'Brien, K., Brownsett, S. L. (2023). Right hemispheric structural connectivity and poststroke language recovery. *Human Brain Mapping*, 44(7), 2897-2904.
- Thaut, M.H., McIntosh, G.C., Hoemberg, V. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: rhythmic entrainment and the motor system. *Front. Psychol.* 5:1185. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01185.
- Uhlig, S., Dimitriadis, T., Hakvoort, L., Scherder, E. (2017). Rap and singing are used by music therapists to enhance emotional self-regulation of youth: Results of a survey of music therapists in the Netherlands. *The Arts in Psychotherapy*, 53, 44-54.
- Uhlig, S. (2019). *Teens R(h)apsody: Rap & Sing Music Therapy for enhancement of emotion regulation in a school setting*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].
- Uhlig, B.L., Hagen, K., Engstrøm, M., Stjern, M., Gravadahl, G.B., Sand, T. (2019). The relationship between obstructive sleep apnea and insomnia: a population-based cross-sectional polysomnographic study. *Sleep Medicine*, 54, 126-133.
- Vickhoff, B., Malmgren, H., Aström, R., Nyberg, G., Ekström, S.R., Engwall, M., Snygg, J., Nilsson, M., Jörnsten, R. (2013). Music structure determines heart rate variability of singers. *Front Psychol.* 2013 Jul 9;4:334. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00334. Erratum in: *Front Psychol.* 2013 Sep 05;4:599. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00599. PMID: 23847555; PMCID: PMC3705176.
- Youtube.com (2024). *Mieskuoro Huutajat Screaming Choir*. Aufgerufen am 23. August 2024 auf Youtube.com unter <https://youtu.be/9mUw-GyhZ1HM?si=CSYdZ7rM6n-QsATu>.

„Scham“ als Kern-Affekt der Gestaltbildung in der „Arbeit am Tonfeld“

Workshopleitung & Autor: Manfred Poetsch



Manfred Poetsch, Foto: privat

Vorgelegt ist in der Arbeit ein rechteckiger Holzkasten, der mit Tonerde gefüllt und flach ausgestrichen ist und eine Schale mit Wasser. Die Haptik, der Tastsinn, als Feld leiblicher Verwirklichung, ist wesentliche Grundlage der Arbeit. Die Hände erleben sich im berühren als berührt, erfahren sich selbstwirksam am Anderen, erwerben greifend die Fähigkeit zu begreifen. Die Haptik als leibliche Sprache speichert, erinnert und bringt zum Ausdruck, was als Erfahrung im Leibgedächtnis aufbewahrt wird. Im Beziehungserleben kommen wir uns selbst am Anderen zu. Als differenzierte Entwicklungsbegleitung wirkt die Arbeit unmittelbar auf die Beziehungs-, Handlungs- und emotionale Entwicklung ein.

In der Gestaltbildung wird das Entstehen von Repräsentanzen einsichtig und deutlich. Durch fokussieren des Affektes und markiertes Spiegeln sind emotionale Regulation, Unterscheidung von eigenen und fremden Anteilen und Selbst-Verstehen möglich.

Scham als Kern-Affekt entsteht im intersubjektiven Bezug an der Grenze von Selbst und Anderen. Scham ist ein Schlüssel zur Identität; ein Schutz durch Achtung und Würde in Momenten persönlicher Preisgabe. Oder das Gegenteil als Störung der Gegenseitigkeit am Beispiel der frühen Bindungstraumatisierung: Das Bedürfnis nach Anerkennung des Selbst

wird nicht erfüllt. Es wird global in Frage gestellt und entwertet. Eine massive Entfremdung von Selbst und Welt ist die Folge. Als Quelle der daraus entstehenden Scham entsteht eine Selbst-Destruktivität mit erstarren und nicht sichtbar werden dürfen der Persönlichkeit. In der therapeutischen Begleitung besteht die Möglichkeit, das fremde Selbst zu identifizieren, die Wirkung des Introjektes zu verändern und eine Akzeptanz und Annahme des Kern-Selbst zu ermöglichen.

Inhalte des Workshops sind Selbsterfahrung und Beispiele zum Thema aus Praxis und Theorie.

Literatur: beim Autor

„Scham – ein ansteckendes Gefühl?“

Workshopleitung & Autorin: Stefanie Portele, Dipl.-Kunsttherapeutin (FH),
Heilpraktikerin für Psychotherapie, Esslingen



Stefanie Portele, Foto: privat

Die Scham gilt als doppelgesichtig, da sie sich einerseits auf den intrapsychischen Bereich der Selbst(wert)-Regulation bezieht und andererseits auf den intersubjektiven Bereich der Beziehungsregulation (1998, Joraschky).

Jeder kennt das unangenehme Gefühl: Wer sich schämt, möchte sich verkriechen, verstecken, im Erdboden versinken und sich vor den Blicken aller anderen verbergen. Es besteht die Gefahr in Therapien, dass schambesetzte Themen unausgesprochen und unentdeckt bleiben.

Da es darüber hinaus nicht nur für Patient*innen, sondern auch für Behandler*innen herausfordernd ist, sich mit diesen Gefühlen zu konfrontieren, werden schmerzhaft Affekte häufig abgewehrt und unkenntlich gemacht. So wird von Morrison geschrieben, „dass Scham die Erinnerung des Therapeuten an seine eigenen Scham-Erfahrungen blockiert und somit die gleiche Tendenz zum Verheimlichen und Verstecken hervorbringt“ (2010, S.164, Tiedemann zitiert Morrison, 1989).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt der reale Raum, insbesondere das Kunsttherapieatelier, eine entscheidende Rolle als sicherer Ort, der es den

jungen Patient*innen ermöglicht, sich kreativ und emotional auszudrücken. In diesem geschützten Umfeld haben Kinder und Jugendliche die Möglichkeit, belastende und oft schamhafte Themen zu bearbeiten, ohne dabei die Kontrolle über ihre Gefühle zu verlieren. Dies ist besonders relevant für die Entwicklung von emotionaler Resilienz und Selbstwirksamkeit, wie das Beispiel eines 10-jährigen Jungen eindrücklich zeigt.

Dieser Junge nutzte das Atelier als einen Raum, in dem er mit seinen inneren Konflikten künstlerisch experimentieren konnte. Seine Bilder, die er selbst als „hässlich“, bezeichnete, spiegelten unangenehme Emotionen und Themen wider, mit denen er sich schwer tat, sie verbal auszudrücken. Im Rahmen der Kunsttherapie konnte er sich diesen schwierigen Gefühlen annähern, ohne sich dabei überfordert oder entwertet zu fühlen. Die Kunstwerke dienten als Vermittler zwischen seinen inneren Erlebnissen und der Außenwelt, und ermöglichten ihm eine schrittweise Auseinandersetzung mit schambesetzten Inhalten.

Wie Tiedemann diesen therapeutischen Prozess beschreibt, lässt sich das Kunsttherapieatelier als ein „Sicherheitslabor für unangenehme Gefühle“ verstehen. Hier wird Kindern und Jugendlichen die Freiheit gegeben, kreative Risiken einzugehen und ihre Emotionen ohne die Angst vor negativen Konsequenzen zu erforschen. In diesem Setting bleibt ihre Handlungsfähigkeit gewahrt, da sie die Kontrolle darüber behalten, wie viel sie von ihren inneren Konflikten preisgeben und in welche Richtungen sie ihre künstlerischen Prozesse lenken. Gleichzeitig bewahren sie ihre Würde, da das Atelier ein urteilsfreier Raum ist, in dem kein Kunstwerk als „richtig“, oder „falsch“ bewertet wird.

Die Bedeutung dieses sicheren Raums zeigt sich insbesondere in der Schaffung eines Rahmens, in dem das Hässliche, das Unangenehme und das Schamhafte ihren Platz finden dürfen. Die Auseinandersetzung mit diesen Aspekten der eigenen Persönlichkeit

fördert nicht nur das Selbstbewusstsein und Selbstakzeptanz, sondern auch die emotionale Reifung.

Es ist nicht nur individuell, sondern auch kulturell bestimmt, wann genau man sich schämt. Gesellschaften legen Normen fest und bestimmen, was akzeptiert ist und was nicht. Weicht ein Aspekt von den sozialen Normen ab, ist dieser häufig schambesetzt. Dies kann eine abweichende Sexualität, das Aussehen, das Alter, Krankheit, Herkunft oder Armut betreffen; jede Abweichung kann ein Gefühl von Scham hervorrufen. Darüber hinaus kann Scham von unterschiedlicher Intensität sein, von „Peinlichkeit bis zu quälenden, alles umfassenden Selbstzweifeln“ (Marks, 2008, S. 1) reichen. Eine überbordende Scham kann höchste Einschränkungen für eine betroffene Person bedeuten. Bleibt die Scham unbewusst, wirkt sie sozial isolierend, lähmend und hemmend. Daher ist die Besinnung auf die eigene Scham für den*die Therapeut*in für einen bewussten Umgang mit der Scham der Patient*innen unumgänglich.

Jens L. Tiedemann erläutert in seiner Arbeit „Die Scham, das Selbst und der Andere“ (2010), dass Scham, wie bereits oben erwähnt, ein intersubjektives Geschehen ist. Sie bezieht sich auf das „Zwischen“, welches Menschen miteinander verbindet. Der soziale Vorgang der Scham spielt sich im Verbergen und Verhüllen durch Enthüllen und Selbstzeigen ab. Auch der Blick der anderen, vor allem der „tadelnde Blick“ (Rustin) oder der verinnerlichte „urteilende Blick“ deutet auf die Komplexität des Themas hin.

Das Schamerleben taucht in einer gesunden und normalen Funktion z. B. in der adoleszenten Entwicklung auf. An dieser Stelle ist sie ein wichtiger Affekt zur Regulation des Sozialerlebens und auch zur Regulierung des narzisstischen Gleichgewichts. Sie befähigt den Einzelnen, seine Privatsphäre in gesunder Weise zu schützen und zu entscheiden, bis zu welchem Grad sie*er sich gegenüber anderen Menschen öffnet oder verschließt. Dies regelt das Zusammenleben der Menschen. Die Würde des anderen zu achten, bedeutet in diesem Zusammenhang, dessen Schamgrenze nicht zu überschreiten. Dieses empfindliche Schamgefühl, mit welchem wir uns verbergen wollen, ist gleichzeitig eines, ohne dass keine Gruppe oder Gesellschaft auskommt.

In der frühen Erfahrung des Säuglings sind es die ersten Momente des Anschauens von Mutter und Kind, die in höchstem Maße sozialer Natur und elementar wichtig in der frühen Erfahrung des Kindes sind. Ist der Austausch des Sehens und Gesehen-Werdens gestört, werden Selbstbild und Selbstgefühl zutiefst beeinträchtigt. Margaret Rustin beschreibt in der Fachzeitschrift „Kinderanalyse“ den „tadelnden Blick“ der Mutter mit der tief verinnerlichten Scham. (Rustin, M., 2017, Scham in der Kindheit: sich schämen, beschämt werden und die Last der Scham der anderen. Kinderanalyse, 25 (4), S. 295–313). Kinder wachsen seelisch durch den Blick der Eltern und im Blick der Eltern. Der Gesichtsausdruck der Mutter, der Glanz oder die Mattheit in ihren Augen dominieren und definieren die unmittelbare Welt des Säuglings und damit sein Sein. Wenn der frühe Blick der Mutter verletzend ablehnend ausdrückt oder die mütterliche Unlust chronisch widerspiegelt, kann beim kleinen Kind durch die Wiederholung ein Gefühl entstehen, „verkehrt“ oder „nicht richtig“ zu sein, ohne etwas daran ändern zu können.

In Anlehnung an Winnicott beschreibt Caroline Neubauer (1987) die Wirkung der nicht spiegelnden Mutter mit den Worten: „Wenn die mich spiegelnde Mutter nicht spiegelt, sondern starr und abweisend ansieht, kann ich dem natürlichen Gefälle meiner Enttäuschung, meiner physischen Bewegung nicht folgen, bin ich auf der Hut, denn im Angesicht einer drohenden, starr oder abgewandt blickenden Mutter mich zu präsentieren, würde Vernichtung bedeuten“ (S. 60).

Jean Paul Sartre (1974) hat dies so formuliert: „Die Scham ist Scham über sich selbst, sie ist Anerkennung des Tatbestandes, dass ich wirklich jenes Objekt bin, das der andere sieht und aburteilt“ (S. 348). Im Besonderen ist es der aburteilende Blick des anderen, der als so schmerzhaft und belastend erlebt wird. Es ist ein Blick, der den anderen zu einem Objekt macht. Dieser objektivierende Blick des Gegenübers wird als Verachtung interpretiert. Der Mensch erlebt sich getrennt von anderen. Jegliche Verbindung scheint in diesem Moment getrennt zu sein. In seinem Erleben wird der Mensch durch den Blick zu einem Gegenstand, zu einer Sache. „Das Zentrale bei all diesen Inhalten, für die man sich schämt, ist die Angst [...], „man sei der Liebe nicht wert – ein Abgrund tiefen Unwertes und Ausgeschlossenheit“ (Wurmser, 1986, S. 27).

Scham greift die Würde des Menschen an und stellt die eigene Daseinsberechtigung infrage. Das zwischenmenschliche Vertrauen und auch die innere Sicherheit sind verletzt. Sie ist bewusst oder unbewusst hinter anderen Empfindungen und Verhaltensweisen oft verborgen. Die Vielfalt der Gefühle, um Scham zu verbergen, ist groß, zum Beispiel durch Wut, Aggression, Zorn, aber auch Zynismus. Sie dienen der Abwehr und lassen sich z. B. durch Angst und Neid ergänzen. Diese Strategien geben Anlass zur Verdrängung, Verleugnung und Projektion. So ist der eigentliche Affekt der Scham schwer zu fassen.

Leon Wurmser schreibt (1990, S. 25) dazu, dass Scham sich eher komplex und variabel zeige, verborgen wie oben beschrieben, hinter anderen Gefühlen.

Die Scham von Patient*in zwingt die*den Therapeut*in, sich mit seinen eigenen Gefühlen des Versagens, der Minderwertigkeit und der Inkompetenz zu konfrontieren.

Wie bereits oben erwähnt werden durch die Schmerzhaftigkeit des Affekts sowohl für die Patient*innen als auch die Behandler*innen diese Gefühle häufig abgewehrt und durch den Betreffenden unkenntlich gemacht.

In einer therapeutischen Arbeitsbeziehung ist es von Bedeutung, die eigene Aufmerksamkeit immer wieder auf die Möglichkeit einer auslösenden nonverbalen Schamdynamik zu lenken und zu überprüfen. Eine unbemerkte Schamsituation im therapeutischen Kontext kann von*em Patient*in als Verunsicherung empfunden werden und erneut für Beschämung sorgen. Gelingt es in einem „Sicherheitslabor für unangenehme Gefühle“ so Tiedemann, also in einem „sicheren Rahmen“, die Regulierung von Affekten und Emotionen zu erfahren, diese zu benennen und angemessen auszudrücken, erfährt das Selbst Stärkung und wird diese Regulierung übernehmen können.

Durch Symbolisierungsprozesse in der Kunsttherapie und bildnerischen Ausdruck im kreativ-therapeutischen Kontext sowie der Versprachlichung bisher nicht repräsentierter Affektzustände, können die Geschichten von Patient*innen und damit verbundene „blinde Flecken“ erkannt, verändert und vervollständigt werden.

Léon Wurmser hat in seiner Schamanalyse immer wieder den „Takt“ betont. Zu erwähnen sei an dieser Stelle, dass das Wort „Takt“ vom Lateinischen „tangere“ abgeleitet ist, was so viel wie „berühren“ bedeutet.

Empathisch und geduldig zu begleiten, den „Takt“ einzuhalten ist das „Bewusstsein der Schamnähe“ (1987, Wurmser, S. 224). Nähert man sich der Scham an, gilt es, dieses Schamgefühl „maßvoll“ und „dosiert“ zu erleben. Dieses maßvolle Schamerleben ist die „Hüterin des Selbst“ und der Selbstgrenze.

Eine Begegnung voller Respekt, Wohlwollen und nicht urteilender Akzeptanz und einer geduldigen und empathischen Begleitung kann vor neuen Verletzungen bewahren und zugleich Neugierde wecken. Gelingt es, mehr Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Selbstakzeptanz bei Patient*innen zu erreichen, kann die Selbstverachtung reduziert werden. Ist es möglich, die Schamgefühle zu mildern und Patient*innen wagen es daraufhin, anderen mehr von sich zu zeigen, eigene Gedanken und Empfindungen mitzuteilen und tritt die erwartete Zurückweisung nicht ein, so ist ein weiterer Schritt in Richtung Schammilderung getan. Durch die daraus folgende größere Selbstakzeptanz und Affektregulierungskompetenz kann Klarheit über eigene Gefühle und Bedürfnisse entstehen, die vorher durch Schamabwehr nicht ins Bewusstsein gelangen konnten.

Workshop Beschreibung

In diesem Workshop nähern wir uns anhand eines kunsttherapeutischen Fallbeispiels aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie der „doppelgesichtigen“ Scham an. Wir stellen uns die Fragen: Wie gehe ich mit dem Aufkommen von Scham im kunsttherapeutischen Einzelsetting um? Was könnte hilfreich und indiziert sein und was ist erneut beschämend und lähmend?

Praktisch beschäftigen wir uns mit kunsttherapeutischen Übungen zur Annäherung an das eigene Schamerleben unter Berücksichtigung von stabilisierenden und Sicherheit gebenden Methoden nach L. Reddemann. Dabei nähern sich die Teilnehmer*innen künstlerisch dem eigenen Schamthema und dessen innerem Anteil an. Durch den Selbsterfahrungsanteil soll eine weitere Reflexion der eigenen inneren Anteile ermöglicht und erfahrbar werden.

Doris Titze beschreibt in ihrem Artikel „Das Bild an sich“ (S. 321) das Phänomen, dass das Erschaffen von Bildern es Menschen ermöglicht, sich die Welt anzueignen und innere Anteile zu integrieren. Dieser Prozess scheint zeitlos und universell zu sein, da durch das künstlerische Schaffen die Möglichkeit entsteht, nicht nur die äußere Welt zu gestalten, sondern auch innere Konflikte und Ängste zu verarbeiten und zu transformieren. Das Bild dient dabei als Medium, um schwierige Emotionen, wie etwa Scham, zu externalisieren und somit greifbarer und bearbeitbarer zu machen. Auf diese Weise kann die künstlerische Auseinandersetzung zu einem Perspektivwechsel sowohl im Inneren als auch im Äußeren führen.

Ein wesentlicher Aspekt dieses Prozesses ist der sogenannte „liebvolle Blick“, der durch die künstlerische Arbeit entstehen kann. Indem sich die Teilnehmer*innen mit ihren inneren Konflikten oder schambelegten Themen künstlerisch auseinandersetzen, verändern sie ihre Sichtweise auf diese Themen. Der kreative Prozess erlaubt es ihnen, einen bewussten und zugleich mitfühlenden Zugang zu ihren eigenen verletzlichen Anteilen zu finden. Durch diesen veränderten Blick kann die Scham nicht nur thematisiert, sondern auch transformiert werden, um sie in einem neuen, integrierenden Licht zu betrachten.

Dieser Mechanismus der Bewältigung und Veränderung zeigt auf, wie bedeutend der kreative Ausdruck im therapeutischen Kontext sein kann. Die bildhafte Darstellung von inneren Konflikten eröffnet neue Wege, diese zu verstehen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Anstatt vor den unangenehmen Gefühlen zurückzuschrecken oder sie zu verdrängen, können sie durch das künstlerische Schaffen aktiv verarbeitet werden. Der Perspektivwechsel, der durch den „liebvollen Blick“ eingeleitet wird, trägt dazu bei, dass wieder Kontakt mit den eigenen Ressourcen aufgenommen -- und einen positiven Zugang zu emotionalen Herausforderungen stattfinden kann.

Literatur:

- Herford Marta, (2017), Guide, Show, Essay, Die innere Haut- Kunst und Scham, ISBN 978-3-93843327-0.
- Lammers, Maren, (2020), Scham und Schuld - Behandlungsmodulare für den Therapiealltag., Stuttgart: Schattauer.
- Marks, Stephan (2016), Scham - die tabuisierte Emotion., Ostfildern: Patmos Verlag.
- Marta Herford gGmbH (Hrsg.). (2017). Gesamtpaket: Die Innere Haut. Guide, Show, Essay. Publikationen zur gleichnamigen Ausstellung.
- Reddemann, Luise, Höfer, Silvia, Schäfer, Fee (2023), PITT® mit Kindern und Jugendlichen. (Leben Lernen, Bd. 339): Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie in der Praxis. 22. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, Luise, (2008), Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie., PITT® – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie (Leben lernen), Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rustin, M., (2017), Scham in der Kindheit: sich schämen, beschämt werden und die Last der Scham der anderen, Kinderanalyse 25(4), 295-313.
- Satre, Jean Paul (1974), Das Sein und das Nichts – Versuch einer phänomenologischen Ontologie. Reinbek: Rowohlt.
- Tiedemann, J., (2010), Die Scham, das Selbst und der Andere., In Psychosozial-Verlag
- Titze, Doris, (2012), Die Kunst der Kunst Therapie- Zeichen setzen im Bild. Zur Präsenz des Bildes im kunsttherapeutischen Prozess., Band 5, (Zeichen setzen im Bild. Band 5). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wurmser, Leon (2017). Die Maske der Scham., Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten, Hohenwarsleben: Westarp Science Fachverlag.

Ein freundlicher Weg, sich aus Scham und Schuld heraus zu schmelzen: Zapchen Somatics als somato-psychischer Zugang zur Selbstregulation

Workshopleitung & Autorin: Marion Reuter, Tanztherapeutin, LVR-Klinikum Düsseldorf



Marion Reuter, Foto: privat

Vorwort

Der ursprünglich vorgesehene Workshop konnte aus Krankheitsgründen durch Antje Scherholz nicht geleitet werden. Das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien dankt Marion Reuter herzlich dafür, dass sie spontan vor Ort vertreten konnte!

Zu Marion Reuter: Diplom Pädagogin, Tanztherapeutin, Lehrtherapeutin (BTD), seit 12 Jahren beim LVR-Klinikum Düsseldorf als Tanztherapeutin tätig, seit 15 Jahren Erfahrung mit Zapchen-Somatics, (Anerkennung als Zapchen-Übungsgruppenleiterin).

Wie entsteht Scham?

Toxische primäre Scham entsteht, wenn wir von den anderen nicht wahrgenommen werden, also unsere Existenz nicht bestätigt/gespiegelt wird; wenn bei Babys der Eindruck entsteht, dass sie nicht hätten existieren sollen (Eberhard-Kaechele, 2022). Kooperation, Zugehörigkeit und Körperkontakt helfen, diese tiefen Verletzungen zu überwinden. Zu allen dreien lädt dieser Workshop ein.

Auch Scham und Schuld dienen dazu, uns an die Regeln der Gemeinschaft zu binden und Zugehörigkeit zu sichern. Damit sollen letztendlich Abweichungen reduziert und Anpassung erreicht werden. Es geht also um angenommen bzw. ausgeschlossen werden. Gerade die misslungenen oder gar verweigerten Abstimmungsprozesse zwischen Eltern und Kind lassen Scham entstehen und das Gefühl, nicht „richtig“ zu sein (Eberhard-Kaechele, 2022).

Die heilende Wirkung von Freundlichkeit

Deshalb ist die grundlegende Freundlichkeit sich selbst gegenüber, auch den unangepassten Impulsen und Gefühlen gegenüber und deren Akzeptanz und wohlwollende Annahme sowohl Huhn wie Ei in Bezug auf die Überwindung von Scham und Schuldgefühlen. Zapchen widmet sich der Etablierung genau dieser Freundlichkeit sich selbst und anderen gegenüber und zeigt, wie man sich trotz allem wohlfühlen kann.

Zapchen-Somatic nach Julie Henderson

Der Workshop verstand sich in erster Linie als bewegungsbasierte Veranstaltung, die praktisch erprobte und dabei weitgehend anstrengungslose Übungen und Interventionen anbot, die auch bei sehr schambesetzten Themen und in vulnerablen Gruppen angewendet werden könnten. Schwerpunktmäßig wurden dabei die Basis-Übungen des Zapchen-Somatics nach Julie Henderson vorgestellt. Dabei geht es zunächst um leicht erlernbare Bewegungen, die helfen – ausgehend vom Körper – sich psychisch und somatisch zu entlasten und emotional selbstständig zu regulieren.

Beginnend auf der somatischen Ebene des Wohlbefindens gilt es, gewohnheitsmäßige – oft von Scham begleitete oder auch durch Trauma bedingte – belastende Muster abzulegen und mehr unterstützende

Regulierungsmöglichkeiten zu finden. Es handelt sich hier um einen somato-psychischen Zugang zur Selbstregulation, weil vom Körper ausgehend auf die Psyche gewirkt wird.

Darüber hinaus bietet Zapfen effektive Werkzeuge, mit deren Hilfe man freundlich zu sich selbst sein kann und auf eine Art und Weise für sich selbst sorgt, die grundlegend im Menschsein verankert ist. Das Praktizieren verkörperter Selbstwahrnehmung kann auch als spirituelle Suche aufgefasst werden, zumal die Übungen zu mehr Selbstwahrnehmung und zu größerer Wahrnehmung von Dingen, die als spirituell erachtet werden, beitragen: Gefühle von Verbundenheit, Mitgefühl, Liebe und Dankbarkeit, Hingabe und Akzeptanz. (Fogel, 2013, S.272-274). Gelegentlich gewähren die Übungen flüchtige Blicke auf die Gipfel der Wahrnehmung.

Bevor wir beginnen :

Eine interessante Lerntechnik von Milton Erickson besteht darin, die besonders wichtigen Themen an diese Stelle des Seminars „bevor wir beginnen“ zu stellen, da bei der Zuhörerschaft die Zweifel und Widerstände noch nicht so aktiv sind. Ansonsten blockieren gerade Gefühle wie Scham die Aufnahme wichtiger Informationen, die zu ihrer Bewältigung notwendig sind (Erickson, 1992, S.59-61).

Die Übung, die wir hier an dieser wichtigen Stelle – nämlich genau dann, bevor Schamgefühle einsetzen – durchgeführt haben, heißt:

Schaukeln

Das geht so:

Man setzt sich bequem hin, ganz egal wo oder wie, so, wie es einem am besten gefällt.

Anschließend beginnt man sich aus der Mitte des Körpers (im Hüftgelenk) zu bewegen; das kann ein sanftes Hin-und-her-schwingen des Oberkörpers sein, während die Beine und das Becken relativ stabil bleiben; das kann aber auch ein heftiges Hin-und-her mit Abheben des Sitzbeinhöckers sein; vielleicht können dies sogar Bewegungen sein, die etwas riskant sind, wenn man besonders viel Energie hat (Frank, 2011, S.135). Natürlich gelten auch sämtliche Variationen dazwischen: Sanftes Pendeln (wie bei einer Standuhr), kaum wahrnehmbares Minischwingen etc. In jedem Fall gilt für jede*n Patient*in: finde den Rhythmus und den Ausschlag, der gerade richtig für

dich ist und variere von Moment zu Moment, immer wenn sich etwas ändert. Auf diese Weise kann die Bewegung z.B. immer langsamer werden und/oder immer kleiner, immer weniger nach außen sichtbar und sich schließlich ganz auflösen und zum Stillstand kommen; selbst, wenn du dich dann noch innerlich ein bisschen weiter bewegst und spürst, wie die Flüssigkeiten im Inneren deines Körpers quasi „hin und her schwappen“.

Warum sich das Schaukeln lohnt:

Zellen, die lebendig sind, pulsieren; wenn sie sich wohler fühlen, pulsieren sie mehr. Schaukeln hilft, in den jeweils individuellen Rhythmus zu finden, der gerade gut zu dir passt und von dort aus das Pulsieren jeder einzelnen Zelle anzufeuern (Henderson, 2010, S. 34-35).

Kennenlernen und Zusammensetzung der Gruppe:

In Anbetracht der kurzen Zeit sich kennenzulernen wurde auf eine Vorstellungsrunde verzichtet. Stattdessen wurden verschiedene Fragen gestellt, deren Beantwortung leicht visualisiert werden konnte, indem sich die jeweils angesprochenen Personen auf bestimmte Ecken im Raum verteilten und so sofort ein klarer Eindruck der jeweiligen Mehrheiten entstand.

Folgendes stellte sich heraus: Die Verteilung zwischen den Verfahren war in etwa gleich unter Kunst-, Tanz-, Musik-, und Dramatherapeuten; es gab aber unter den am Workshop-Teilnehmenden eine über 2/3 Mehrheit in Bezug auf diejenigen, die „Tanz als Sport“ betreiben und einen noch höheren Anteil (4 von 5) derjenigen, die eine Meditationsform oder achtsame Praxis betreiben, die vom Körper ausgeht. Das waren dann Disziplinen wie: Thai Chi, Yoga, meditativer Tanz und ähnliches.

Übungen zum Einstimmen in den Körper

Der eigentliche Einstieg in den Workshop erfolgte durch die Übungen zum Einstimmen in den Körper. Man könnte auch sagen: Übungen, die auch möglich sind, wenn ein hohes Maß an Scham in der Gruppe herrscht und wenig Körpererfahrung da ist.

Vorwiegend geht es darum zu vergleichen zwischen

- a) vorne und hinten
- b) rechts und links (jeweils mittels Gewichtsverlagerungen und Vergleich der Seiten)
- c) oben und unten (mittels der Drehbewegung der

Arme und Vergleich Oberkörper versus Unterkörper)
Einfache Gewichtsverlagerungen (z.B. nach vorne auf den Vorfuß und dann nach hinten auf die Ferse) ermöglichen den Vergleich zwischen Vorderseite und Rückseite des Körpers. Beim Vergleich der Seiten lässt sich die Körperwahrnehmung sehr vereinfachen und alle Teilnehmenden können etwas dazu sagen: z.B. wie sich die Vorderseite im Vergleich zur Rückseite anfühlt; in welche Richtung die Bewegung leichter fällt; wie sich die rechte Seite im Vergleich zur linken anfühlt, ob es eine Seite gibt, die präferiert wird, oder ob sich die linke Seite im Vergleich zur rechten stabiler anfühlt: Die Gruppe kommt auf diese (scheinbar) einfache Art leichter und zuverlässig ins Gespräch über eigene Körpererfahrungen und es gelingt leicht, diese Erfahrungen sogar näher zu differenzieren.

Was ist Zapchen?

Das Wort kommt aus dem Tibetischen und hat viele Bedeutungen, deren Spanne von einer „die Ordnung erschütternden Unverschämtheit lebhafter Kinder“ bis zu dem „unvorhersehbaren, unsere gewohnten Muster durcheinanderbringenden Verhalten weiser Lehrer“ reicht. Allen Bedeutungen inhärent sind die Möglichkeiten für Veränderung und Reifung, die überraschend sein können und tiefer gehen, als wir ahnen.

Die Semantik des Wortes „Zapchen“ erkennt die Zähigkeit tief verwurzelter Gewohnheiten und Strukturen wohlwollend an und richtet die Aufmerksamkeit dennoch auf das, was jetzt – in diesem Moment, mit diesen Möglichkeiten – getan werden kann, um das sofort erreichbare Wohlbefinden zu unterstützen. (Henderson, 2010, S.21) Was dabei direkt und unmittelbar hilft:

Schütteln

Das geht so:

Beuge leicht die Knie, stehe oder tanze, springe, hüpf her, schüttle alle Körperteile; bevorzugt alle deine Gelenke!

Du kannst zum Beispiel bei den Handgelenken beginnen, dann über die Ellbogen (kreisen), Schultern (auf und ab), Hüften (hin und her) deine Knie (schlackern) und Fußgelenke kreisen (geht auch im Sitzen), wackele auch mit dem Kopf (aber sei vorsichtig). Suche und finde immer wieder deinen passenden Schüttelrhythmus. Du musst dich nicht schnell bewegen, die Bewegung sollte nur zu dir in diesem Moment passen. Du

kannst dabei hüpfen oder einfach wippen, du kannst dabei gehen oder stehen. Orientiere dich am Spaß an der Bewegung und hör auf, wenn es dir reicht.

Warum sich das Schütteln lohnt:

Von allen Möglichkeiten, die Lebendigkeit und Wohlbefinden unterstützen, gehören Schütteln und Wippen mit zu den am leichtesten verfügbaren Optionen. Das Schütteln und das Wippen unterstützen das Pulsieren im Körper und pulsieren ist Leben. Diese Bewegungen lockern, vitalisieren, stimulieren und lassen eine große Bandbreite an Variationen zu: vom Wippen mit den Zehen oder dem Kopf bis zum wilden Herumhüpfen und Schlackern mit allen inneren und äußeren Körperteilen. Jede am Workshop teilnehmende Person setzt eben die Bewegung um, die sie umzusetzen vermag; jeder kleine „Wipper“ hilft und jeder noch so kurze „Schüttler“ hebt die Stimmung.

Die Gruppe aus Tänzer*innen und bewegungsaffinen Menschen brauchte nicht lange motiviert zu werden. Alle Teilnehmenden waren bereit, sich zu bewegen und alles zu schütteln, was sich bewegen ließ. Tipp: Musiktitel wie „Blue“ oder „Shake it off“ eignen sich besonders gut. Eigentlich war diese Einheit nur für die Dauer eines Liedes gedacht, doch die Gruppe hatte so viel Bewegungslust, dass nach einem ersten Stück nicht Schluss sein konnte, sondern ein weiteres Lied gefordert wurde. Womit wir auch gleich bei der ersten Überlebensregel des Zapchen waren, die da lautet: „Wenn du dich gegen eine Übung sträubst, mache sie nicht.“ (Henderson, 2010, S.24) Die Gruppe tanzte und schüttelte also noch einen weiteren Titel alle Anspannung und Starrheit von sich. Anschließend hatten sich die Teilnehmenden verausgabt und mit einem Mal war Erschöpfung im Raum gegenwärtig und der spürbare Wunsch nach ausruhen und Verdauen des Erlebten.

Es ergab sich daher ein Gespräch in der großen Runde zu der im Raum stehenden Frage: Wie geht ihr mit Müdigkeit und/oder Erschöpfung um? Es zeigte sich, dass dieser Zustand (jede*m bekannt und mehrmals am Tag erfahren) in der Regel übergangen wird. Man puscht sich mit Kaffee oder rappelt sich mit Willenskraft wieder auf, lässt aber keine Pause zu. Eine der wichtigsten Übungen aus dem Zapchen nimmt gerade die Erschöpfung in den Fokus:

Nickerchen

Das geht so:

Im hinteren Teil der Turnhalle wurden vor Seminarbeginn bereits für alle Teilnehmenden Matten ausgelegt, sodass jede*r es sich gemütlich machen konnte, sich ein bequemes Plätzchen, suchte, ganz für sich allein oder vielleicht auch in freundlicher Gesellschaft.

Warum sich das Nickerchen lohnt:

(Dieser Text zum Nickerchen kann auch während des Eindösens vorgelesen werden)

Ein Nickerchen lohnt sich, weil wir uns viel zu oft, viel zu sehr anstrengen und damit alles, was wir erreichen in erster Linie Anstrengung und Leistung ist; so wird das Nickerchen zur vielleicht wichtigsten Übung, wenn wir versuchen wollen, Wohlbefinden zu etablieren und Stress abzubauen. Es ist essenziell, wenn wir nicht nur alles abarbeiten, sondern tatsächlich auch noch, was aus diesen Übungen lernen wollen. Dafür brauchen wir zwingend eine Phase, in der der Körper Gelegenheit bekommt, zu verinnerlichen, was er aus der Übung ziehen kann. Diese so wichtige Aufgabe erfüllt der somatische Teil unseres Seins beim Nickerchen. Die kleine Pause hat also das Potential, aus einer stressigen Veranstaltung beispielsweise ein Seminar zu machen, bei dem es wirklich möglich ist, etwas zu lernen – und das tiefer, schneller und dauerhafter als ohne diesen kleinen Moment der Entspannung und dabei ganz unabhängig vom jeweiligen Lerninhalt (Henderson, 2010, S.32-33).

Es entstehen einige Minuten der tiefen Ruhe und Entspannung. Diese werden von der Referentin wohlwollend begleitet, im tiefen Vertrauen darauf, dass sich zu gegebener Zeit wieder Bewegungsimpulse in der Gruppe regen, die dann als Signale zur Beendigung des Nickerchens aufgegriffen und verstärkt werden können. Das dauert in der Regel ca. 10 Minuten.

Wie kommt man danach wieder hoch?

Seufzen, Ächzen, Stöhnen und locker Hängen lassen

Wie geht das?

Sich locker hängen lassen, bedeutet auf der Bewegungsebene - besonders wenn man es vom Liegen aus beginnt - einfach, dass man den Po zuerst nach oben bringt und sich von den Hüftgelenken aus hängen lässt; ziehen, wippen etc. – mehr ist nicht nötig. Hängt die Wirbelsäule nach unten, hat sie Gelegen-

heit, den Raum zwischen den Wirbeln mit Flüssigkeit zu füllen und so den Bandscheiben zu neuer Spannkraft zu verhelfen (Henderson, 2010, S.52- 54).

Von da aus werden das Ächzen und Stöhnen ganz selbstverständlich. Man kann es damit kombinieren, die Arme in die Höhe zu schwingen und mitsamt dem Oberkörper wieder nach unten fallen zu lassen und dabei Geräusche von sich zu geben; bevorzugt Geräusche des Missfallens.

Warum sich das alles lohnt:

Diese Bewegung gibt allen Teilnehmenden die Gelegenheit, Einwände geltend zu machen; besonders die, von denen wir meinen, sie nicht äußern zu dürfen. Macht man dies in einer Gruppe, ergibt sich aus dem zunehmenden Ächzen, Jammern und Jaulen regelmäßig eine Eskalation des Stöhnens, die das individuelle Schamgefühl schlicht wegspült. Beim Ächzen und Stöhnen auf Kommando wird all der Protest, den man sich sonst nicht erlaubt, lustvoll zum Ausdruck gebracht. Wenn man es lange genug macht, schafft diese Übung praktisch zwangsläufig die Möglichkeit, über sich selbst und das ganze Universum herzhaft zu lachen .

Exkurs Humor:

Den Humor über das eigene Leid zu kultivieren ist etwas vom Wertvollsten, was man jemandem überhaupt mitgeben kann (Hehl, 2004, S.293-295). Die Fähigkeit, Wertschätzung und Liebe zu den Menschen mit Humor auszudrücken, macht (auf dem gleichen Weg, wie ein Quantensprung in der Physik) das eigentlich Unmögliche möglich: über Klippen, Brüche und Ungereimtheiten hinweg kann durch Humor zusammengeführt werden, was scheinbar nicht zusammenpassen will. Es lohnt sich, diese Ressource zu kultivieren.

Prusten und Pferde-Schnauben

Das geht so:

Beim Prusten pressen wir die Lippen aufeinander und blasen die Luft durch den (eventuell recht schmalen) Spalt, der dann noch zwischen den Lippen besteht (Henderson, 2010, S.68-69).

Beim Pferdeschnauben liegen die Lippen locker aufeinander und flattern daher auch zum Teil sehr kräftig. Sollte das nicht gelingen, empfiehlt es sich, zunächst die Lippen etwas anzuspannen, indem der Mund weit geöffnet wird und es danach nochmal zu versuchen.

Als Nebenwirkung der habituellen Anspannung und des Festhaltens der Muskulatur um den Mund herum kann ein Gefühl von Benachteiligung entstehen, das den Gedanken nahelegen kann: „Du bekommst einfach nicht, was du brauchst“. Pferdeschnauben löst diese Spannung und ist darüber hinaus lustig; Beides hilft, gegen alte Geschichten, die schon lange nicht mehr wahr sind oder es vielleicht sogar noch nie waren (Henderson, 2010, S.66-67).

Warum sich das Prusten und Pferde-Schnauben lohnt:

Das Prusten ist eine universelle Geste für Trotz und Ungehorsam, die nahezu allen Primaten angeboren ist und auch als solches in ihrer Bedeutung erkannt werden kann. Interessanterweise nutzen Babys schon vor Ablauf des ersten Lebensjahres diese Geste als Möglichkeit der Spannungsabfuhr. Bei Erwachsenen ist dieser Impuls oft so verschüttet, dass seine Bedeutung nicht mehr spontan erkannt werden kann. Wenn man aber selbst prustet, spürt man schnell: es hilft, sich gegen die Ungerechtigkeit der Welt aufzulehnen und sich nicht dafür zu schämen! Denn anstatt innerlich und energetisch zu kollabieren, was bei Erwachsenen häufig im Angesicht von Herausforderungen und Widerstand aus der Umgebung passiert, hat man Gelegenheit durch das Prusten Trotz frei und ungehindert auszudrücken, worauf ein entspannter Organismus in der Regel mit Freude reagiert (Henderson, 2010, S.69).

Es ging im Folgenden weiter mit Übungen zu zweit

Beim Üben-zu-zweit gibt es zunächst die oft schambesetzte Hürde der Partnerwahl. Dazu haben wir im Seminar eine Version erprobt, die sich spielerisch entlastet: Zunächst darauf achten, dass es eine gerade Zahl an Teilnehmenden gibt; dann halb so viel Seile wie Menschen ins Spiel bringen; die Seile alle zusammen in der Mitte festhalten, beide Seilenden herabhängen lassen; alle Teilnehmenden stehen drum herum und jeder ergreift ein Seilende. Die Referentin lässt die Seile los und siehe da: an jedem Seilende „hängt“ eine Person und diese paart sich mit der Person, die am anderen Ende „hängt“. Vielleicht muss noch eine kleine Findungsphase eingerechnet werden, falls die Seile sich verwickelt haben, was auch regelmäßig eine gruppendynamisch wertvolle Übung ist.

„Backe, backe Kuchen“

Das geht so:

Die einfachste Version ist: einander gegenüber stehen, die Hände voreinander halten, sich gegenseitig in die Hände klatschen, sich selbst in die Hände klatschen, sich selbst auf die Knie klatschen, sich selbst in die Hände klatschen, wieder dem Gegenüber in die Hände klatschen, wieder sich selbst in die Hände klatschen, auf die Knie ... (Komplexere Versionen gerne durch die Teilnehmenden erklären lassen)

Bei dieser Übung ist die Einhaltung strenger Regeln nicht wichtig oder gar zielführend. Es macht vielmehr Spaß, jedes Paar eine eigene, vertretbare Version herausfinden zu lassen und sogar mit verschiedenen Partner*innen verschiedene Versionen zu erproben. Bei diesem Spiel wird sehr schnell deutlich, wie spielen uns beim Erwerb komplexer Kompetenzen unterstützen und unsere Kreativität entfalten kann; es wird außerdem klar, dass wir nie damit aufhören sollten, zu spielen (Winnicott, 1985, S.62-63).

Warum sich „Backe, backe Kuchen“ lohnt:

Das Spiel lädt zu vielerlei ein:

Es ist eine spielerische Form, sich in Nähe und Distanz sowie angemessener Berührung zu erproben (nicht zu fest, nicht zu sanft, im mehr oder weniger „richtigen“ Rhythmus) und eigene Vorlieben dabei zu erleben. Die Übung kann zu Leistungsdruck oder in beglückende Verschmelzung führen, entsprechend dem „echten“ Leben. „Backe, backe Kuchen“ ist eine wirklich effektive, somatische Praxis, die Konzentration auf nur eine Sache zu lenken, dementsprechend eine praktische Übung für gerichtete Aufmerksamkeit. Diese Übung ist ebenfalls ohne Partner*in erfahrbar, indem man eine Wand oder ein anderes, in jedem Fall Widerstand bietendes, Gegenüber nutzt. In Situationen, in denen Scham oder Trauma aufflackern kann es einen großen Unterschied machen, diese Praxis abrufen zu können. „Backe, backe Kuchen“ ist nicht anwendbar, während man sich schämt, sich sorgt oder anderweitig grausam gegen sich selbst oder andere ist. Wenn man aber aufhört es „richtig“ machen zu wollen und ganz darin aufgeht es gemeinsam zu machen, erlebt man kurze, aber beglückende Momente des Zusammen-Seins. Gründe genug, „Backe, backe Kuchen“ zu versuchen.

Im Anschluss an die „Backe, backe Kuchen“-Übung haben die Teilnehmenden sich angeregt in Zweier-

gruppen ausgetauscht. Themen waren vor allem, wie der Körperkontakt über die Hände erlebt wurde, wie es gelungen ist (oder nicht) den richtigen Abstand zueinander zu finden und ob das Paar jeweils in einen für beide passenden Rhythmus gefunden hat. Die Übung hat spielerisch und leicht viel Nähe zwischen den Partner*innen entstehen lassen, was ihnen aber häufig erst in diesen anschließenden Gesprächen bewusst geworden ist.

Danach haben wir eine weitere Übung zu zweit durchgeführt. Sie greift das schon in der vorhergehenden Übung aufgeworfene Thema des (Augen-) Kontakts und der wechselseitigen Wahrnehmung auf und vertieft es weiter.

Wechselseitige Wahrnehmung (Mutuality)

Das geht so:

Zwei Personen stehen einander gegenüber. Zunächst wird ein für beide akzeptabler Abstand gefunden, nicht zu nah und nicht zu fern, sodass man sich gegenseitig ansehen kann. Dann schließen beide die Augen und verbinden sich mit der Wahrnehmung ihrer selbst. Es geht darum, einen stabilen Zugang zur eigenen Selbstwahrnehmung herzustellen. Ist dieser Zugang stabil, werden die Augen geöffnet. Wann das ist, entscheidet jede Person nur für sich. Geht ihr das Gefühl für „ich bin ich, ich spüre mich, ich nehme mich wahr“ verloren, schließt diese Person die Augen wieder und stellt ihre innere Beziehung zu sich erneut her.

Wenn sie die Augen öffnet, richtet sie ihre Aufmerksamkeit auf ihr Gegenüber: das kann in dem Moment seine Augen geschlossen oder geöffnet haben, je nachdem fühlt sich der Kontakt unterschiedlich an; dies wird wahrgenommen und nachgespürt. Sollte die eigene Aufmerksamkeit plötzlich ganz beim Gegenüber verschwinden, werden die Augen wieder geschlossen etc. Die Übung läuft nonverbal ab.

Warum sich Wechselseitige Wahrnehmung/ Mutuality lohnt:

Manchmal verlieren wir den Kontakt zu uns selbst; manchmal nehmen wir andere nicht genügend wahr; manchmal verlieren wir den Kontakt zu uns selbst, weil wir zu viel Aufmerksamkeit auf andere richten. Manchmal ertragen wir die Aufmerksamkeit, die andere auf uns richten, nur schwer oder gar nicht. Wir wol-

len der Gemeinschaft zugehörig und autonom sein, wir wollen verschmelzen und uns selbst spüren. Mit jeder dieser Bewegungen ist die jeweils andere gefährdet, verloren zu gehen. Immer wenn wir uns einem dieser Pole nähern, laufen wir Gefahr, den anderen aus dem Blick zu verlieren. All diese Varianten können in dieser Übung bewusst erfahren werden. Sogar die Fähigkeit sich selbst und einen anderen zur selben Zeit als real zu erleben, kann verbessert werden.

Außerdem ist die wechselseitige Wahrnehmung eine erstklassige Quelle, um Mutuality zu üben (Henderson, 2010, 114-115). Mutuality bedeutet, sich selbst und den anderen zur selben Zeit als real zu erfahren. In den fortgeschrittenen Übungen zum Zapfen spielt das Erleben von Mutuality eine große Rolle. Nach meiner Erfahrung ist es die Voraussetzung für Mentalisierung (Schultz-Venrath, 2013) und damit eine grundlegende Fähigkeit zur Wahrnehmung unserer Selbst und der uns umgebenden Menschen. In einer Welt, in der die unterschiedlichen Vorstellungen davon, was real ist, täglich zunehmen, lohnt es sich, der Weiterentwicklung dieser Qualitäten Aufmerksamkeit zu schenken. Da es sich hier um eine genauso notwendige wie komplexe Fähigkeit handelt, wäre es wünschenswert, wenn viel mehr Menschen als bisher die Gelegenheit bekämen, diese zu erlernen.

Anschließend haben die Partner*innen sich wieder in der Dyade ausgetauscht. Auch hier war das Thema die Nähe zueinander, die sich sehr schnell und intensiv zwischen den Übungspartner*innen eingestellt hatte und unterschiedlich erlebt wurde. Mehrfach wurde erwähnt, dass die Übung ein Bewusstsein dafür entwickelt hat, dass es möglich ist, sich aus dem Kontakt herauszunehmen, wenn der Kontakt individuell als zu intensiv erfahren wurde, indem man die Augen einfach wieder schloss. Mehrere der Teilnehmenden haben Bezug auf die Erfahrung genommen, dass die eigene Aufmerksamkeit in hohem Maße dem Gegenüber zufließt, wenn der oder diejenige in dem Moment gerade die Augen geöffnet hatte. Einige betrachteten es als hilfreich, diesen Zufluss bewusst zu erleben – in Bezug auf die Verbindung zu sich selbst – und experimentierten interessiert damit, die Aufmerksamkeit in Bezug auf das Gegenüber bewusst zu dosieren.

Wie wird der intensive Blickkontakt erlebt? Sehr unterschiedlich: als große Nähe, als Intimität, teil-

weise auch als „überflutend“, aber durch die Option, die Augen wieder schließen zu können, eben auch als eine Art Training für diese Form des Überflutet-Werdens eine Lösung einzuüben.

Abschließend gab es einen regen Austausch in der Großgruppe zu den Erfahrungen mit den einzelnen Übungen. Auch im Nachhinein gab es noch Rückmeldungen der Teilnehmenden zur Nachwirkung des Seminars, die mich als Referentin sehr gefreut haben. Für mich war sehr berührend zu erleben, wie schnell die Gruppe zusammengefunden hat, sich verausgabt hat, sich vertrauensvoll abgelegt hat, wiedererwacht ist, um sich auf neue und zum großen Teil unbekannte Erfahrungen weit einzulassen. Ich danke den ca. 20 Teilnehmenden für ihr Vertrauen und ihr Engagement.

Literatur:

- Eberhard-Kaechele M. (2022). Scham, Schuld & Verantwortung, Fortbildung für die Tanztherapeutinnen der LVR Klinik Düsseldorf vom 30.11.-01.12.2022.
- Erickson M.H. (1992). Meine Stimme begleitet Sie überallhin. (5. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fogel A. (2013). Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Fonagy P. Et al (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Kett-Cotta.
- Hehl F. (2004). Humor in Therapie und Beratung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag GmbH.
- Henderson, J. (2010). Embodying Well-Being oder Wie man sich trotz allem wohl fühlen kann (3., überarb. und erw. Aufl.). Bielefeld: AJZ-Druck und Verlag GmbH.
- Schultz-Venrath U. (2013). Lehrbuch Mentalisieren, Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart: Kett-Cotta.
- Winnicott D.W. (1985). Vom Spiel zur Kreativität. (3. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank R. (2011). Therapieziel Wohlbefinden, Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. (2. Aufl.) Berlin: Springer Medizin.

Ich finde meine Stimme wieder

Elisabeth Heymann Röder



Elisabeth Heymann Röder, Foto: privat

Dieser Workshop konnte aus Krankheitsgründen nicht stattfinden. Dennoch hat Elisabeth Heymann Röder dem LVR-Fachforum Künstlerische Therapien den geplanten Inhalt freundlicherweise schriftlich zur Verfügung gestellt:

Informationen zur Sprachförderschule

An der Sprachförderschule habe ich viele Kinder kennengelernt, die teilweise verstummt waren. Sie haben wenig, leise oder „piepsig“ gesprochen. Blickkontakt war manchmal schwierig, einige haben überhaupt den Kontakt gemieden. Ich konnte sehen, „hören“ und spüren, dass sie sich schämten.

Kinder mit der Diagnose „Sprachentwicklungsverzögerung“ haben bis zum Schuleintritt noch nicht die notwendige Sprachfähigkeit erlangt. Sie brauchen mehr Zeit und viel Unterstützung, um alle Laute zu bilden (Mundmotorik), um ihren Wortschatz zu erweitern und um den Satzbau zu üben. Als Voraussetzung dafür muss ganz besonders die akustische Differenzierungsfähigkeit trainiert werden.

Manche Kinder hatten so große Lücken in ihrer Sprache, dass sie mit sechs Jahren nur mit Mühe oder gar nicht zu verstehen waren. Das war für solche Kinder

schwer auszuhalten. Fast alle diese Kinder haben in der Vergangenheit oft erlebt, dass sie auf Unverständnis stießen, dass sie ausgelacht wurden – beschämt wurden.

Die Stimme ist ein empfindsames Organ. Der Stimmapparat mit seinen vielen feinen Muskeln hält, gerade bei Kindern, erstaunliche Belastungen aus. Das Kommunikationsorgan „Stimme“ ist dagegen von „Stimmungen“ abhängig. Wenn die Stimme kritisiert wird, sich nicht verständlich machen kann, beschämt wird, zieht sie sich zurück und versteckt sich wie in einem Schneckenhaus.

Kinder, die beschämt und verängstigt sind, vermeiden demnach das Sprechen und ziehen sich in der Gruppe zurück.

Über diese Scham hinaus kann starke Beschämung zu einer Traumatisierung führen. Traumatisierte Kinder wirken verstört, sind sehr still, scheinen versteinert oder wie eingemauert. Eine Kontaktaufnahme und die Gestaltung von Beziehungen sind ihnen nur schwer möglich.

Musiktherapie

Musiktherapie ist erfahrungsgemäß ganz besonders geeignet für stille Kinder.

Vor allem mit pädagogisch-therapeutischen Musikspielen und Stimmspielen gelingt es fast immer, diese Kinder aus der Reserve zu locken. Wenn das Nicht-Sprechen zur Gewohnheit geworden ist, müssen einige Hemmschwellen überwunden werden. Nach und nach kommen die Kinder durch die musiktherapeutische Arbeit aus ihrem Schneckenhaus heraus und trauen sich immer mehr „Stimme“ zu.

Musiktherapeutische Spiele, um die Stimme her- vorzulocken

Laut-Leise

Im Rollenspiel mit unterschiedlichen Lautstärken können die Kinder mit ihrer Stimme experimentieren und überwinden dadurch Sprechhemmungen. Das in seiner Einfachheit vielleicht banal wirkende Spiel ent-

spricht den Sprachfähigkeiten der Kinder. Es kann in dem sehr lauten oder ganz leisen Spiel viel Dynamik und Spaß entfalten.

Spiel:

Ein Kind sitzt auf dem Stuhl in der Mitte, ein Mitspieler oder eine Mitspielerin kommt zu Besuch. Er oder sie kommt von draußen in den Raum, schließt die Tür, geht zu dem Kind auf dem Stuhl und begrüßt es:

„Guten Tag!“ Antwort: „Guten Tag!“

„Wie geht es dir?“ Antwort: „Gut.“

„Sollen wir etwas zusammen spielen?“ Antwort: „Ja.“

Beide wählen sich ein Instrument, stellen sich vor die Klasse und spielen zusammen eine kurze Musik.

Natürlich bekommen die Spielenden Beifall für ihren gemeinsamen Auftritt.

Je nach Wahl spielen zwei Kinder laut oder leise.

Wenn „Herr Laut“ zu Besuch kommt, müssen beide Spielende alles sehr laut machen: das Schließen der Tür, die Schritte, das Sprechen und die Musik. Dabei geht es nicht um Schreien oder eine sich überschlagende Stimme, sondern um sehr kräftiges, entschiedenes Sprechen.

Wenn „Frau Leise“ zu Besuch kommt, wird alles sehr leise, raunend, vielleicht flüsternd ausgeführt. Das fast pantomimisch gespielte Gespräch kann zu geheimnisvollem oder „Clown-artigem“ Spiel werden. In einer zweiten Runde spielt jedes Kind das Gegenteil von dem, was es in der ersten Runde gespielt hat.

Geisterschloss

In diesem Spiel werden auch stille Kinder herausgefordert, mit ihrer Stimme laut zu werden – schließlich wollen sie als bedrohliche Gespenster den Ritter vertreiben. Das Überwinden ihrer Hemmungen wird unmittelbar belohnt durch das Fliehen des Ritters.

Die Kinder lieben es nicht nur, furchterregende Geister zu spielen, sondern auch den Ritter mit „der großen Klappe und dem Schiss in der Hose“.

Material: ein Becken (Gong), ein Hocker (o.Ä.) für die Wendeltreppe

Spiel:

Der Musikraum verwandelt sich imaginär in ein Geisterschloss. In einer Ecke des Raumes befindet sich der Keller mit den U-Gespens-tern, in einer anderen Ecke der große Schrank im Flur mit den O-Gespens-tern. In der dritten Ecke stellen wir uns die Küche mit den A-Gespens-tern vor, und in der vierten Ecke kann man um einen Hocker herum eine gedachte Wendel-

treppe den Turm hinaufsteigen, zu den I-Gespens-tern. Ein Kind (vielleicht auf einem Tisch sitzend) spielt mit dem Becken eine Kirchturmuh-ur, und ein Kind wartet an der Tür als Ritter. Die restlichen Kinder wählen, welches Gespenst sie sein möchten und verteilen sich in die Ecken des Raumes. Das Licht wird ausgeschaltet und die Spielleiterin erzählt die Geschichte, die von den Kindern gespielt wird.

Geschichte:

Es war einmal ein Ritter, der kam in ein Dorf. Dort gab es in der Nähe ein altes Schloss. Die Leute sagten:

„Geh bloß nicht in das Schloss! Dort spukt es!“

Aber der Ritter sagte: „Ich fürchte mich vor gar nichts! Ich bin der mutigste Ritter der Welt!“

Als die Geisterstunde um Mitternacht begann, ertönten zwölf Gongschläge. Da ging er in das Schloss.

Er sah die Kellertreppe und dachte: „Zuerst geh ich in den Keller.“ Er ging ganz langsam und sagte sich zitternd: „Ich bin doch der mutigste Ritter. Ich fürchte mich vor gar nichts!“

Da hörte er aus der Ferne ganz leise: „Uuuuu.“ Das waren die U-Gespens-ter im Keller. „Soll ich noch näher heran gehen?“ fragte er schlotternd. Er ging einen Schritt weiter und hörte etwas lauter: „Uuuuuu!“

Dann ging er ganz nah heran, da war das U ganz laut: „Uuuuuu!!!“ Er kehrte um, rannte zurück, die Treppe wieder hinauf, und seufzte: „O, das ist noch einmal gutgegangen!“

Am liebsten wollte er sofort nach Hause gehen, aber nein, er war ja der mutigste Ritter der Welt.

So ging der Ritter weiter den Flur entlang zum großen Schrank mit den O-Gespens-tern, zur Küche, öffnete die Tür, darin waren die A-Gespens-ter, und den Turm hinauf zu den I-Gespens-tern. Jedes Mal musste er fliehen und kam so gerade noch davon.

Zum Glück schlug die Turmuhr nun einmal. Die Geisterstunde war zu Ende.

Mikrofon-Spiele

Obwohl ein Mikrofon die Stimme verstärkt, schüch-tert der Gebrauch des Mikrofons nach meiner Er-fahrung auch stille Kinder nicht besonders ein. Ein „Mikro“ ist so attraktiv, dass sie, mit ein bisschen Angstlust, ihre Stimme erproben.

Wir sitzen im Kreis, ein Mikrofon, mit langem Kabel an einen Verstärker angeschlossen, wird reihum weitergegeben. Für jede Runde gibt es eine Aufgabe. Der Einstieg sollte es auch schüch-ternen Kindern ermöglichen, mitzumachen:

Mit dem Mikrofon Geräusche machen durch Wischen auf der Hose, Klopfen auf das Mikrofon oder Ähnliches. Ins Mikrofon pusten, schnalzen und andere Geräusche machen, noch ohne Stimme.

Quatschgeräusche mit der Stimme machen: Tierstimmen, Motorgeräusch, Räuspern.

Quatschtöne vor- und nachmachen: Uaaah, iih, heeh usw., dabei die Stimme z.B. von unten nach oben, von oben nach unten oder in Bögen führen.

Eine Wetteransage ausdenken, z.B. einen dramatischen Sturm ansagen.

Jeweils das nächste Kind interviewen: Wie heißt du?

Wie alt bist du? Was ist dein Hobby? Was machst du in der Schule am liebsten?

Ein bekanntes Lied singen, reihum jedes Kind eine Zeile (mit meiner Unterstützung durch die Gitarre).

Wer traut sich, eine Strophe ganz allein zu singen? Oder zu zweit?

Spiele mit der Verfremdung der Stimme

Ein Kazoo, ein Spiel-Mikrofon mit Echo, ein Schlauch oder Ähnliches verfremdet die Stimme. Da die Stimme dabei halb versteckt und halb gezeigt wird, trauen sich eingeschüchterte Kinder durch so ein Gerät, laut zu werden.

Kazoo-Spiele

(Ein Kazoo ist ein kleines Blasrohr mit einer Membran, das angesungen wird.)

Geräusche imitieren:

- Lachen, weinen, gackern, quaken, krähen.
- Geräusche eines Rennautos, eines Traktors, eines Autos, das nicht anspringt.
- Ein Lied oder einen Kanon „singen“.
- Ein Dialogspiel mit verschiedenen Rollen:
- Zwei Personen in einem imaginären Gespräch, z.B. beim Fußball-Schauen, in einem Modeladen, als Verliebte bei Vollmond draußen.
- Variation: Eine dritte Person mischt sich von der Seite ein.
- Besuchsspiel: Eine Person steht an der Tür und „sagt“: Hallo!
- Die andere Person bittet sie herein, führt sie in die Wohnung, und eine beliebige Szene kann sich entwickeln.

Spiele mit Tierstimmen

Speziell für Kinder, die noch nicht richtig sprechen können, sind Spiele mit Tierstimmen attraktiv: Bellen,

miauen, krähen, wie ein Wolf heulen oder wie ein Bär brummen kann jedes Kind, weil es dabei keine schwierigen Laute und keine Sätze sprechen muss. Dabei können mit den Tierstimmen alle Emotionen geäußert werden, Dialoge oder Auseinandersetzungen gespielt werden.

Hund und Katze

Bei diesem Kontaktspiel kann im Rollenspiel alles eingesetzt werden, Körperkontakt und Stimme, Gestik und Mimik. Die Kontaktaufnahme kann vorsichtig oder stürmisch sein; manche Kinder schleichen auf allen Vieren stumm umeinander herum, andere rollen schreiend zu zweit über den Teppich.

Die Spielregel:

Ein Kind wählt einen Spielpartner oder eine Partnerin und beide entscheiden, ob sie Hund oder Katze sein möchten. Es kann auch zwei Hunde oder zwei Katzen geben. Zusammen wählen sie ein Kind als Schiedsrichter oder Schiedsrichterin.

Die beiden Spielenden hocken sich einander gegenüber auf den Teppich. Die Fairness-Regeln sind besprochen: Hund und Katze dürfen miteinander spielen, sich necken, sich anbellern und miauen usw., aber sie dürfen sich nicht verletzen. Der Schiedsrichter oder die Schiedsrichterin beobachtet, pfeift ggf. und sagt, was er oder sie gesehen hat. Auch die Spielenden haben das Recht, durch ein „Stopp“ das Spiel zu unterbrechen.

Die Spielleiterin gibt das Startzeichen für das Spiel mit einem Glissando auf dem Xylofon. Wenn sie als Schlusszeichen mehrmals den Ton c spielt, müssen die beiden Akteur*innen ihr Spiel beenden, aus der Rolle aussteigen und aufstehen, sich die Hand geben und sagen: „Es hat Spaß gemacht“. Während sie auf die Plätze gehen, spielt die Spielleiterin eine Beruhigungsmusik – langsam die Tonleiter abwärts von c bis c, jeden Ton wiederholend.

Anschließend hat zuerst der Schiedsrichter oder die Schiedsrichterin das Wort, dann sagen Hund und Katze etwas zu ihrem Spiel und auf Wunsch auch die Kinder, die zugeschaut haben, wie auch die Spielleiterin.

Ja-Nein-Trommel

In diesem Spiel geht es um eine gespielte Aggressions- oder Konfliktsituation. Unterstützt durch das Trommeln kann und darf die Stimme sehr laut werden: ein dynamisches Spiel!

Material: zwei stehende Trommeln mit strapazierfähigem Trommelfell, am besten Schlagzeugtrommeln, ein oder zwei Schlagstöcke für jedes Kind.

Zunächst wird die Spielregel nur mit Trommeln eingeführt:

Ein Kind wählt sich einen Partner oder eine Partnerin. Beide sitzen sich gegenüber mit jeweils einer Trommel vor sich. Die Regel wird erklärt: „Spielt abwechselnd. Fangt leise an, so leise wie möglich, werdet in jeder Runde ein bisschen lauter, bis ihr so laut seid, wie es für euch gut ist. Wenn möglich, schaut euch dabei an.“

Alle anderen Kinder dürfen sich die Ohren zuhalten, wenn es ihnen zu laut wird.

Anschließend kommen die Stimmen ins Spiel:

Es gilt die gleiche Spielregel. Zusätzlich zum Trommeln sagt eins der beiden Kinder „Nein“ und eins „Ja“. Die Stimmen sind genauso wie die Trommeltöne am Anfang so leise wie möglich auszuführen und werden bei jedem Wechsel etwas lauter.

„Wer will ja sagen, wer möchte nein sagen? Wenn es geht, guckt euch dabei an.“

Mit den Trommeltönen steigern sich die Stimmen vom Flüstern bis zum Schreien.

Zum Schluss äußern sich zuerst die beiden Spielenden, wie es ihnen ergangen ist, dann können die Zuschauenden Beobachtungen mitteilen.

Musiktherapie bei traumatisierten Kindern

Es gibt einen Unterschied in der Therapie, wenn es sich bei stillen oder das Sprechen verweigernden Kindern um traumatisierte Kinder handelt. Hier sind unter der Oberfläche des Verstummt-Seins heftige Gefühle von Schmerz, Wut oder Aggressionen verborgen. Der Prozess so einer Therapie verläuft kaum gleichmäßig, scheint oft zu stocken, oder es kann unerwartete Entwicklungen geben. Sobald sich eine Tür zu den Emotionen des Kindes öffnen lässt, können die Gefühle explodieren. Es kann zu einer Phase starker Aggressionen und Gefühlsausbrüchen kommen, die schwer zu regulieren sind. In einem intensiven Prozess wird das Kind begleitet und geschützt, mit seinen Emotionen und Erinnerungen aufgefangen und angenommen. Nach und nach können die Gefühle befriedet werden, eine positive Kontaktaufnahme und Beziehung wird möglich, Vertrauen entsteht. Ein Sprechen über die Probleme wird möglich.

Ich möchte in diesem Zusammenhang das „Safe-Place-Konzept“ nach Katz-Bernstein vorstellen, das mir in meiner Arbeit mit Kindern in Zusammenhang mit der Musiktherapie sehr geholfen hat.

Konzept des Safe Place (nach Katz-Bernstein, 1996)

Im Kern dieses Konzepts, das ich hier nur sehr verkürzt darstellen kann, geht es um die konkrete Hütte, eine Höhle, ein Versteck, einen Raum im Raum. Das Konzept ist vorrangig geeignet für Kinder bis neun Jahren, die mit ihrem altersgemäßen Spielverhalten im Rollenspiel ihre Probleme darstellen.

Katz Bernstein hat mit einem Kind zusammen eine Hütte gebaut, aus Pappen, Matratzen, Tüchern. Ihr war es wichtig, dass das Kind seinen eigenen sicheren Raum gestaltet. Ich hatte dafür keine Möglichkeiten, weil mein Therapieraum auch der Musik-Unterrichtsraum war. Ich habe zwei Tischhäuser fest installiert, die ich im Unterricht und in der Therapie genutzt habe. Wichtig war, dass man sie öffnen und schließen konnte – in meinem Fall mit einem Vorhang an der Vorderseite.

Die Kinder haben diese Höhlen akzeptiert, haben Kissen oder Decken mit hineingenommen, selbst ausgewählte Instrumente oder eine Tierhandpuppe, und sie dadurch zu ihrem eigenen Ort gemacht.

Ein traumatisiertes Kind, das sehr beschämt wurde, möchte sich immerzu verstecken. Diesem Kind sieht man meistens an, wie verstört und ängstlich es ist. Es steckt wie in einem Schutzpanzer, den es sich angelegt hat, um niemanden an sich heran zu lassen. Das Kind bekommt eine Hütte für sich allein angeboten. Niemand wird dort ungefragt hineinkommen. Es verfügt selbst über diesen kleinen eigenen Raum. Es erlebt ein Stück Autonomie. Es entscheidet selbst, ob es diesen Raum ganz schließt oder ein wenig öffnet, ob es da drin bleibt oder herauskommt. Wenn es einmal herauskommt, kann es sich jederzeit wieder dorthin zurückziehen; es hat diesen sicheren Ort zur Verfügung.

Man kann in diesem Zusammenhang von „erlaubter Scham“ sprechen – „Es ist in Ordnung, dass du dich versteckst“. Geschützt in dieser Hütte kann das Kind den eigenen Schutzpanzer nach und nach ablegen. Das Besondere ist, dass diese geschlossene Höhle akustisch offen ist. Das Kind hört akustische Signale von mir als Therapeutin, ich kann es ansprechen, ansingen, Geräusche oder Musik machen oder spre-

chen, und das Kind nimmt die von mir ausgehenden Klänge wahr. Gleichzeitig höre ich das Kind. Die Erfahrung zeigt, dass ein Kind, das vorher unfähig war, zu kommunizieren und in Kontakt zu treten, aus dem Versteck heraus beginnt, sich zu äußern. Vielleicht sind zuerst Trommeltöne oder andere Klänge zu hören. Die Stimme zeigt sich ganz leise, hinter Klängen versteckt oder mit einem Spiel-Mikrofon verfremdet.

Es sind emotionale klangliche Äußerungen – heulen, piepsen, schreien, klagen, drohen.

Ich kann als Therapeutin antworten. Ein Prozess beginnt, der ohne diesen „Safe Place“ viel schwerer anzuregen gewesen wäre. Ein Beispiel dafür ist die zweite Fallgeschichte von Micha.

Fallgeschichten

Nadine*, eingeschüchtert durch Sprachprobleme

Nadine, sieben Jahre alt, stotterte, wie ihr Vater und ihre Oma. Weil sie sich wegen ihres Stotterns schämte und es verbergen wollte, so vermuteten wir, verweigerte sie in der Schule das Sprechen. Ihr stummes Verhalten zeigte sich nur im Unterricht und im Kontakt mit den Lehrerinnen. In den Pausen hatte sie guten Kontakt zu den Kindern und sprach mit ihnen. Am Ende des ersten Schuljahres, bevor die Therapie begann, sprach sie einzelne Worte im Unterricht. Die ersten Stunden in der Therapie waren von wildem und lautem Spiel mit dem Schlagzeug und der Hexe (eine kleine Handpuppe) geprägt. Nadine schlug sehr laut auf die Schlagzeug-Instrumente, jagte mich als Hexe durch den Raum und verzauberte mich in einen Hund. Sie war gnadenlos, wenn ich darum bettelte, wieder entzaubert zu werden.

Dabei verständigte Nadine sich mit einzelnen Worten. Ich spürte in ihrem Spiel Macht und Streitlust, vielleicht sogar Hass, auf der anderen Seite Ohnmacht und Hemmungen, an der Grenze zur Demütigung. Dazwischen erklangen zarte Töne mit dem Metallofon – sie liebte auch leise Töne.

In der vierten Stunde holte sie sich das Mikrofon und stimmte in dem Schlagzeug-Lärm ein Hexengeheul an – ich hörte ihre kräftige Stimme. Daraus entwickelte sich das Singen einiger Lieder. Nadine wurde ruhiger, die Hexe ging für heute schlafen. (Stotternde zeigen beim Singen keine Symptome und können so einmal entspannt ihre Stimme erleben.)

In der folgenden Stunde konnten wir über ihre Situation in der Familie und in der Schule sprechen, über

ihr Problem des Stotterns, was in der Familie ein Tabu zu sein schien.

Es folgte eine Phase, in der die Therapie ins Stocken geriet – weder mit Instrumenten noch mit Handpuppen oder mit der Stimme kam unser Spiel in Fluss.

Eine Szene aus der achten Stunde

Auf einem Flohmarkt hatte ich eine Zwergen-Stoffpuppe gefunden, die keinen Mund hatte. Ich zeigte sie Nadine. Dieser Zwerg, der ja offensichtlich nicht sprach, führte mich zu einer Spielidee mit einem Rede-Haus und einem Nicht-Rede-Haus. Nadine ging sofort darauf ein, wählte eins der beiden Tischhäuser als Rede-Haus, eins als Nicht-Rede-Haus.

Sie nahm den Zwerg und legte ihn ins Nicht-Rede-Haus, die kleine Hexe, die pausenlos redete, ins Rede-Haus. Sie wählte noch den Igel und ging mit ihm ins Nicht-Rede-Haus. Ich wählte zu der Hexe das kleine Pferd für das Rede-Haus.

Es kam ein lebendiges Spiel in Gang, in dem wir beide die Häuser wechselten. Nadine kam mit dem Igel ins Rede-Haus, sprach nicht viel, antwortete mit einzelnen Worten. Sie ging zurück ins Nicht-Rede-Haus. Pferd: „Soll ich mitkommen?“ „Ja.“ Unterwegs fragte das Pferd: „Kann man denn im Nicht-Rede-Haus so „hm hm“ machen?“ Igel: „Ja.“

Im Nicht-Rede-Haus fühlte ich bei mir Entspannung, aber auch das Ungewohnte. Wir wechselten wieder zum Rede-Haus. Ich spielte die Hexe, die viel redete, und fühlte mich auch hier erleichtert, ungezwungen drauflos sprechen zu können, ohne Hemmungen der nicht-sprechenden Nadine gegenüber.

Im Verlauf des Spiels weigerte die Hexe sich, ins Nicht-Rede-Haus zu gehen: „Das halte ich, glaube ich, nicht aus!“ Der Zwerg kam dagegen ins Rede-Haus (mit Nadine), aber er weigerte sich auch hier zu sprechen. Die Hexe wunderte sich darüber.

Dieses spielerische Sprechen und Nicht-Sprechen nahm Druck aus dem „Problem“. Wir waren im Fluss, das Spiel machte Spaß und es führte zu kreativen Ideen.

Unser Spiel wurde wieder lebendig, kreativ, die Grenze zwischen Sprechen und Nicht-Sprechen lockerte sich. Das zeigte sich bei Nadine auch in ihrem Verhalten im Unterricht und den Lehrerinnen gegenüber. Am Ende des Schuljahres (nach einem Jahr Therapie) war von ihrer Sprechverweigerung nichts mehr zu spüren. Sie sprudelte zwar nicht von sich aus, aber beantwortete gerne Fragen und erzählte ausführlich. Das Stottern,

das mal mehr, mal weniger vorhanden war, hielt sie nicht vom Sprechen ab. Sie konnte verbal am Unterricht teilnehmen und war selbstbewusster geworden.

Micha*, traumatisiert durch Erfahrung von sexueller Gewalt

Micha war neun Jahre alt, sprach wenig und wirkte mehr als schüchtern. Seine Bewegungen waren unbeholfen, er nahm kaum Blickkontakt auf, hatte wenig Kontakte mit anderen Kindern.

Ein Verdacht auf die Erfahrung von sexueller Gewalt durch seinen Vater bestätigte sich im Laufe der Therapie. Wir schalteten eine spezialisierte Beratungsstelle mit ein.

Mein Kontakt zu Micha war anfangs schwierig, ich spürte seine Beschämung und dass er auch mir gegenüber gehemmt war.

Es gab die Möglichkeit, Ole, einen Klassenkameraden, mit in die Therapie zu nehmen. Ole brachte keine starken eigenen Probleme mit, Micha verstand sich gut mit ihm, und die gemeinsame Situation war sofort leichter.

Micha und Ole nutzten von Anfang an die beiden Tischhäuser im Musikraum.

Sie wollten Monster spielen, gefährlich und bedrohlich sein. Jeder wählte eine der Höhlen als Monsterhöhle und verschwand darin mit einigen selbst ausgewählten Instrumenten. Micha hatte das Spiel-Mikrofon gewählt, um damit ein Monstergeheul anzustimmen. Aber statt bedrohlicher Klänge hörte ich Klagen oder Jammern, wie von einem kleinen Kind. Ich war unsicher – wie sollte ich darauf antworten? Micha wollte doch groß und gefährlich sein. Als ich die Idee hatte, ihn als Monsterkind anzusprechen und er das annahm, konnte ich ihn wie bei einem kleinen Kind besingen und mit Klängen trösten, ihn aber trotzdem Monster sein lassen. Micha antwortet und zeigte mir, dass meine Musik bei ihm ankam. Anfangs versteckte Micha sich vollkommen in der Höhle. Im Laufe der Zeit guckte er einmal durch einen Spalt heraus. Oder er kam ganz kurz aus seinem Versteck, um kräftig auf das Becken mitten im Raum zu schlagen und sich dann wieder zu verkriechen. Er traute sich, laut zu werden und in Auseinandersetzungen zu gehen, stets mit seiner Höhle als Safe Place im Rücken.

In der Klasse wurde es vorübergehend extrem schwierig. Micha entwickelte starke Gefühle und konnte sehr aggressiv werden. Viele, viele Gespräche

waren nötig, langsam wuchs Vertrauen zwischen uns, Verständigung wurde möglich.

Im Laufe der Therapie über zwei Jahre konnte er nach und nach die Höhle öffnen, immer öfter sogar verlassen, Blickkontakt zulassen und draußen in eine gemeinsame Musik einsteigen.

Das Konzept des „Safe Place“ war für mich die Entdeckung in diesem Prozess. Die Höhle, das Versteck, half Micha, sich sicher zu fühlen, sich zu spüren und in Kommunikation und in Kontakt zu gehen.

* Namen geändert

Literaturempfehlungen:

Neuerscheinung, zu Inhalten dieses Workshops:

Heymann, E. (2024): Spielräume für Musik und Sprache. Musikpädagogische und –therapeutische Arbeit an einer Förderschule Sprache. Wiesbaden: Reichert Verlag

Zum Thema Safe-Place-Konzept:

Gahleitner, S. B.; Katz-Bernstein, N.; Pröll-Lis, U. (2013): Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie. Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge, Supervision und Beratung, 165-185. Ausgabe 02/2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>.

Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – Ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, Bruno; Petzold, Hilarion; Zaepfel, Helmut (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Paderborn: Jungfermann Verlag.

Subellok, K.; Winterfeld, I. (2021): Safe Place in der Kindertherapie. In: forum: logopädie, Jg. 35/6, Beitrag 5. Verfügbar unter <http://www.skvshop.de/logopaedie-sprachtherapie/forumlogopaedie-2021-ausgabe-6-beitrag-5-5-30-2021-06-05.html>

Da ich den Workshop nicht „life“ halten konnte, freue ich mich besonders über Resonanz:
elisabeth-heyman@web.de

Abendveranstaltung für unsere Tagungsgäste



Posterpräsentationen

Mit freundlicher Genehmigung der Studierenden.

Scham als kollektives Sensorium

Qualitative Studie zu (zwischen-)leiblichem Erleben und Kinästhesie im Kontext von Medientechnologien und Sucht

Ellen Thuma, M.A.

Einleitung

Mein Forschungsinteresse gilt dem Ergründen leiblichen und zwischenleiblichen Erlebens in soziotechnologischen Konstellationen, mit Blick auf affektiv-leibliche Spuren der Scham und der Funktion des Affekts bei der Verinnerlichung normativer, insbesondere weiblicher Körperideale. In Anschluss an Diskurse über Human Enhancement und Körpermodifikationstechnologien frage ich nach der sozial erzeugten, vergeschlechtlichten somatisch-sensorischen Konfiguration in der Selbstbildung, an der möglicherweise Algorithmen beteiligt sind.

Besonderes Fokus liegt auf der Leiberfahrung im Zusammenhang mit Sucht: Mediensucht u. Anorexie, die ich als schamanisierte "Beziehungsstörung" im Technik-Mensch-Verhältnisses empirisch erforschen möchte. Verstanden als eine "Sozialisierung der Sinne" sollen Spuren im leiblichen und zwischenleiblichen Erleben dieser "Sensory Community" nachgespürt werden und der Bewegungssinn in den Blick genommen werden.

Forschungsergebnisse

Perspektivische Ergebnisse:

Die Erzeugung kollektiver Spürweisen verdichtet sich in vergeschlechtlichten Körperinszenierungen innerhalb virtueller Räume, deren machtvollen Effekte sich in einem konsequenten Selfmonitoring und der Habituation (Chronifizierung) von Körperscham zeigen können. Damit einher geht eine normative Organisation und Hierarchisierung des körperleiblichen Empfindens, welches womöglich im Kontakt mit Algorithmen auf besondere Art und Weise orchestriert wird. Sucht könnte hier als Bewältigungsstrategie dienen, um Empfindsamkeit zu regulieren.

Methodologie

Aus einer motologisch-bildungswissenschaftlichen und (queer-)phänomenologischen Perspektive wird leibliches und zwischenleibliches Erleben untersucht. Als methodologischer Rahmen soll die Grounded Theory (Kathy Charmaz) dienen, wobei in einem iterativen Forschungsprozess (auto-)ethnographische Methoden, sowie somatische Praxen als ein doing collective biography Anwendung finden und trianguliert werden.

- 1. Vorstudie:** Vertraut machen mit dem Feld- Körperinszenierungen und doing femininity auf TikTok / social media
- 2. Feldversuch:** sensorische Ethnographie u. teilnehmende Beobachtung im klinischen Kontext: stationär, störungsspezifische Gruppentherapie zu Mediensucht/Anorexie
- 3. Partizipative Entwicklung** von Analyse kategorien,
- 4. Feldforschung:** teilnehmende Beobachtung und
- 5. Teilnehmer*innen für autoethnographische Tagebücher anfragen**
- 6. Workshop doing collective biography:** somatische Praxen u. therapeutische Techniken als reflexive Leibbeobachtung (Wuttig 2016) um Spuren (zwischen-)leiblicher Erfahrung zu explorieren
- 7. Einzelfall Besprechung** der autoethnographischen Tagebücher oder **in-depth interviews**

Wie funktioniert die kommunikative Einleibung und Einkörperung von technischen Entitäten in das weibliche Körperbild? Inwiefern kann dieser Prozesse als durch den Affekt der Scham animiert und (algo-) rhythmisiert verstanden werden?

Manifestiert sich dies im kinästhetischen Sinn und wird so der Leibkörper vergeschlechtlicht de/sensibilisiert? Wie kann (Medien-)Sucht in diesem Kontext verstanden werden?

Literatur

- Ahmed, Sarah (2014): Cultural Politics of Emotion, Edinburgh : Edinburgh University Press.
- Charmaz, Kathy (2014): Constructing Grounded Theory, Los Angeles: Sage, 2nd edition.
- Davies, Bronwyn; Gannon, Susanne (2006): Doing collective biography. Investigating the production of subjectivity. Maidenhead: Open Univ. Press (Conducting educational research).
- Dolezal, Luna (2015): The body and shame: phenomenology, feminism and the socially shaped body. Lanham, Md: Lexington books.
- Gahlings, Ute (2016): Phänomenologie weiblicher Leiberfahrungen. In: Hilge Landwehr, Isabella Marcinski (Hg.): Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes. Isted. Bielefeld: transcript Verlag (Edition Moderne Postmoderne), S. 91-112.
- Göbel, Hannah Katharina; Prinz, Sophia (Hg.) (2015): Die Sinnlichkeit des Sozialen. Wahrnehmung und materielle Kultur. Bielefeld: transcript.
- Landwehr, Hilge (1999): Scham und Macht. Phänomenologische Untersuchungen zur Sozialität eines Gefühls. Tübingen: Moor Siebeck.
- Pink, Sarah (2015): Doing Sensory Ethnography. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage, 2. Aufl.
- Sahinol, Melike et. al. (2020): Upgrades der Natur, künftige Körper. In: Interdisziplinäre und internationale Perspektiven
- Schmitz, Hermann (2015): Selbst sein. Über Identität, Subjektivität und Personalität. Originalausgabe. Freiburg, München: Verlag Karl Alber.
- Sheets-Johnstone, Maxine (2014): Putting Movement into your Life. A beyond fitness primer. South Carolina: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Thuma, Ellen (2021): Scham als kollektives Sensorium. In: Vetter, Martin; Wuttig, Bettina; Spahn, Leah; Göhle, Ulf Henrik (Hg.): Profession - Gender - Inklusion: Motologie und Psychomotorik. Marburger. Beiträge zu einer responsiven Fachentwicklung, Forschung und Theoriebildung. Marburg: wvpm, S. 265- 290.
- Tiedemann, Jens (2007): "Die intersubjektive Natur der Scham". Dissertation. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Vannini, Philipp; Waskul, Dennis; Gottschalk, Simon (2012): The Senses in Self, Society and Culture. New York: Routledge.
- Wuttig, Bettina (2021): Dimensionen des Anorektischen in der (motologischen) Bewegungstherapie. Eine geschlechteranalytische Falldiskussion. In: Vetter, Martin; Wuttig, Bettina; Spahn, Leah, Göhle U. Henrik (2021): Profession - Gender - Inklusion. Marburger Beiträge zu einer responsiven Fachentwicklung, Forschung und Theoriebildung (Band 1). Marburg: WVP-Verlag, S.S. 175-197
- Wuttig, Bettina (2020): Dancing with women in Niqab. Contact Improvisation - Politik des Kulturellen oder weiße Hegemonie? In: Bischof, Margit/Lampert, Friederike (Hrsg.): Sinn und Sinne im Tanz. Perspektiven aus Kunst und Wissenschaft. Jahrbuch Tanzforschung 2020, S. 259-273.
- Wuttig, Bettina (2016): Das traumatisierte Subjekt. Geschlecht - Körper - Soziale Praxis. Eine gendertheoretische Begründung der Soma Studies. Bielefeld: transcript (Soma Studies, Bd.1).

Posterpräsentationen

Mit freundlicher Genehmigung der Studierenden.

FORSCHUNGSDESIGN:

Exploration

Umfrage
Berufsgruppenbefragung im deutschsprachigen Raum

Praxisversuch
Durchführung der Praxisversuche
• n=7-10
• klinisches Setting/ Einzeltherapie
Datenerhebung
• Audioaufnahmen
• Erlebensbeschreibung (Patient*in/Therapeut*in)
• schriftliche Reflexion (Therapeut*in)

Literaturstudie

Forschungsergebnisse+ Diskussion

Synthese

VERSUCHSAUFBAU:

GRAFIKEN ANSCHAUEN:

FORSCHUNGSFRAGEN/ HYPOTHESEN:

- Welche Wirkung hat der Transfer zwischen nicht gegenständlichen Grafiken, Improvisation und Sprache auf das Erleben?
- Wie werden Assoziationen und damit verbundene Empfindungsqualitäten durch die Übertragung in einen musikalischen Ausdruck transformiert?
- Welche Elemente der Grafik (Assoziationen, Empfindungsqualitäten, etc.) sind in der Musik enthalten?
- In welcher Weise stellen sich im Wechselwirkungsprozess mit einer Grafik Bezüge zum betrachtenden Subjekt her?
- Was hat sich kognitiv und emotional durch den Transferprozess ereignet?
- Welche Bezüge stellt sich zwischen einer Grafik und dem betrachtenden Subjekt her?
- Die Konfrontation mit einer nicht gegenständlichen Grafik regt Assoziationsbewegungen an.

KURZBESCHREIBUNG:

Ziel dieser Forschung ist es, die Wirkung intermedialer Transferprozesse zwischen Grafik, Musik und Sprache auf das Erleben zu untersuchen. Während Medienwechsel zwar Bestandteil musiktherapeutischer Praxis sind, wurden diese bisher noch nicht wissenschaftlich hinsichtlich ihrer Wirkung auf das Erleben und schlussfolgernd ihrer Bedeutung für musiktherapeutische Behandlungsprozesse untersucht. Die Forschung soll in Form einer explorativen Studie durchgeführt werden und setzt sich dabei mit einer Berufsgruppenbefragung, Praxisversuchen und einer umfassenden Literaturrecherche aus drei verschiedenen Strängen zusammen. Durch die Praxisversuche mit Patient*innen, welche sich in musiktherapeutischer Einzelbehandlung befinden, werden Daten in Form von Beschreibungstexten und Audioaufnahmen generiert. Diese Daten werden mit der Methode Beschreibung und Rekonstruktion qualitativ ausgewertet. Die Berufsgruppenbefragung wird anhand eines Onlinefragebogens durchgeführt, welcher zu einem Teil quantitativ und zum anderen Teil mittels qualitativer Inhaltsanalyse auszuwerten sein wird. Die begleitende Literaturrecherche dient der theoretischen Fundierung der Ergebnisse aus den Praxisversuchen und der Berufsgruppenbefragung.

Grafik-Musik-Sprache

Intermédiále Transferprozesse in der Musiktherapie

Forschung im Rahmen eines Promotionsvorhabens an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg von Lovis Determann
 Betreut durch: Prof. Dr. Eckhard Weymann; Prof. Dr. Rosemarie Tüpker
 Posterpräsentation Kreativtherapie Tage 2023 in Viersen
 Kontakt: lovis.determann@musiktherapie.de



Rassismussensible Gruppenmusiktherapie

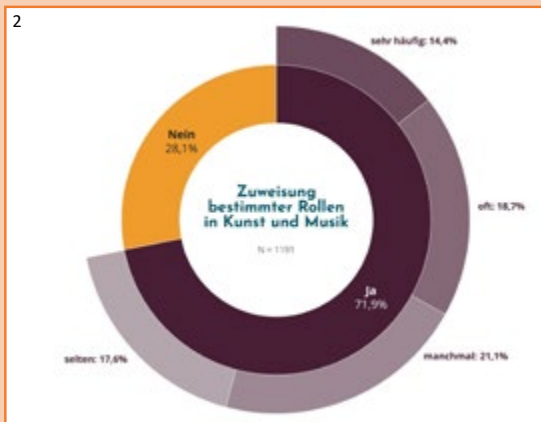
Esra Mutlu ©2022

Hochschule für Musik und Theater Hamburg



Rassismus und Musiktherapie

In der Musiktherapie entstehen kulturelle Bezüge und Schnittmengen, die das Potenzial in sich bergen, diskriminierende Vorurteile und Vorannahmen zu begünstigen (Fent, 2022). Musiktherapie fußt auf eurozentrischen therapeutischen Ausrichtungen. Sie bedient sich einem Instrumentarium, das kulturell vielseitige Geschichten sowie Bedeutungen in sich trägt. In der Musiktherapie wirken musik- und damit weltgeschichtliche Entwicklungen, die sich in Liedern und Spielarten widerspiegeln. Somit gehört antirassistische Bildung zu den Grundlagen der Musiktherapie und sollte intensiv erforscht werden.



Forschungsfragen

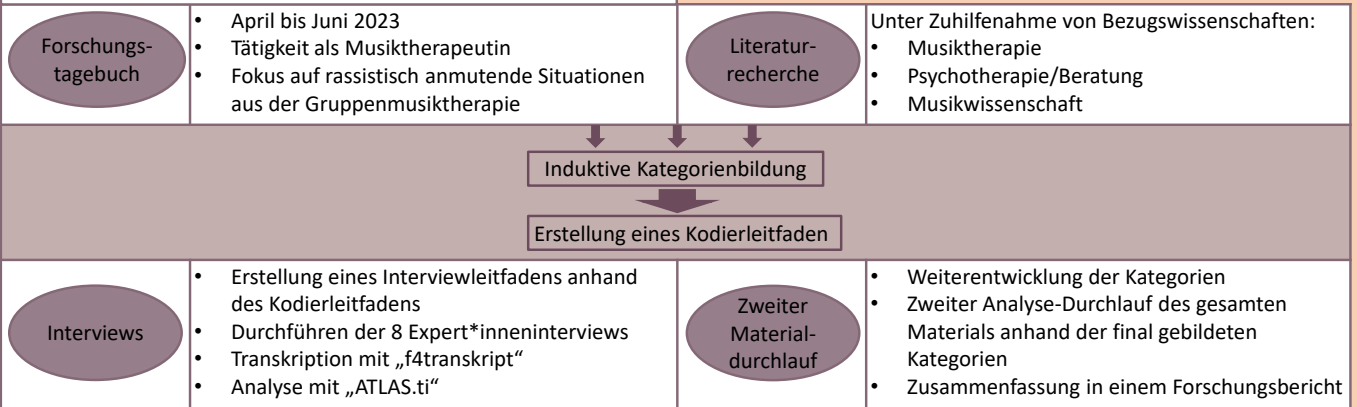
Wie können Musiktherapeut*innen eine rassismussensible Haltung entwickeln?

Wie politisch darf Musiktherapie sein?

Wie können Gruppenmusiktherapeut*innen mit rassistischen Bemerkungen umgehen?

Methode

Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2018)



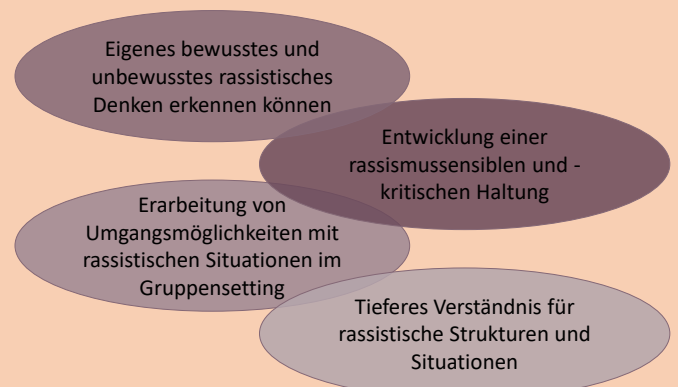
Literatur

- Fent, J. (2022). Wie gesellschaftliche Normen und Machtverhältnisse durch Sprache vermittelt werden: Eine kritische Diskursanalyse im Rahmen eines Dissertationsprojekts zu Diskriminierung in der Musiktherapie. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 22(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v22i3.3400>
- Heise, T. (Hrsg.). (2013). *Die Herstellung von Differenz. Das transkulturelle Psychoforum 20. Beiträge zum 6. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DTPPP)*. Berlin: VWB
- Comte, R. (2016). Neo-colonialism in music therapy: A Critical Interpretive Synthesis of the Literature Concerning Music Therapy Practice With Refugees. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 16(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v16i3.865>
- Kuckartz, U. 2018. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa

Abbildungen

- ¹ Abb. „51“ in Aikins, Muna AnNisa; Bremberger, Teresa; Aikins, Joshua Kwesi; Gyamerah, Daniel; Yıldırım-Calıman, Deniz (2021): *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*, Berlin. Online verfügbar unter: www.afrozensus.de
- ² Abb. „76“ in Aikins, Muna AnNisa; Bremberger, Teresa; Aikins, Joshua Kwesi; Gyamerah, Daniel; Yıldırım-Calıman, Deniz (2021): *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*, Berlin. Online verfügbar unter: www.afrozensus.de

Zielsetzungen



Posterpräsentationen

Mit freundlicher Genehmigung der Studierenden.

RESPONSE ART IN CLINICAL ART THERAPY

Avgustina Stanoeva
Art Therapist MA, PhD student
info@avgustinastanoeva.com

EINFÜHRUNG

Die Bilder der Kunsttherapeut*innen, die als Antwort auf das Geschehen in der Therapie entstehen, sind in der Literatur als 'response art' beschrieben. Im Kontext der Selbstfürsorge oder Supervision bieten sie die Möglichkeit, die therapeutische Arbeit zu reflektieren (Fish, 2012; Havsteen-Franklin, 2014). Einige Autor*innen, die die aktive Beteiligung der Therapeut*innen im kreativen Prozess untersucht haben, bezeichnen sie als 'joint engagement' (Taylor Buck & Havsteen-Franklin, 2013) oder als 'joint activity' (Furneau-Blick, 2019). Furneau-Blick (2019:169) schreibt: „By working in this way through a 'joint activity', I have been able to meet my client at her level and on her terms, addressing her emotional needs within the here and now.“ Sie betont, dass die geteilten Erfahrungen im Hier und Jetzt zu mehr Verständnis und Empathie beitragen (ebd.).

ZIEL

Wie beeinflussen die geteilten Erfahrungen das Gruppengeschehen, die Kommunikation und die Verbindung zwischen den Teilnehmenden?

„Response art is artwork created by art therapists in response to material that arises in their therapy work“. (Fish, 2012:138)

ERGEBNISSE

Die Analyse der Ergebnisse unterscheidet drei Bereiche: *Beziehung Patient*in - Therapeut*in*, *Gruppendynamik* sowie *kreativer Prozess*. Im Bereich *Prozess* reduziert die gemeinsame Gestaltung Ängste und Hemmungen der Patient*innen und fördert Neugier und Experimentierfreude im Umgang mit den künstlerischen Materialien. Die geteilten Erfahrungen in der Gruppe fördern die Entstehung eines gemeinsamen Energiefeldes und erleichtern die Kommunikation und Verbindung zwischen den Teilnehmenden. Durch Perspektivwechsel können die Patient*innen neue Sichtweisen gewinnen sowie Erfahrungen der Selbstwirksamkeit machen. Im Bereich *Beziehung* kann die Mitgestaltung der Therapeut*innen Offenheit und Vertrauen fördern und den Austausch erleichtern.

RESEARCH

↕

META-POSITION

METHODIK

Die Datenerhebung erfolgt durch *Künstlerische Forschung*, indem Bilder der Kunsttherapeutin im therapeutischen Prozess mittels vier Wege geschaffen und gesammelt werden:

- Mit der Gruppe zusammen malen - gemeinsames oder individuelle Bild(er)
- Mit Patient*in im Einzel zusammen arbeiten gemeinsames oder individuelle Bild(er)
- Die Kunsttherapeutin malt nach der Session zu einem Thema der Therapie
- In der Supervision zu einem Thema der Therapie malen

Zusätzlich verwendet die Studie *Qualitative Forschungsmethoden*:

- teilnehmende Beobachtung
- qualitative Inhalt- und Bildanalyse
- Fallstudie

FAZIT

Durch die geteilten kreativen und emotionalen Erfahrungen begegnen sich Therapeut*in und Patient*in in einer wohlwollenden Atmosphäre ohne Hierarchie und direkte Beobachtung. Die aktive Mitgestaltung der Kunsttherapeut*innen bietet einen Kommunikationsweg an, der gerade unter erschwerten Kommunikationsbedingungen (z. B. Corona - Krise) einen Zugang zur Innenwelt der Klient*innen ermöglicht.

Modell:
Kommunikation in der Beziehung Therapeut*in - Patient*in bei der Anwendung von 'response art' in der klinischen Kunsttherapie.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Fish, B. J. (2012). Response Art: The Art of the Art Therapist. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 29(3), 138-143.
- Furneau-Blick, S. (2019). Painting together: how joint activity reinforces the therapeutic relationship with a young person with learning disabilities. *International Journal of Art Therapy*, 24(4), 169-180.
- Havsteen-Franklin, D. (2014). Consensus for using an arts-based response in art therapy. *International Journal of Art Therapy* 19(3), 107-113.
- Stanoeva, A. (2022). The art is present? - Neue Kommunikationswege und Präsenz in Zeiten von COVID-19. *Kunst & Therapie*, 2022, 40-58.
- Taylor Buck, E. & Havsteen-Franklin, D. (2013). Connecting with the image: How art psychotherapy can help to reestablish a sense of epistemic trust. *ATOL: Art Therapy Online*, 4 (1) 1-24.

Was kann Kunsttherapie zur Förderung der Selbstwirksamkeit bei Menschen mit einer chronisch Psychiatrischen Diagnose beitragen? Eine qualitative Untersuchung

Kata Böger, MA^{1,2} Kunsttherapie, Erstprüferin: Dr. Celine Schweitzer

1: Kinder- und Jugendpsychiatrie, LVR, Bedburg-Hau 2: Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen (CvP), VvG, Venlo, Niederlande

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit, ausgeführt in 2021 im Rahmen des Masterstudiums "Master Vaktherapie" an der Fachhochschule HAN, Nijmegen, Niederlande, umfasst die Ausarbeitung spezifischer Potentiale und der ästhetischen Wirkweise der Kunsttherapie in Bezug auf den Zusammenhang von aktivem Handeln und der potentiellen Förderung von Selbstwirksamkeit.

Einführung

Menschen mit einer chronischen psychiatrischen Erkrankung haben oft eine sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung, haben ein geringeres Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Bandura (1977) beschreibt, dass die Selbstwirksamkeit (Self-efficacy) durch 4 Quellen verstärkt werden können. Kunsttherapie kann durch vier Prozesse zur Stärkung der Selbstwirksamkeit beitragen:

- Enactive mastery experiences: Erfolgserlebnisse
- Physiological and affective states: erleben einer positive Stimmung bei der künstlerischen Arbeit
- Vicarious experience: Lernen von anderen und
- Verbal persuasion, verbale Überzeugung

Methode

Fünf ProbandInnen mit einer chronischen psychiatrischen Störung nahmen innerhalb eines stationären Kontextes an sechs Kunsttherapiesitzungen teil, in denen ihnen kunsttherapeutische Methoden angeboten wurden, mit der Behandlungsintention: anregen der Motivation, aktivierende Erfolgserlebnisse, erfahren sozialer Unterstützung, erfahren von Vertrauen und Gelassenheit. Ihre Erfahrungen wurden durch teilstrukturierte Interviews aufgezeichnet, die nach Abschluss der Sitzungen durchgeführt wurden. Diese wurden zusammen mit Sitzungsberichten, Beobachtungslisten und Interviews mit Mitarbeitenden thematisch analysiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz kunsttherapeutischer Methoden in Form des angewendeten Moduls zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bei PatientInnen mit einer psychiatrischen Störung beiträgt. Erfolgserlebnisse konnten wahrgenommen werden: *Erreichen persönlicher Ziele, Handeln und Aktivieren, Leichtigkeit und Loslassen, Flow-Erlebnisse und Autonomie*. Zu den Erfolgserlebnissen trugen vor allem abstrakte und experimentelle kunsttherapeutische Methoden bei.

Vicarious learning

„Ja, das habe ich tatsächlich irgendwann bei anderen gesehen: Aha, wenn ich diese Farbe mit dieser Farbe verwende, kommt es viel besser raus. Man übernimmt auf jeden Fall Dinge von Anderen. Und wenn Andere sehr frei arbeiten, wirst Du selbst auch freier arbeiten.“ – Patient D, 24 Jahre alt.

Verbal persuasion

„Hier fühlt man sich gehört, hier fühlt man sich wahrgenommen, hier fühlt man sich sicher. Und ich denke, das ist ein sehr ungewohntes Gefühl für mich. Und ich finde es großartig, dass Ihnen das gelungen ist.“ – Patient C, 34 Jahre alt.

Stimmung

„Ja, es gibt mir tatsächlich Ruhe und Entspannung. Normalerweise bin ich sehr gestresst und angespannt.“ – Patient C., 34 Jahre alt.

Kunsttherapeutische Methode/ Selbstwert

„Ja, das Erste, das Allererste mit dieser Zeitung und dann dieser Druck, dass etwas so Besonderes herauskommen würde, damit habe ich überhaupt nicht gerechnet. Ich dachte erst: naja, Farbe auf eine Zeitung tröpfeln, was kann das schon werden. Und dann ist da auf einmal ganzer Druck, ich wusste nie, wie man das macht, und nun ja, ich kann das jetzt einfach, ja, das!“ – Patient C., 34 Jahre alt.

Analogie

„Ich merke, weil es hier gut läuft, dass ich mir auch in anderen Situationen mehr zutraue. Denn wenn es hier ohne Kommentar gut ist, dann ist es vielleicht auch woanders ohne Kommentar gut.“ – Patient A, 32 Jahre alt.

Take-Away

- Einsatz kunsttherapeutischer Methoden kann PatientInnen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen dabei unterstützen, die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern
- Durch kunsttherapeutische Methoden können unterschiedliche positive Erfahrungen erlebt werden: Erreichen persönlicher Ziele, Handeln und Aktivieren, Leichtigkeit und Loslassen, Flow-Erlebnisse und Autonomie
- Weitere Quellen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit durch den Einsatz kunsttherapeutischer Methoden sind stellvertretendes Lernen (Lernen von anderen), verbale Überzeugung (durch den Therapeuten) und die Stimmung während der Arbeit
- Abstrakte und experimentelle kunsttherapeutische Methoden trugen am meisten zu den Erfolgserlebnissen bei.

Transferbindung FaKT 2023

Dramatherapie

Moderation und zusammengefasst durch Patric Driessen und Jana Reetz-van der Kallen
(LVR-Fachforum Künstlerische Therapien)

Was macht Ihr am Montag nach der Fachtagung anders?

- mehr auf evtl. Anzeichen von Scham achten, bei Kolleg*innen und Patient*innen und sich selbst
- ... Scham oder anderer Widerstand – Ernst nehmen
- wahrnehmen was bei mir an Scham passiert – ...
- habe mehr Mut, es in sicherem Raum zu thematisieren
- forschen welche Intervention bei welcher Form / Qualität von Scham am besten wirkt – im Detail gucken – schreiben
- Patient*innen etwas in die Hand geben (Tuch), ich bewege etwas Anderes
- Regentropfen balancieren lassen (Fokus weg von der Person selbst)
- neue Sachen ausprobieren → über eigene Scham
- 4 Gläser bei mir gleich gefüllt ... (Schoofs)
- Scham mehr Raum geben: in der Arbeit und persönlich
- immer mal wieder sagen „Oh, Scham“ = benennen

Was hat Euch inspiriert?

- mit vielen einfachen Dingen kann viel erreicht werden und dahinterstecken, basic = key
- Fallbeispiel Marianne: Scham Raum geben, bewusst damit arbeiten
- entdecken das man entschämen kann
- Scham ist nicht abnormal
- Welche Sätze helfen uns aus der Scham (Bange / Schneider)
- Du Bois: SGT: Scham greifbar machen durch Bewegung sichtbar + hantierbar machen
- verbunden sein in der Scham. Gemeinsam Lachen. Scham wird Freude.
- Humor ist wichtig → wie kann ich das kanalisieren? Humor als helfender Ansatz
- Ansprechen oder Herauslachen entlastet
- Scham zeigen kann helfen (in Bildern / Standbildern)

- die Verbindung unter den KTs, Freude zu teilen
- Vortrag Schoofs: Wiedererkennung
- Wie stark der Körper die Scham in sich tragen kann (Poster + TT-Vortrag)

Themen für die nächste FaKT:

- Diversität (kulturelle Unterschiede / Hintergründe, Offenheit)
- Sensibilität: Diskriminierung
- Traumasensitives Arbeiten
- Abgrenzung: Übertragung / Gegenübertragung
- Grenzen
- Transgenerative Weitergabe von Traumata
- Verletzlichkeit

Transferbindung FaKT 2023

Kunsttherapie

Moderation und zusammengefasst durch Eva Golloch
(LVR-Fachforum Künstlerische Therapien)

Was macht ihr am Montag nach der Fachtagung anders?

- Ganz viel falsch machen.
- Erkenntnis, dass Scheitern dazu gehört.
- Scham transparent machen. Sie darf da sein.
- Mehr Selbstsicherheit (als Therapeut*in).
- Peinlichkeit feiern.
- Mehr experimentieren.
- Die eigenen inneren Messgeräte sind wieder geeicht.
- Erkenntnis, dass Selbsterfahrung wichtig ist.
- Die Arbeit am Tonfeld mit einbringen.
- Erkenntnis, wie groß das Thema „Scham“ ist.
- Mentalisierung ermöglicht, mit der Scham zu arbeiten.
- Es sind Farben dazugekommen.
- Noch weniger „ergebnisorientiert“ arbeiten.

Was hat euch inspiriert?

- Der Austausch mit den anderen Disziplinen hat bereichert und neue Ideen gebracht.
- Die Praxisanleitung zum Entlastungsbild von A. Stanoeva.

Themenwünsche für die nächste FaKT:

- Mobbing, Schule und Arbeit als Auslöser psychischer Krisen.
- KiJu-Themen als Schwerpunkt.
- Transgenerationale Prozesse (Stichwort Boomer – junge Generation).
- Gemeinsamkeiten zwischen den Gewerken.
- Chancen und Grenzen der Therapeutenrolle.
- Grenzen allgemein als Thema.
- Perfektionismus und Selbstoptimierung (durch die Medien) vs. Selbstverletzung.
- Stagnation im Therapieprozess, Umgang damit.

Sonstige Wünsche / Anmerkungen:

- Stärker den Blickwinkel der Kunsttherapie beleuchten (Frau Schoofs wurde nicht als KT wahrgenommen).
- Kleine Untergruppen in den AGs mit Rückkopplung ins Plenum.
- Gelobt wurde, dass die FaKT innerhalb der Arbeitswoche stattfindet.
- Es wäre schön, innerhalb der Tagung mit der Methode (Kunst, Tanz ...) in Resonanz gehen zu können (Gemeinsame große Gestaltung ...).
- Gerne mehr Praxisanteil in den Workshops.
- Wiederholungen (der Theorie) vermeiden.

Transferbindung FaKT 2023

Musiktherapie

Moderation und zusammengefasst durch Florian Urbas und Mechtild Witte
(LVR-Fachforum Künstlerische Therapien)

Was macht Ihr am Montag nach der Fachtagung anders?

- Einführung eines Scham-Tagebuches
- Scham deutlicher wahrnehmen und auch benennen
- Scham als berechtigtes Gefühl anerkennen und ernstnehmen
- Der Zusammenhang von Scham und Grenzverletzung ist klarer geworden
- Scham kann zurück gegeben werden
- Scham als Teil eines Machtgefälles – dieser Aspekt ist deutlicher geworden
- Fehlerkultur in den Kliniken etablieren
- Vorsatz, die Tischtrommel mehr einzusetzen
- Vorsatz, mehr Bewegung zu integrieren
- Den Sprech- (Schrei-)chor nutzen
- Ein Flexaton wird angeschafft
- Ein Genesungsbegleiter sagt: Ich bin motiviert, ein Studium zu beginnen.

Was hat Euch inspiriert?

- Der Arbeitsalltag sorgt für Routinen. Daraus kann unbewusst Beschämung stattfinden. → Den Arbeitsalltag auf diesem Hintergrund genauer unter die Lupe nehmen
- Sowohl die negative wie auch positive Funktion der Scham ist deutlicher geworden
- Sensibilisierung dafür, dass das Medium Musik schambehaftet sein kann
- Sensibilisierung dafür, dass Scham auch schützen kann
- Die Authentizität einer Referentin als Vorbild
- Es lohne sich, mit Patient*innen Krisen auszuhalten, die Krise als solche zu enttarnen und daraus musiktherapeutische Interventionen entwickeln

Themenwünsche für die nächste FaKT:

- Scheitern
- ALS OB versus AUTHENTIZITÄT
- Künstlerische Therapien und Psyche
- Künstlerische Therapien in der KJP und Gerontopsychiatrie
- Umgang mit Widerstand
- Trauer in den Künstlerischen Therapien
- Kommunikationsstrukturen in den Kliniken
- Interkulturelle Aspekt in den Künstlerischen Therapien
- Künstlerische Therapien in der Gesellschaft (politische Dimension)
- Psychiatrie und Stigma

Keine inhaltlichen aber formale Vorschläge:

- Dialogvorträge etablieren
- Weniger Posterpräsentationen, stattdessen mehr Workshops

Transferbindung FaKT 2023 Tanztherapie

Moderation und zusammengefasst durch Ute Pirkl und Uwe Blücher
(LVR-Fachforum Künstlerische Therapien)

Was macht Ihr am Montag nach der Fachtagung anders?

- „Nickerchen“ einbauen, wie im Workshop erfahren
- Gar nichts, da ich mich bestätigt fühle
- Bestimmten Widerständen in der Bewegung Beachtung schenken (Bewegungsanalyse)
- Einheiten beginnen mit „Wiegen“
- Einfacher sein, eigene Ansprüche reduzieren und das aushalten
- Therapie-Materialien verändern, neues Material anschaffen
- Vorhandenes Material anders betrachten und einsetzen
- Verbindung von Praxis mit klinischer Forschung verbessern
- Scham Raum geben
- Ich gehe gelassener rein
- Die eigenen Ansprüche in der Therapierolle reflektieren (gemeint „Scham“)
- Eigene Scham bei vermeintlichem Scheitern als Therapeut*in mehr für den Prozess nutzen
- Es gibt die Möglichkeit sich zu „entschämen“!
- Humor ist hilfreich

Was hat Euch inspiriert?

- Vortrag der Tanztherapeutin (Dr. M. Eberhard-Kaechele)
- Vortrag der Musiktherapeutin (Dr. G. Strehlow)
- Einsatz von Ocean-Drum in der Tanztherapie
- Scham ist sichtbar aber nicht zu hören
- Die praktischen Anteile aus den Vorträgen sind direkt angekommen
- Das eigene Verfahren vor Ort zu erleben, bestätigt mich, den richtigen Beruf gewählt zu haben
- Die Teilnahme an der 14. FaKT schafft Verbindung zu Fachkolleg*innen

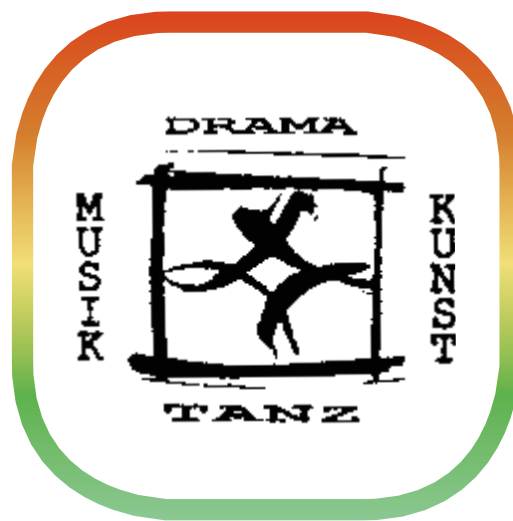
- Erleben von Fülle und Verbindung durch Teilnahme an der FaKT:
 - Vorbilder
 - Übungen
 - Know How
 - Wissenschaft
 - Diamanten (Zitat aus Workshop)
- Wichtig, dass alle 4 Künste (Gewerke) bei der FaKT vertreten sind. Es gibt Überschneidungen und Unterschiede.

Themenwünsche für die nächste FaKT:

- Den „Leib“-Begriff in den verschiedenen Künstlerischen Therapien formen
- Verschiedene meta-theoretische Thesen in den unterschiedlichen Künstlerischen Therapien diskutieren
- Heilungsprozesse in der Gruppentherapie
- Thema „Wut“ oder andere einzelne Gefühle
- Veränderungen der Gesellschaft durch die Medien und Auswirkungen in den Künstlerischen Therapien
- Thema „Stolz“ als Pendant zu „Scham“ (aus Vortrag von E. Schoofs)
- aus Zeitgründen Hinweis die Evaluation zu nutzen für weitere Vorschläge

14. Fachtagung für Künstlerische Therapien (FaKT)

Keine falsche Scham! – Ein besonderes
Gefühl in den Künstlerischen Therapien



9. und 10. November 2023, LVR-Klinik Viersen

Tagungsanmeldung:

mit Anmeldeformular (siehe QR-Code)
Anmeldung an: fakt@pink-social.de
inhaltliche Fragen: fakt@lvr.de

Anmeldeschluss: 27. Oktober 2023

Anmeldemodalitäten hier:
www.lvr.de/kuenstlerische-therapien



Produktion:

LVR-Fachforum Künstlerische Therapien mit Uwe Blücher
(Dezernat 8/84.20) für den LVR-Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen, Psychiatrische Versorgung

Akkreditierung:

Fortbildungspunkte sind bei den Fachgesellschaften beantragt.

Moderation:

Prof. Johannes Junker,
Dipl.-Theologe, Dipl.-Dramatherapeut (NL),
Prodekan HfWU Nürtingen

Kooperationsveranstaltung

BAG KT Bundesarbeitsgemeinschaft
Künstlerische Therapien

Anschluss e.V.
Berufung der Musiktherapeuten
Bündnisse Kunst



Veranstaltungsprogramm

FaKT 2023: Keine falsche Scham! – Ein besonderes Gefühl in den Künstlerischen Therapien. Am 9. & 10. November 2023 in der LVR-Klinik Viersen

Donnerstag, den 09.11.2023

- 09:00 Uhr** Tagungsbüro / Begrüßungskaffee
- 10:00 Uhr** Begrüßung durch Dr. Marggraf (Ärztliche Direktion)
- 10:10 Uhr** Grußwort Stephan-Gellrich, LVR-Fachbereichsleitung 84
- 10:15 Uhr** Einführung Prof. Johannes Junker
- 10:30 Uhr** Vortrag 1 mit Diskussion
Scham – ein zutiefst menschliches Gefühl in der psychiatrischen Arbeit
Dr. med. David Strahl
- 11:30 Uhr** Kaffeepause
- 11:45 Uhr** Vortrag 2 mit Diskussion
Im Boden versunken und trotzdem weiter gemacht – wie wir Scham überleben
Eva Schoofs
- 12:45 Uhr** Mittagsimbiss
- 14:00 Uhr** Parallele Workshops inkl. 15 Minuten Pause
- 16:30 Uhr** Wissenschaftliche Posterpräsentationen
- 19:00 Uhr** Abendveranstaltung mit Feier

FaKT 2023: Keine falsche Scham! – Ein besonderes Gefühl in den Künstlerischen Therapien. Am 9. & 10. November 2023 in der LVR-Klinik Viersen

Freitag, den 10.11.2023

08:30 Uhr Morning Mood – Einstimmung in den Tag

09:00 Uhr Vortrag 3 mit Diskussion
Scham – zu viel oder zu wenig in der Musiktherapie
Prof. Dr. Gitta Strehlow

10:00 Uhr Kaffeepause

10:15 Uhr Vortrag 4 mit Diskussion
Von unter dem Teppich zum roten Teppich: Tanztherapie bei Scham
Dr. Marianne Eberhard

11:30 Uhr Mittagsimbiss

12:45 Uhr Parallele Workshops inkl. 15 Minuten Pause

15:00 Uhr „Transferbindung“ Medienspezifische Evaluation/Reflexion

15:45 Uhr Ende der Veranstaltung

Moderation der Tagung: Prof. Johannes Junker, Dramatherapeut, HfWU Nürtingen

Team des LVR-Fachforum Künstlerische Therapien



v.l.n.r. Eva Golloch, Jana Reetz – van der Kallen, Mechtild Witte, Ute Pirkl, Uwe Blücher, Patric Driessen, Florian Urbas, Meike Höffken

Das LVR-Fachforum Künstlerische Therapien bedankt sich bei den Kolleg*innen aus der LVR-Klinik Viersen für die tatkräftige Unterstützung in der Vorbereitung und am Tagungsort. Ohne Euch wäre diese Veranstaltung nicht möglich gewesen.

Herzlichen Dank im Speziellen an Herrn Markus Schmid für die qualitätsbewusste Umsetzung der vielen Tagungsmodalitäten in der Vorbereitung und während der Tagung.

Zudem noch einen ganz herzlichen Dank an unseren Moderator Herrn Prof. Johannes Junker, der uns auch dieses Mal mit seiner unverwechselbaren Art durchs Programm geführt hat.

Film- und Fotoaufnahmen

Im Rahmen der Veranstaltung wurden Film- und Fotoaufnahmen gemacht. Alle Teilnehmenden wurden vorab darüber informiert, dass wir einzelne Fotos, Filme oder Ausschnitte nutzen, um unsere Aktivitäten darzustellen: auf unserer Webseite, im Intranet, in den Sozialen Medien und in der Presse.

Die im Tagungsband abgebildeten Personen haben sich damit einverstanden erklärt.



Markus Schmid, Leiter Therapeutische Dienste,
LVR-Klinik Viersen



Florian Urbas, LVR-Klinikum Düsseldorf



Eva Golloch, LVR-Universitätsklinik Essen



Meike Höffken, LVR-Klinik Viersen



Mechtild Witte, LVR-Klinik Düren



Patric Driessen, LVR-Klinik Bedburg-Hau &
Mechtild Witte



Johannes Junker, Moderator



Uwe Blücher, LVR-Dezernat 8 Köln



Ute Pirkel, LVR-Klinikum Düsseldorf



Patric Driessen, LVR-Klinik Bedburg-Hau



Jana Reetz-van der Kallen, LVR-Klinik Bedburg Hau



Landschaftsverband Rheinland

LVR-Dezernat Psychiatrie und Teilhabeverbund

Fachbereich 84 – Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

Psychiatrische Versorgung (Abt. 84.20)

[klinikverbund.lvr.de](https://www.klinikverbund.lvr.de)

