

Tagungsband

KreativtherapieTage 2019

Tapetenwechsel – Innere und äußere
Räume der Künstlerischen Therapien



Kooperationspartner

Deutsche Musiktherapeutische
Gesellschaft e.V. (DMtG)

Berufsverband der TanztherapeutInnen
Deutschlands e.V. (BTD)

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische
Therapien e.V. (BAG KT)

Deutscher Fachverband für Kunst- und
Gestaltungstherapie e.V. (DFKGT)

Anschluss e.V. Bildungswerk Künstlerische
Therapie und Bildende Kunst

Impressum

Redaktion

Uwe Blücher
LVR-Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement

Lektorat

Patric Driessen (Koordination)

Mitarbeit

LVR-Fachforum Kreativtherapie Koordination:
Patric Driessen, Beatrix Evers-Grewe, Eva Golloch,
Gudrun Gorski, Ute Pirkl, Florian Urbas, Mechtild
Witte

Fotos

Patric Driessen, Gudrun Gorski

Layout

Fabian Siegel, LVR-Druckerei

Druck

LVR-Druckerei, Inklusionsabteilung,
Tel 0221 809-2418

Landschaftsverband Rheinland (LVR)
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Auflage 1 (500 Exemplare)

Köln, September 2020



Definition: Mit der Verwendung des Gender*Stern, bei der zwischen dem Wortstamm und der weiblichen Endung ein „*“ eingefügt wird, möchten wir auf alle Menschen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit hinweisen und neben Frauen und Männern ausdrücklich diejenigen einbeziehen und ansprechen, die sich nicht in die binären Geschlechterkategorien „weiblich“ / „männlich“ einordnen können oder möchten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Begrüßung zur Fachtagung LVR KreativtherapieTage 2019	7
Zwischen-Räume hören Prof. Dr. Eckhard Weymann	9
Potential Spaces – oder: Die Bühne als Raum für Veränderungsprozesse in der Drama- und Theatertherapie Sandra Anklam	19
Raumkorrelate zwischen Kunst und Kunsttherapie Prof. Hartmut Majer	27
Bewegung und Bewegtheit – Leibliche Resonanz- und Aktionsräume Antje Scherholz	33
Die fünf Wirkprinzipien nach Hobfoll et al. und deren Relevanz für die Interventionsplanung in der trauma-adaptierten Tanztherapie (TaTT ©) Erika Sander	47
The Safe Place: Kunsträume zwischen Fantasie und Wirklichkeit Avgustina Stanoeva	59
Musikerleben und Musikgestaltung unter dem Aspekt des musikalischen Zeitraums Dr. Peter Hoffmann	67
Land Art – kunsttherapeutische Räume in der Natur Prof. Dr. Christiane Ganter-Argast	77
Tagungsimpressionen	83
Pflanzenfarben als Bindeglied zwischen dem natürlichen Außenraum und dem kreativen, künstlerischen Werk Saskia Stülpnagel	85
Perspektivenwechsel mit inneren und äußeren Räumen in der Theatertherapie Prof. Johannes Junker	91
Kunsttherapeutische Möglichkeiten und Prozesse im gebauten Raum Barbara Wokurka	95



Offener Spielraum in der geschlossenen Station – Musiktherapie in der Akutpsychiatrie Dr. Eva Terbuyken-Röhm	99
Mitmachen! Beteiligung in den Arbeitsbereichen der BAG KT ist immer gefragt Beatrix Evers-Grewe, Anna Raettig.....	107
Abendveranstaltung Tagungsimpressionen.....	113
Posterpräsentationen	115
Transferbindungen.....	129
Veranstaltungsprogramm.....	134
Organisationsteam mit Moderator	137

Vorwort

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

inspiriert von den vielen Anregungen aus den KreativtherapieTagen 2017 entstand das Konzept der KreativtherapieTage 2019 mit dem Thema „Tapetenwechsel“ – Innere und äußere Räume der Künstlerischen Therapien. Die Fachtagung ging mit langanhaltendem Applaus zu Ende, was uns darauf schließen lässt, dass unser Konzept aufgegangen ist.

Nun ist der Tagungsband der KreativtherapieTage 2019 fertig und das Team des LVR-Fachforums Kreativtherapie freut sich sehr, Ihnen diesen Tagungsband in gedruckter Form sowie online zur Verfügung stellen zu können. So können Sie sich selbst ein Bild von den KreativtherapieTagen 2019 machen und hoffentlich auch Anregungen für Ihre eigene berufliche Arbeit finden.

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie wird kontinuierlich durch das LVR-Dezernat 8 unterstützt, welches ein großes Interesse daran hat, die Künstlerischen Therapien in den Kliniken im LVR-Klinikverbund zu fördern und weiterzuentwickeln, um aktuelle wissenschaftliche Behandlungsstandards und eine gesundheitsförderliche räumliche Umgebung zu gewährleisten.

Voraussetzung für das Erreichen von therapeutischen Behandlungszielen ist die Schaffung eines sicheren, belastbaren Raums, der sich durch die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut*innen und Patient*innen, dem therapeutischen Medium und der Dynamik des

Kulturraums gestaltet. Künstlerische Therapeut*innen regen in diesem Rahmen Veränderungsprozesse an und bringen äußere und innere Räume in Beziehung.

Unsere Fachtagung hatte es sich zur Aufgabe gemacht, auszuloten, welche inneren und äußeren Raum-Verhältnisse dabei förderlich sind: Was sind gute Bedingungen für einen therapeutischen Raum? Was braucht es, um den therapeutischen Raum für Patient*innen zu sichern? Kann ein therapeutischer Prozess auch im Museum, in der freien Natur oder anderen Orten stattfinden? Welche Effekte ergeben sich, wenn alternative Räume anstatt des klassischen Settings genutzt werden? Wie wirken sich Kulturräume auf therapeutische Veränderungsprozesse aus? Welche Chancen und Risiken ergeben sich daraus? Wie können diese Erkenntnisse fruchtbar in ein klassisches Setting und in die eigene therapeutische Haltung übertragen werden?

Auch weiterführende Fragestellungen bezüglich des notwendigen institutionellen und politischen Raums, den Künstlerische Therapien benötigen, um im interdisziplinären Zusammenspiel zur Wirkung zu kommen, haben Raum bekommen.

Vier Hauptvorträge und zehn Workshops sowie sechs wissenschaftliche Posterpräsentationen gaben Impulse zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Tagungsthema, die Sie



nun in schriftlicher Form im Tagungsband nachlesen können.

Den Tagungsort, die Tagungsräume und eine hervorragende kulinarische Versorgung wurden von der LVR-Klinik Langenfeld zur Verfügung gestellt. Das LVR-Fachforum Kreativtherapie möchte sich dafür ganz besonders bedanken beim Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld: Frau Jutta Muysers (Ärztliche Direktorin), Frau Silke Ludowisy-Dehl (Pflegedirektorin), Herrn Holger Höhmann (Kaufmännischer Direktor) und darüber hinaus auch für die konstruktiv-fachliche und wertschätzende Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Franz-Peter Begher (Leiter der Abteilung Therapeutische Dienste) und seinem gesamten Team.

Unser Dank richtet sich auch an unsere Kooperationspartner*innen, die erheblich dazu beigetragen haben, die KreativtherapieTage 2019 zu ermöglichen:

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

Vielfach haben wir schon unseren Dank ausgesprochen und werden dabei nicht müde, wenn es darum geht, sich bei unserem Moderator Herrn Prof. Johannes Junker [Hochschule für Umwelt und Wirtschaft Nürtingen-Geislingen (HfWU), Fakultät Umwelt Gestaltung Therapie] und unseren Referierenden herzlichst zu bedanken.

Sie haben auf hohem Niveau mit aussagekräftigen und erhellend-stimulierenden Beiträgen zu einem fachlich-konstruktiven Austausch eingeladen, der seine Wirkung nicht verfehlte.

Eine rege Beteiligung der Teilnehmenden machte aus unserer Fachtagung ein gemeinsames Werk, in dem die „Wissenden“ nicht nur auf dem Podium standen, sondern das gemeinsame Wissen aller Anwesenden geteilt wurde. Es entstand eine Atmosphäre, die nicht von Konkurrenz geprägt war, sondern davon, neugierig Fragen zu stellen und in einen Austausch zu kommen. Die fröhlich-genussvoll-musikalische Abendveranstaltung intensivierte Gespräche, Kontakte und die Möglichkeit, sich zu vernetzen. Herzlichen Dank!

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie wünscht Ihnen interessante Einsichten beim Lesen des Tagungsbandes. Wir freuen uns, Sie bei der nächsten Tagung, die im November 2021 stattfinden wird, wieder begrüßen zu dürfen.

Freundliche Grüße
im Auftrag

Uwe Blücher M.A.

LVR-Klinikverbund, LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement, Köln

Patric Driessen M.A.

Leitung der Kreativtherapie,
LVR-Klinik Bedburg-Hau

Beatrix Evers-Grewe

Leitung der Fachtherapeutischen Dienste (AP/SU), LVR-Klinikum Essen

Eva- Maria Golloch

Kunsttherapeutin, LVR-Klinikum Essen

Gudrun Gorski

Bildungsreferentin, Psychologische Psychotherapeutin, LVR-Akademie für seelische Gesundheit Solingen

Dr. rer. medic. Franz-Peter Begher

Leitung Therapeutische Dienste,
LVR Klinik Langenfeld

Ute Pirkl

Tanztherapeutin,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Florian Urbas

Dipl.-Musiktherapeut,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Mechtild Witte

Dipl.-Musiktherapeutin,
LVR-Klinik Düren



Begrüßung zur Fachtagung LVR KreativtherapieTage 2019



Holger Höhmann

Kaufmännischer Direktor der LVR-Klinik Langenfeld

Herzlich Willkommen zur Fachtagung KreativtherapieTage 2019! Sie wird vom LVR-Dezernat Klinikverbund mit der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft und weiteren Kooperationspartnern wie der BAG Künstlerische Therapien, dem Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands, dem Deutschen Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie und dem Bildungswerk Anschluss e.V. veranstaltet.

Titel der diesjährigen Fachtagung ist „Tapetenwechsel“ - Innere und äußere Räume der künstlerischen Therapien. Dies stellt reale Gestaltungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen und architektonische Gegebenheiten in der Durchführung von Therapie in eine thematische Beziehung zu intrapsychischen Prozessen und Entwicklungen bei Patient*innen.

Der LVR hat die Entwicklung und den klinischen Einsatz künstlerischer Therapien

in der Vergangenheit in besonderer Weise unterstützt und befördert. In der LVR-Klinik Langenfeld wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Ansätze innerhalb der Abteilung Therapeutische Dienste aufgebaut und weiterentwickelt.

Die künstlerischen Therapien ergänzen die fachtherapeutischen Ansätze in der Ergo- und Bewegungstherapie und stellen das kreative Potential und die unmittelbare Energie des inneren Erlebens in den Mittelpunkt der Behandlung. Die enge Abstimmung aller an der Gesamtbehandlung beteiligten Berufsgruppen ist dabei ein wichtiger Gelingensfaktor und ermöglicht die Synergien, die die stationäre Behandlung gegenüber ambulanten Behandlungsansätzen besonders wertvoll macht.

Vor längerer Zeit wurde ich von einer Musiktherapeutin angesprochen und gefragt, ob ich überhaupt wisse, was sie in



der Musiktherapie so machen. Ich musste daraufhin einräumen, dass ich das nicht im Einzelnen weiß. Die Musiktherapeutin lud mich herzlichst zu einem Besuch ein und fragte ihre Patient*innen, ob diese eine Hospitation in einer solchen Thera-

der Gesundheit unglaublich gutgetan hat. Durch diese Hospitation habe ich einen etwas anderen Blickwinkel auf die Spezialtherapien gewonnen. Ich habe verstanden, warum in der Vergangenheit diese Gruppen ein Holzklavier haben



piesitzung zulassen würden, was sehr positiv aufgenommen wurde. Ich bekam die Möglichkeit, ein Teil des gruppenspezifischen Erlebnisses zu sein und Zeuge der – durch die Musik entstandenen – positiven Auswirkung auf sie zu werden. Auch wenn ich nicht vom Fach und therapeutisch ein Laie bin, hatte ich doch das Gefühl, dass die Musik zur Wiederherstellung, Förderung und zum Erhalt

wollten und ich immer der Meinung war, dass ein Keyboard, das den Klang eines Klaviers imitiert, deutlich besser wäre. Aber ich habe erkannt, dass es bei der Therapie auf den gezielten Einsatz von Musik und deren Elementen ankommt, welche die Fähigkeit der starken emotionalen Reaktion besitzen, und dass es aus diesem Grund ein Holzklavier sein muss.

Zwischen-Räume hören



Prof. Dr. Eckhard Weymann

Dipl.-Musiktherapeut, Dipl.-Musikpädagoge und Supervisor [DGSv]. Professur für Musiktherapie. Leitung Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater (HfMT) in Hamburg.

„Music has something distinctive to offer through its capacity to develop a space between therapist and patient, within which it is possible for the one to resonate with the other“ (Backer & Sutton, 2014, S. 40).

Zu Beginn eine kleine Übung: Machen Sie sich zunächst bewusst, wie Sie gerade hier sitzen. Sie sind auf eine gedankliche Auseinandersetzung mit einem Thema eingestellt, die überwiegend an sprachliche Mittel gebunden ist. Sie erwarten, dass über die Worte hinaus etwas zu sehen sein wird – und vielleicht sogar zu hören. Zugleich nehmen Sie die ganze Zeit Eindrücke aus der Umgebung auf, in der Sie sich befinden. Diese Gesamtsituation bildet den Hintergrund, dem wir kurz Aufmerksamkeit schenken wollen. Wie fühlen Sie sich in diesem Raum? Wie beeinflusst Sie das, was Sie sehen? Wie nehmen Sie die Temperatur wahr? Wie riecht es etc.? Wenn ich jetzt eine Minute still bin, was hören Sie dann? Diese

Hintergrundeindrücke bestimmen u.a. die Atmosphäre in einem Raum. Sie prägen mein Befinden und sie beeinflussen damit auch die gedankliche Aufnahme eines Vortrags. Denken und Fühlen, Kopf und Körper wirken zusammen. Das leiblich fundierte szenisch-situative Spüren bildet den oft unbemerkten wirkungsvollen Hintergrund meines Denkens und Handelns. Auch wenn ich vorrangig über das Hören spreche, lässt sich doch vieles von dem Gesagten im Sinne der intermodalen Verknüpfung unserer Wahrnehmungsorganisation auf andere Sinnesbereiche übertragen und beziehen. Dabei gibt es jedoch für jede Sinnesmodalität Besonderheiten. Wenn wir uns den räumlichen Gegebenheiten unserer Arbeitsorte aufmerksam zuwenden, können wir als Künstlerische Therapeut*innen mitunter einen Auftrag empfinden, mit unseren Mitteln bei der Huma-



nisierung dieser Umgebungen mitzuwirken. Even Ruud formulierte dies für die Musiktherapeut*innen einmal so:

„Music therapists should take the responsibility for the total sound environment of the wards or institutions they work in, not only the musical environment but also the soundscape of the institution. [...] Music therapy, as a discipline involved in the relationship between man and sound within a health perspective, should take an interest in designing soundscapes that provide for silence as well as for mindful presence in a hi-fi soundscape. This is a soundscape where musical landmarks as well as distinct sonic signals are audible signs that can be interpreted as meaningful information.“ (Ruud, 2010, S. 100)

Können wir mit unseren Medien den Tapetenwechsel in unseren Kliniken unterstützen?

Soundwalk

Wie können Musiktherapie-Studierende für das leiblich fundierte szenisch-situative Spüren sensibilisiert werden? Es soll von einer Übung zur Phänomenologie des Hörens berichtet werden, die dieses Ziel hatte. Sie fand statt an der Pontonbrücke des Museumshafens Övelgönne an der Elbe in Hamburg, wo zahlreiche historische Schiffe vertäut sind.

Zu Beginn wurden einige Übungsanleitungen gegeben:

- Bleib am Ufer stehen. Höre für etwa zwei Minuten auf dich selbst. Dann höre für etwa drei Minuten auf dich selbst in der Umgebung.
- Geh langsam über den Steg zum Ponton und suche dir einen guten Platz aus. Schließe die Augen für fünf Minuten und lausche.
- Dreh dich um und lausche wieder für einige Minuten.

- Geh zu einem der Schiffe und lausche.
- Geh zu einem anderen Schiff und betrachte es.

Die Teilnehmenden wurden aufgefordert, ihre Beobachtungen aufzuzeichnen. Exemplarisch sollen einige Kommentare zitiert werden, um eine Vorstellung von dem Erfahrungsfeld zu bekommen.

- Ich höre nicht nur mit den Ohren. Da mein Körper auf die Umgebung, in der er steht, reagiert, auf den Wind, den leichten Druck von Luft an Haut und Haar, frage ich mich, ob meine Poren und Haare auch hören können.
- Ich spürte eine sehr urtümliche Verbundenheit mit den Klängen und Eindrücken, ein romantisches Bild, heimatlich und tief in mir vertraut.
- Jeder Klang bekommt eine räumliche Dimension. Vorstellung von Dichte, Leere, Schwere, Leichtigkeit durch das Hören. Das Gefühl: Inmitten dieser Elemente als Teil von ihnen. Den Augen entgeht so viel. Hier kann ich rundum hören und fühlen. Hier mit Wasser und Wind: Stete Unruhe, alles ist ständig in Bewegung.
- Das große Schiff – wie eine schlürpfende, Nahrung aufsaugende Wasserkuh, die vor sich hin mampfte. Die anderen Schiffe bewegten sich sanftmütig, leicht auf und ab, leicht schaukelnd, als ob sie auf etwas warteten. Sie waren weiblich konnotiert. Alles kam mir irgendwie surreal vor, ich kam mir vor wie in einer anderen Welt. Die Trennung zwischen mir als Beobachterin und dem zu Beobachtenden und zu erlauschenden Hafen löste sich mehr und mehr auf, ich war nun eher ein Teil des Ganzen. Gesamtverbundenheit.
- Ich lausche. Bewegte Klänge. Sie wiegen, tragen, sind mächtig, halten. Ich lasse sie herein. Ich spüre die Offenheit. Ungeschützt? Das



Schwingen versetzt mich in Wärme.
Zuhören heißt Wärme. Ich wende mich
zu. Ich bin in der Welt, Teil der Welt.

Im zweiten Teil der Übung wurden die Studierenden gebeten, zusammenzukommen und nach einigen Minuten zunächst fast unmerklich auf die Klanglandschaft zu reagieren und mit mitgebrachten Musikinstrumenten kleine musikalische Beiträge in diese Klangwelt einzufügen. Wird das Erleben dadurch anders? Die aktive Teilnahme am Klanggeschehen macht das Hörbare für mich so verständlich, dass sich sogar dialogische Interaktionen gestalten lassen. Die Klänge scheinen sich zum einen durch genaues Hören und zum anderen durch aktives Mitspielen zu sortieren und wirken so verstehbarer.

Anschließend sollten die Studierenden nachzuspüren, ob sie die aktuellen Erfahrungen mit Situationen aus ihrem Leben in Verbindung bringen können und/oder ob ihnen Situationen aus der therapeutischen Praxis einfallen.

- Das genaue Hören mit geschlossenen Augen erinnert mich auch an das kindliche Einschlafen, das durch

Haushaltsgeräusche leise begleitet wird. Manche davon lassen sich sofort einordnen, andere nicht. Vor allem jedoch erinnere ich mich daran, dass diese vorsichtigen Geräusche ein Gefühl von Geborgenheit vermitteln.

- Umgeben zu sein von vielfältigen Geräuschen, von denen manche einzuordnen und andere wiederum sehr befremdlich sind, lässt mich auch an Erlebnisberichte von demenziell erkrankten Personen oder auch an Menschen in Isolationszimmern oder im Hospiz denken. Wie sensibel der Umgang mit der akustischen Umwelt in Bereichen sein müsste, in denen sich Menschen nicht oder nur eingeschränkt an der Gestaltung der Klangumgebung beteiligen können.

Indem wir uns vorübergehend auf einen einzigen Sinn konzentrierten, bot der Soundwalk Gelegenheit zu neuen Erfahrungen – sowohl in Bezug auf sich selbst als auch auf den besuchten Ort. Durch die sensorische Fokussierung befanden wir uns in einer anderen Verfassung als gewöhnlich. Es wurde eine Art Trance erlebt; Gefühle von Unsicherheit, Irritation, aber auch von Überraschung und Neugier waren zu beobachten.



Wenn ich in der beschriebenen Weise hörend aufmerksam bin, öffne ich mich dem Anderen, dem Fremden, verhalte mich empathisch, einfühlsam. Das ist Teil einer therapeutischen Haltung und zugleich, wenn man so will, eine ethische Einstellung, die Cobussen und Nielsen (2014) mit der Metapher der Gastfreundschaft für das Andere, das Fremde bezeichnen:

„Paying attention to the other [...] therefore means regaining a certain astonishment and wonder. If ethics has a connection with being hospitable to the other, we must learn not to equate the unknown with disturbance and disruption, with that which causes discomfort and distrust. Welcoming the other means to be led by curiosity, to adopt an expectant attitude, to spare so much world space that in it each thing – a tree, a mountain, a house, the cry of a bird – loses all indifference and commonplaceness.“ (Cobussen & Nielsen, 2014, S. 25)

Die phänomenologische Einstellung, die wir einnehmen, wenn wir unvoreingenommen unsere Eindrücke und unser Befinden in einer gegebenen Situation beobachten, hat Gemeinsamkeiten mit

der ästhetischen Einstellung, mit der wir beispielsweise einem Kunstwerk zu begegnen suchen, etwa beim Hören von Musik.

Raum-Atmosphären

Was wirkt in Räumen auf uns ein, wie beeinflusst die Raum-Atmosphäre unser Befinden? Mit Atmosphäre ist eine ästhetische Kategorie gemeint, eine Wahrnehmungskategorie, die im Kontext der Neuen Phänomenologie (Herrmann Schmitz, Gernot Böhme) Bedeutung gewonnen hat. Der Begriff verweist – ähnlich wie der später erläuterte Soundscape-Begriff – auf verbindende, intermediäre Qualitäten zwischen subjektivem Befinden und gegebener Umwelt (vgl. Böhme, 2013). In einer Art Definition formuliert Böhme: „Die neue Ästhetik hat es mit der Beziehung von Umgebungsqualitäten und menschlichem Befinden zu tun. Dieses Und, dieses zwischen beidem, dasjenige, wodurch Umgebungsqualitäten und Befinden aufeinander bezogen sind, das sind die Atmosphären“ (Böhme, 2013, S. 22f). Kürzer gefasst ist die Atmosphäre gekennzeichnet als „die gemeinsame Wirklichkeit des Wahrnehmenden und des Wahrgenommenen“ (Böhme, 2013, S. 34).

Ein musiktherapeutischer Erfahrungsbericht aus der Neonatologie zeigt eine Arbeitsweise, in der die Aufmerksamkeit der Therapeutin nicht primär der Beziehungsgestaltung (zum Kind, zu den Eltern, zwischen Eltern und Kind) gilt, sondern zunächst der gegenwärtigen Raum-Atmosphäre (Weymann, 2019). Die Therapeutin Julica Bendixen, die die Fallvignette zur Verfügung gestellt hat, versteht sich hier als Atmosphäre-Arbeiterin, die mit den Tönen und Klängen des von ihr gespielten Instrumentes und ihrer Stimme Einfluss auf diese Hülle nimmt, um so die Situation zu entlasten und dadurch – quasi indirekt – Kontakt und Beziehung zu ermöglichen bzw. zu fördern. In dem Raum der neonatologischen Intensivstation befinden sich zu diesem Zeitpunkt mehrere Kinder, Eltern und medizinische Mitarbeiter. Louis wäre jetzt in der 30. Woche der Schwangerschaft, wenn er nicht viel zu früh geboren wäre.

„Als ich den Raum betrete, liegt Louis auf der Brust seiner Mutter. Er benötigt eine Atemunterstützung und erhält Nahrung durch eine Sonde. Er ist unruhig und seine Körperhaltung verkrampft. Der Raum ist abgedunkelt und das durchgängige und pulsierende Rauschen der Beatmungsgeräte bildet einen rhythmischen Untergrund. Am anderen Ende des Raumes wird gerade eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt und in unregelmäßigen Abständen ist der Alarm eines Monitors zu hören. Frau B. wirkt in ihrer Körperhaltung erschöpft, ihre Stimme klingt müde. [...] Die Atmosphäre im Raum scheint sich selbst kaum tragen zu können. Sie fühlt sich schwer und kraftlos an. Ich entscheide mich, die Körpertambura zu holen und setze mich an ihre Seite. Nun erfüllt auch mich eine starke Müdigkeit und ich muss mich anstrengen, konzentriert zu bleiben. Allmählich breite ich einen Klangteppich im Zimmer aus. Frau B. schließt die Augen. Das Spiel fühlt sich zäh und mühsam an.“

Ich habe das Gefühl, gegen einen Widerstand zu spielen. Als ein Monitor-Alarm ertönt, hält Frau B. weiter ihre Augen geschlossen. Der Alarm fügt sich auf einmal in die Musik ein. Von da an wandelt sich etwas. Ich spiele mit weniger Kraftaufwand, die Musik klingt gelöster und wandelt sich in einen haltgebenden Teppich. Die physiologischen Werte von Louis verbessern sich nur langsam, aber trotzdem bemerkbar. Seine zur Faust geballten Hände öffnen sich ein wenig. Frau B. atmet tiefer. Zwischen Mutter und Kind scheint etwas zu verschmelzen. Die Atmosphäre fühlt sich nun innig und aufgehoben an. Nach einer Weile betritt der Vater von Louis leise den Raum, bleibt neben seiner Lebensgefährtin stehen und lauscht. Frau B. öffnet die Augen, erblickt ihn und verbleibt dennoch in der Ruhe. Ich spiele noch einen Moment und lasse dann den Klangteppich langsam in der Atmosphäre verstummen. Dann steht alles für eine Zeit still. Es wird nicht gesprochen. Frau B. hält ihren Blick lang auf Louis gerichtet. Ihre Gesichtszüge sind nun weich und der Blick warm.“

Die Kontaktmedien sind in dieser Situation gesungene und gespielte musikalische Töne, Klänge und Geräusche, Bewegungen, der Atem. Die Austausch- und Abstimmungsprozesse im ästhetischen Raum führen zu Belebung oder Beruhigung, zur Orientierung, zur Ausweitung oder Fokussierung des Erlebnishorizonts.

Healing Soundscape

Unter dem Begriff Healing Environment wird im Krankenhaus die Gesamtheit der Umgebungsfaktoren wie Raum, Licht, Natur und Akustik betrachtet. Darüber hinaus kommt auch die jeweilige Organisations- und Kommunikationskultur in Betracht. Die genannten Umgebungsqualitäten haben einen Einfluss darauf, wie schnell sich Patient*innen erholen und wie zufrieden Mitarbeitende sind.



Patient*innen schätzen eine Umgebung, in der es etwa natürliches Licht, Natur-elemente, freundliche Farben, Ausblicke und Momente der Schönheit gibt (Stichler, 2001). Die Architektin Carol Venolia umschreibt den unmittelbaren Eindruck einer heilsamen Umgebung folgendermaßen: *„When you are in a healing environment, you know it; no analysis is required. You somehow feel welcome, balanced, and at one with yourself and the world. You are relaxed and stimulated, reassured and invited to expand. You feel at home“* (Venolia, 1988, S. 7).

Auch wenn diese Formulierung vielleicht etwas romantisierend erscheint, lassen sich daraus Ideen ableiten, worauf bei Raumwirkungen im Krankenhaus geachtet werden kann. So können wir uns fragen, wodurch sich ein Mensch in einem Raum willkommen fühlt. Was kann getan werden, um zugleich Entspannung wie Anregung zu fördern? Relevant ist zudem, dass jede Krankheit unsere Wahrnehmung der Umgebung verändern kann. In ihrem Buch *Die Erkrankung des Raumes* (2010) berichten die Psychologin Tanja Vollmer und die Architektin Gemma Koppen von Untersuchungen mit Krebspatient*innen, die zeigen: Wenn der Mensch durch Krebs schwer erkrankt ist, ‚erkrankt‘ auch der äußere Raum. Betroffene berichten über veränderte Raumwahrnehmungen seit der Krebsdiagnose. So empfinden diese Patient*innen stärker (und existentieller) als gesunde Menschen Enge und Überfüllung als äußerst unangenehm, ja geradezu quälend. Eine an Krebs erkrankte Frau sagte: *„Viel Licht muss den Raum füllen, vor allem Sonnenlicht! Und überhaupt muss ein Raum Raum haben. [...] Dunkle Löcher kann ich nicht gut aushalten. Zeitweise habe ich meinen Raum wirklich als dunkler wahrgenommen“* (Vollmer & Koppen, 2010, S. 182). Vollmer folgert prägnant: *„Architektur wird zum zweiten Körper, wenn*

der eigene Körper nicht mehr den Schutz bietet, den wir als Menschen für unser verletzliches Inneres so sehr brauchen. Ein kranker Körper ist durchlässig bis zur Seele“ (Schmitt-Sausen, 2017, S. 226).

Der von dem kanadischen Komponisten und Klangforscher R. Murray Schafer (1977) verwendete Begriff *Soundscape* oder auch *Klanglandschaft* bezeichnet die Gesamtheit der akustischen Umgebung eines Ortes, wie sie dort wahrgenommen und aufgefasst werden kann. Die wahrnehmbare *Soundscape* etwa in einem Krankenhaus-Warteraum resultiert aus den akustischen Gegebenheiten und den subjektiven Konnotationen der Hörenden (Ruiter, 2015). In einer Umgebung, in der Kranke um ihre Gesundheit besorgt sind und in der das Personal oft unter hohem Arbeitsdruck steht, kann dieser Aspekt sehr bedeutsam sein, da die akustischen Bedingungen die vorhandenen Gefühlstönungen verstärken oder aber relativieren können.

In dem interdisziplinären Praxisforschungsprojekt *Healing Soundscape* (Hajdu, Carey, Lazarevi & Weymann, 2017), das mit Studierenden und Lehrenden aus Multimedia-Komposition, Musiktherapie und Musikwissenschaft in einigen Wartebereichen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde, gingen wir zunächst der Frage nach, wie die akustischen und atmosphärischen Bedingungen in diesen Räumen wahrgenommen werden. In der Annahme, dass über die Beeinflussung der *Soundscape* das Befinden der Anwesenden in einem Raum positiv verändert werden kann, wollten wir anschließend mit einer Musikalischen *Soundscape* Intervention die Atmosphäre verbessern. Durch eine eigens für diesen Raum entwickelte elektronisch gesteuerte Klanginstallation sollte der Aufenthalt dort (Wartezeit, Arbeitszeit) angenehmer und für die

Gesundheit förderlich gestaltet werden. Eine speziell für einen bestimmten Raum konzipierte algorithmische (= generative) Musik sollte eine Soundscape erzeugen, die wenig Performativität besitzt, d.h. wenig Aufmerksamkeit auf sich zieht, und zugleich die wahrgenommene Atmosphäre im Raum positiv beeinflusst. Ein phänomenologisch-atmosphärisches Assessment durch Studierende ergab beispielsweise in einem Aufwachraum (PACU) Beobachtungen wie diese: „Ich fühle mich wie ein Fremdobjekt im Raum, in einer Zwischenzeit, unwirklich, wie in der Zeit schwebend. Sehr seltsames Gefühl, kalt, umgeben von Robotern. Ich kann kaum atmen, die Angst steigt. Niemand da, bin ich allein?“ In einem Warteraum wurden folgende Eindrücke notiert: „Benommen von dem dumpfen Hintergrundgeräusch fühle ich mich in einer Blase gefangen. Leichte Verspannung, ich kann keine Ruhe finden. Ich bin wachsam, worauf?“

Einer Soundscape-Intervention sollte immer eine Inspektion der akustischen Verhältnisse und ggf. deren Veränderung vorausgehen, etwa durch das Ausschalten von Störgeräuschen, die Beeinflussung der Dämmung und des Nachhalls oder die Herstellung einer elektronisch modifizierten Raumakustik. Aufgrund der Heterogenität der Population in Krankenhausräumen ist es sinnvoll, nach Möglichkeit die Aspekte von individuellen Hörgewohnheiten, Musikvorlieben etc. zu umgehen. Stattdessen wurden sorgfältig komponierte ansprechende (eher ‚helle‘) Klänge konzipiert, die keine bekannten Musikstücke erkennen lassen, keine Wiederholungen enthalten und gewissermaßen neutral gestaltet sind. Man kann darauf hören, muss es aber nicht. Die Stilistik dieser Musik steht etwa in der Tradition von Eric Saties *Musique d’ameublement*, der *Silent Music* von Morton Feldman und anderen oder der *Ambient Music*, die Brian Eno seit den 1970er Jahren entwickelt hat,

und von der er sagt: „Ambient music must be able to accommodate many levels of listening attention without enforcing one in particular; it must be as ignorable as it is interesting“ (Eno, 1978).

Horchendes Handeln

Über die Bedeutung einer hörenden Weltbeziehung für ethische Grundhaltungen von Therapeut*innen (Stegemann & Weymann, 2019) soll abschließend nachgedacht werden. Meine Annahme ist, dass sich im Zuge des Musik- und Hörtrainings der Musiktherapeut*innen die ethische Haltung des horchenden Handelns entwickelt. Durch eine Lebensweise, in der der bewusste Umgang mit den Sinnen gepflegt wird, entstehen auch ethisch-moralische Kompetenzen, mit denen etwa die Rollenmacht von Therapeut*innen reflektiert und den oftmals ungehörten Stimmen der Patient*innen und ihrer Angehörigen einfühlsam Gehör verschafft werden kann. Therapeut*innen, die mit künstlerischen Medien arbeiten, bilden in gemeinsamen Erfahrungen mit ihren Klient*innen Räume für das, was Cobussen und Nielsen (2014, S. 25) „being hospitable to the other“ nennt, Räume der Gastfreundschaft für das Andere, das Fremde.

Nach Aristoteles (384-322 v.Chr.) ist Tugend eine geschulte und in der Praxis ausgeübte Fähigkeit der Seele. Er unterscheidet zwei Arten ethischer Tugenden (Aristoteles, 2011, 1103a): Unter die erste Kategorie der rationalen Tugenden zählt er Weisheit, Verständnis und Einsicht, unter die zweite Kategorie der moralisch-ethischen Tugenden fällt etwa Großzügigkeit und Sorgfalt, Umsicht, Besonnenheit. Die Haltung der gelassenen Besonnenheit (*Sophrosyne*) wird von Aristoteles, und das ist für unseren Zusammenhang wichtig, durch eine zuhörende oder horchende Haltung oder Fähigkeit der Seele charakterisiert. Er verwendet dafür das Wort *Akoustikon* (ἀκουστικόν).



Einen ähnlichen Gedanken finden wir schon in den Fragmenten des Heraklit. Auch hier wird eine Haltung des aufmerksamen Zuhörens im Zusammenhang mit der ethischen Tugend der Besonnenheit erwähnt. In Fragment B 112 bezeichnet Heraklit Besonnenheit im Sprechen und Handeln als die größte Tugend, die mit einer Haltung des Hörens auf die Natur verbunden ist. Er proklamiert damit eine Art horchendes Handeln: „Gelassene Besonnenheit ist die größte Tugend; und es ist weise, die Wahrheit zu sagen und zu tun, auf die Natur hinhorchend“ (Heraklit, 2007, o. S.).

Auf die Natur hören heißt, sich bedingungslos und nicht beeinflusst von eigenen Wünschen oder Ängsten den Gegebenheiten zuwenden. In der antiken Philosophie sowie auch in der Phänomenologie wird diese Haltung Epoché genannt: Ich versuche, mich von meinen vorgefassten Meinungen zu distanzieren und mein Urteil zurückzuhalten. Auch in psychodynamischen Konzepten wie etwa der gleichschwebenden Aufmerksamkeit (Freud) oder der Rêverie (Bion) werden entsprechende Wahrnehmungseinstellungen vorgeschlagen. Eine derartige Hörhaltung ist tief in der Praxis von Musiker*innen verankert: Das Vorahören ist die Grundlage des Spielens, das Hören geht dem Spielen voraus, nicht umgekehrt. „Achtsames Zuhören konzentriert sich auf das Ungehörte“ (Cobussen & Nielsen, 2012, S. 19).

Insbesondere im Kontext der Improvisation, die in der Musiktherapie einen zentralen Platz einnimmt, lernen wir, mit zuhörender Aufmerksamkeit zu handeln. Das Spielen ist hier immer schon ein antwortendes Handeln, ein Handeln im Austausch, in Resonanz mit der Umgebung. Dadurch wird eine Improvisation zu einem offenen Werk, das gleichermaßen als Form unfertig wie in seinem Umge-

bungsbezug durchlässig ist. In der Haltung des Hörens/Zuhörens – im Unterschied und in Ergänzung zu einer Haltung, bei der der Ausdruck im Vordergrund steht – öffne ich mich dem Anderen, bin aufnehmend, rezeptiv, lasse mich von etwas leiten, gebe Raum in mir selbst und beobachte – mehr oder weniger aufmerksam – die Resonanz auf das Andere in mir: „Das Andere willkommen zu heißen bedeutet, [...] so viel Welt-Raum zu bewahren, dass in ihm jedes Ding – ein Baum, ein Berg, ein Haus, der Schrei eines Vogels – jede Gleichgültigkeit und Alltäglichkeit verliert“ (Cobussen & Nielsen, 2012, S. 25).

Literatur

Aristoteles. (2011). *Nikomachische Ethik*. Hrsg. von Ursula Wolf. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Backer, J. de & Sutton, J. (2014). *Theoretical Perspectives of Music Therapy*. In J. de Backer & J. Sutton (Hrsg.) *The Music in Music Therapy. Psychodynamic Music Therapy in Europe: Clinical, Theoretical and Research Approaches* (S. 37–57). London: Jessica Kingsley.

Böhme, G. (2013). *Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik* (7., erw. und überarb. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.

Cobussen, M. & Nielsen, N. (2012). *Music and Ethics*. Farnham: Ashgate.

Eno, Brian (Komponist). (1978). *Ambient 1: Music for Airports*: Polydor Records.

Hajdu, G., Carey, B., Lazarevic, G. & Weymann, E. (2017). *From Atmosphere to Intervention. The Circular Dynamic of Installations in Hospital Waiting*. *Proceedings of the International Conference on New Interfaces for Musical Expression*, 364–369. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.1176284>

- Heraklit. (2007). 115 Aphorismen. Griechisch nach H. Diels & W. Kranz (Berlin 1903)/deutsch Hans Zimmermann. Verfügbar unter <http://12koerbe.de/pan/heraklit.htm>
- Ruiter, E. de. (2015). Healing Soundscape: Hospital Acoustics 2.0. Proceedings of EuroNoise 2015, 2439–2444. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/277799178_Healing_soundscape_hospital_acoustics_20
- Ruud, E. (2010). Music Therapy. A Perspective from the Humanities. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Schafer, R. M. (1977). The Soundscape. Our Sonic Environment and the Tuning of the World. Rochester: Destiny Books.
- Schmitt-Sausen, N. (2017). Heilende Architektur. Der Krankheit Raum geben. Deutsches Ärzteblatt, 114(13), 626–630. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=187401>
- Stegemann, T. & Weymann, E. (2019). Ethik in der Musiktherapie. Grundlagen und Praxis. Gießen: Psychosozial.
- Stichler, J. F. (2001). Creating Healing Environments in Critical Care Units. Critical Care Nursing Quarterly, 24(3), 1–20. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/11502485_Creating_Healing_Environments_in_Critical_Care_Units
- Venolia, C. (1988). Healing Environments. Your Guide to Indoor Well-Being. Berkeley: Celestial Arts.
- Vollmer, T. C. & Koppen, G. (2010). Die Erkrankung des Raumes. Raumwahrnehmung im Zustand körperlicher Versehrtheit und deren Bedeutung für die Architektur. München: Utz.
- Weymann, E. (2019). Musik als Zwischenwelt. Hören, Atmosphäre und Spiel in therapeutischen Improvisationen. In S. Leikert, S. Bauer & K. H. Brisch (Hrsg.), Transformationsprozesse in Psychoanalyse und Musiktherapie (S. 105–121). Gießen: Psychosozial.



Potential Spaces – oder: Die Bühne als Raum für Veränderungsprozesse in der Drama- und Theatertherapie



Sandra Anklam

Theaterpädagogin (BuT®), Dozentin und Fachbereichsleitung für Theater und Systemische Theaterpädagogik an der Akademie der Kulturellen Bildung in Remscheid

„Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten, an keinem wie an einer Heimat hängen“ (Hesse, 1986, S. 193).

Bühnenräume und Bedeutungsgebungen

Ich arbeite seit fast zwanzig Jahren mit Menschen in unterschiedlichen Bühnenräumen. Bühnenräume in Stadttheatern, Kliniken, Gefängnissen, Werkstätten, Klassenzimmern, Parks, Schreinereien, Innenhöfen, Treppenhäusern, Köpfen, Körpern, Trauerhallen, Supermärkten, Fluren und Toiletten. Eine Bühne kennzeichnet einen Raum, der durch Spielende, Zuschauende oder Regisseur*innen als solcher definiert wird. Sie kann durch Licht, Tape, Erhöhungen, Kisten, Imagination, Menschen oder andere Objekte hergestellt werden. Es handelt sich dabei immer um eine explizite oder implizite Verabredung – durch eine konstruierte (architektonische, kommunikative, gestalterische etc.) Bedeutungsgebung.

Die Bühne im Kontext von Drama- und Theatertherapie spielt immer eine zentrale Rolle. Sie konstituiert einen Möglichkeitsraum – oder in Anlehnung an Winnicott (1971) einen Potential Space – in Abgrenzung zum Wirklichkeitsraum der sogenannten Alltagsrealität: Im Möglichkeitsraum Bühne können Anteile, Gefühle und Entwürfe angstfrei erspielt werden, die im Wirklichkeitsraum abgespalten, unterdrückt oder nicht angeschaut werden wollen oder können.

Ein Beispiel

Traum eines lächerlichen Menschen von F. Dostojewskij: „Ich bin ein lächerlicher Mensch. [...] Ich beschloss, mich noch in derselben Nacht zu erschießen“ (Dostojewskij, 1995, S. 5).

Eine Gruppe von Patient*innen und Mitarbeiter*innen einer psychiatrischen Klinik sitzt an einem Donnerstag



Foto: Wolfgang Kühnen

im November im Theatertherapieraum und liest den Text, der sechs Monate später im Rahmen der Ruhrfestspiele Recklinghausen vor einem öffentlichen Publikum gezeigt werden soll. Einige melden zurück, dass sie nicht sicher seien, ob sie sich mit einem solchen Text auseinandersetzen wollen, weil er so düster und deprimierend sei. Andere sagen, dass sie die Gruppe besuchen, weil sie mehr Spaß und Freude haben wollen und sich nicht unbedingt im dunklen Monat November mit Suizidgedanken beschäftigen möchten. Und dann ausgerechnet Dostojewski? Sechs Monate später steht diese Gruppe auf der Bühne im Festsaal des Schlosses und spielt vor einhundertzwanzig Zuschauenden Dostojewskis Text, der inzwischen auch durch eigenes Material der Spieler*innen angereichert wurde.

Im Zwischenraum

November/Dezember

Frau M., eine Patientin Ende 40, die wenige Wochen vor dem Beginn der Proben einen Suizidversuch unternommen hatte und mit der Diagnose einer akuten Belastungsstörung in die Klinik eingewiesen wurde, ist ängstlich, ob die Teilnahme an dem Projekt

ihr guttun würde. Die Lebensmüdigkeit des Protagonisten und sein Entschluss, sich das Leben zu nehmen, sind sehr dicht an ihrer eigenen Erfahrungs- und Lebenswelt, sodass sie unsicher ist, ob sie genügend Distanz haben würde. Bei den ersten Proben sitzt sie häufig am Rand und schaut den anderen, z.T. unter Tränen aufgelöst, von außen zu. Bei der Einführung des Liedes Mad World, das im Stück gesungen werden soll, singt sie über mehrere Wochen weinend mit und sagt auf Nachfrage immer wieder: „Ist schon ok. Vielleicht schaff ich es, vielleicht auch nicht“.

Januar/Februar

Frau M. ist häufiger aktiv im Spielgeschehen dabei, nur noch selten sitzt sie am Rand. Sie sagt, dass ihr die vielen Wiederholungen guttun. Sie macht über das Spiel sichtbar eine korrigierende emotionale Erfahrung, d.h. sie erlebt auf der Spielerebene im Potential Space einen anderen Umgang mit Lebensmüdigkeit, Todessehnsucht und Suizidalität, als sie dies in ihrem tatsächlichen Leben erfahren hat. In der Gruppe wird offen über die Parallelen der Figur zu eigenen Erfahrungen gesprochen, wenn dies für jemanden

notwendig ist. Und Frau M. darf Teil der Gruppe sein und bleiben, auch wenn es ihr manchmal schlecht geht und sie nicht ‚funktioniert‘.

März/April

Eine Beerdigungsszene soll geprobt werden, innerhalb derer jemand aus der Gruppe von acht anderen getragen werden soll. Frau M. erklärt sich bereit, diese Rolle zu übernehmen, da sie die Leichteste aus der Gruppe ist. Auf meine Rückfrage, ob sie sicher sei, das tun zu wollen, antwortet sie: „Ich will es auf jeden Fall probieren“. Nach einigen technischen Trageversuchen wird Frau M. über die Bühne getragen. Alle sind sehr konzentriert. Plötzlich beginnt sie, auf den Händen der anderen als Tote getragen, das Lied Mad World zu singen – sehr leise und zart. Als die anderen sie herunterlassen, laufen ihr Tränen über das Gesicht und sie lächelt. Einige aus der Gruppe fragen sie, ob alles in Ordnung sei. Sie sagt: „Alles gut, ich will das machen – das tut mir so gut. Ich glaube nur, dass ich meine Kinder auf diese Szene vorbereiten sollte, damit sie verstehen, dass ich mir das Leben wieder **nehmen** will!“.

Frau M. übernimmt an dieser Stelle die Rolle der Leiche, des Protagonisten, der im Stück im Anschluss an die Beerdigung über seinen Tod reflektiert und am Ende der Geschichte feststellt, dass er nur geträumt hat und sich nicht mehr das Leben nehmen, sondern das Leben **nehmen** will. Der zentrale Satz der Inszenierung ist geboren!

Mai

Frau M. ist inzwischen eine stabile Größe innerhalb der Gruppe. Sie nimmt zuverlässig und engagiert an allen Proben teil und meldet regelmäßig zurück, wie gut ihr das Projekt tue. Außerdem hilft sie häufiger anderen über Hürden. Herr B. zum Beispiel soll in einer Szene lautstark einen Satz sagen, der ihm immer nur sehr zaghaft über die Lippen kommt. Frau M. ermutigt ihn: „Hey, tu einfach so, als ob du groß und stark bist. Das ist doch Theater – so tun, als ob! Ich tu ja auch nur so, als ob ich tot bin“. Frau M. und Herr B. lachen. Und er tut so als ob und sagt den Satz laut und deutlich.

Die Auseinandersetzung mit den Themen des Stücks findet nun explizit mehr und mehr im Potential Space – auf der ästhetischen Ebene statt. Alle explorieren und





Foto: Sandra Anklam

bespielen den Schutzraum Bühne immer häufiger und mutiger.

Danach

Frau M. reflektiert den Umgang mit dem Thema Suizid für sich in der Rückschau:

„Ich habe gleichzeitig mit der einen Seite einen Schutzwall gestützt und mit der anderen portionsweise etwas zugelassen. Manches kam trotzdem mit voller Wucht. Doch ein Ausprobieren war auch dabei, ohne den Tod direkt zu berühren. Den Schrecken etwas berühren, damit er etwas von seiner Macht verliert? Ich konnte

durch das Spiel diese dunkle, weggesperrte Kammer etwas öffnen, denn was nicht hinein kann, kann auch nicht hinaus. Den Zugang zu dieser dunklen Kammer habe ich gleichzeitig erlebt und gezeigt. Ein Geständnis.“

Es zeigt sich, dass die Auseinandersetzung der Spielenden mit den Themen des Stückes mehr und mehr innerhalb einer ästhetischen Distanz – im Potential Space – stattfinden konnte: Suizidgedanken, Lebensmüdigkeit und Verzweiflung konnten im enttabuisierten Möglichkeitsraum Bühne über das Einfühlen in den

Protagonisten oder über Bewegungssequenzen zu Musik erfahren werden, ohne die eigene Betroffenheit veröffentlichen oder diese als eigene empfinden zu müssen. Gleichzeitig wurde der Raum auch jenseits der Bühne bei Bedarf fortlaufend genutzt, um Parallelen, Unterschiede, Berührbarkeiten und Berührungen mit eigenen biografischen Anteilen anzusprechen. Diese Form hat Annäherungen an angstbesetzte Themen möglich gemacht und andere Perspektiven eröffnet. Aus „Ich werde mir das Leben nehmen“ konnte „Ich werde mir das Leben **nehmen!**“ werden.

Der für mich zentralste Begriff Potential Space aus dem Denken Winnicotts (1971) lässt sich auf verschiedene Weise übersetzen:

- Potentieller Raum
- Übergangsraum
- Möglichkeitsraum
- Intermediärer Raum
- Zwischenraum

Winnicott (1971) meinte mit Potential Space einen Zwischenbereich der Erfahrung, einen Bereich zwischen Fantasie und äußerer Realität. Das Konzept hat eine enge Beziehung zum Raum des Spielens, zum Übergangsobjekt und zu Übergangsphänomenen, aber auch zu so komplexen Konzepten wie dem analytischen Raum in der Psychoanalyse und Psychotherapie und dem Bereich der kulturellen Erfahrung und der Kreativität.

„Gerade im Spielen und nur im Spielen kann das Kind und der Erwachsene sich kreativ entfalten und seine ganze Persönlichkeit einsetzen, und nur in der kreativen Entfaltung kann das Individuum sich selbst entdecken“ (Winnicott, 1971, S. 62). Spiel findet dabei „stets an der theoretischen Grenze zwischen Subjektivem und objektiv Wahrgenommenem“ (Winnicott, 1971, S. 62) statt.

Wenn Winnicott von Grenzen spricht, dann meint er damit auch Schwellen. Schwellen als Übergang von einer Welt in eine andere, Schwellen

- zwischen Innenwelt und Außenwelt
- zwischen Ich und Nicht-Ich
- zwischen Fantasie und Realität
- zwischen Möglichkeits- und Wirklichkeitsraum
- zwischen subjektivem und kollektivem Erleben

Es gibt auch für Erwachsene gesellschaftlich akzeptierte Formen, das Schwellen-, Grenz- und Möglichkeitsraum-Erleben wahrzunehmen: Theater (sowohl der Konsum als auch das Praktizieren) ist eine solche Form, die uns auch im Erwachsenenalter zwischen kreativer Fantasie und objektiver Wahrnehmung zugestanden wird. Und das Theaterspiel ermöglicht spielerische Zu- und Abgänge in solche Initiations-, Transformations- und Übergangsräume,

- in denen Unsichtbares sichtbar werden darf.
- in denen Unmögliches möglich werden darf.
- in denen Angstausslösendes angstfrei werden darf.

Ein anderes Beispiel

„Damit ich dich besser Fressen kann“ (Grimm & Grimm, 2009, S. 50).

Im Rahmen eines stationären Dramatherapie-Angebotes für Mütter mit postpartalen Depressionen beschäftigt sich die Gruppe über mehrere Wochen mit dem Märchen Rotkäppchen. Eine Patientin mit einer Angsterkrankung erspielte sich den Bühnenraum von Sitzung zu Sitzung mehr. Zu Beginn stand sie am Rand des abgeklebten Bühnenraumes wie vor einem Schwimmbecken und hielt zaghaft erst den einen Fuß, dann den anderen hinein.



Von den im Märchen angebotenen Figuren wollte sie zwei Sitzungen lang eine Blume spielen. In der dritten Sitzung bat sie darum, einmal den Wolf spielen zu dürfen. Ihr Wolf war ein brutaler, sadistischer und äußerst skrupelloser, der mit großem Vergnügen Kuchen, Blumen, Rotkäppchen, Großmutter und Jäger verspeiste. Die zuschauenden Frauen – und auch ich – waren von ihrem plastischen Spiel zutiefst beeindruckt und bedachten den Wolf mit Szenenapplaus und Standing Ovations. Die Spielerin trat am Ende der Szene sehr schnell aus dem Bühnenraum heraus, wobei sie eilig mit langen schnellen Strichen über den Körper die Rolle „abstreifte“ und noch vor dem Ende des Applauses sagte: „Ja, Danke, aber das war ja nicht ich, das war der Wolf!“.

Für die Spielerin war es wichtig, die Rolle, die sie im Möglichkeitsraum gespielt hatte, an diesem Ort zu belassen. In der Dramatherapie gehen wir davon aus, dass es nicht unbedingt notwendig ist, die gemachte Erfahrung im Potential Space im Wirklichkeitsraum zu reflektieren. Die Deutungshoheit und die Bedeutungsgebung bleiben bei den Spieler*innen. Die Annahme ist, dass sie im Schutz des Bühnenraumes und der Rolle wirksame

körperliche und emotionale Erfahrungen machen. Die Wirksamkeit wird unabhängig von der Analyse und Einordnung unterstellt.

Die Spielerin kam mehrere Wochen nach dieser Szene von allein auf ihre Erfahrung zurück. Sie meldete zurück, dass ihr die Erfahrung, in der Figur des Wolfes die Großmutter und andere Figuren fressen zu dürfen und sich also anderen gegenüber offen aggressiv und gewalttätig verhalten zu haben gleichzeitig Angst und Freude gemacht habe. In der Reflexion war es dann möglich, diese Erfahrung für sie derart zu abstrahieren, dass es ein aggressives Potenzial in der Spielerin gibt, das sehr gesund und nützlich sein kann, wenn sie es spürt und ausdrückt, jedoch dafür im Alltag angemessene Ventile gefunden und geübt werden müssen.

Was ist hier passiert?

Im theatralen Prozess fand eine Unterdissoziation bzw. Überidentifikation mit einem möglicherweise abgespaltenen Persönlichkeitsanteil statt. Im Potential Space war dies möglich, weil die Rolle Aggression und Brutalität brauchte, um wirksam zu sein. Im Anschluss an die Szene und mit der großen Resonanz

verließ die Spielerin den Potential Space und war verunsichert und irritiert. Eine Überdistanzierung, bzw. Unteridentifikation ließ sie rationalisieren und analysieren: „Das war ja nicht ich, das war die Rolle!“. Die von ihr erlernten Regeln, Muster und Glaubenssätze, z.B. „Du darfst nicht aggressiv sein“, machten sich im Wirklichkeitsraum Platz. In ihrem eigenen Tempo war es ihr mit Abstand möglich, die Schwelle und somit die Verbindung zwischen den beiden Räumen anzuschauen und zu erkennen, dass es einen Übergang, ein Spannungsfeld zwischen den beiden Räumen geben könnte, der eine Integration ihrer aggressiven Anteile möglich machen könnte. Vielleicht hat sie durch die Arbeit im Potential Space eine Fähigkeit zurückerobert, die es ihr ermöglicht, um mit Musil im „Mann ohne Eigenschaften“ zu sprechen, „alles, was ebenso gut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist“ (Musil, 1978, S. 16). Erfahrungen im Potential Space können dazu beitragen die Anerkennung von Ambivalenz und Dialektik zu ermöglichen. Die Frage, welche der beiden Dimensionen wichtiger ist oder welche dominiert, muss nicht gestellt werden: Beide geben sich gegenseitig Bedeutung, beide wechseln einander ab, antworten aufeinander, wodurch der Bereich zwischen ihnen der Ort ist, an dem Leben und Kreativität stattfinden und an dem Wachstum und Heilung möglich werden.

„Das Theater ist der Zustand, der Ort, die Stelle, wo die menschliche Anatomie begriffen und durch diese das Leben geheilt und regiert werden kann!“ (Artaud, 1988, S. 77).

Literatur

Artaud, A. (1988). Schluss mit dem Gottesgericht. Das Theater der Grausamkeit: Letzte Schriften zum Theater. Berlin: Matthes und Seitz.

Dostojewski, F. M. (1995). Traum eines lächerlichen Menschen. Eine phantastische Erzählung. Frankfurt am Main: Fischer.

Grimm, J. & Grimm, W. (2009). Kinder- und Hausmärchen: Ausgabe letzter Hand. Mit einem Anhang sämtlicher, nicht in allen Auflagen veröffentlichter Märchen. Hrsg. von Heinz Rölleke. Stuttgart: Reclam.

Hesse, H. (1986). Das Lied des Lebens. Die schönsten Gedichte. Hrsg. von Volker Michels. Berlin: Suhrkamp.

Musil, R. (1978). Gesammelte Werke. Bd. 1, Der Mann ohne Eigenschaften. Hrsg. von Adolf Frisé. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Winnicott, D. W. (1971). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.



Raumkorrelate zwischen Kunst und Kunsttherapie



Prof. Hartmut Majer

Kunsttherapeut, Professur für künstlerische Grundlagen der Kunsttherapie an der Hochschule für Wirtschaft und Umwelt in Nürtingen-Geislingen.

Wenn wir im kunsttherapeutischen Diskurs von inneren und äußeren Bildern sprechen, schaffen wir damit bereits eine räumliche Vorstellung, die grundlegend zwischen einer inneren und einer äußeren Welt trennt. Diese Differenzierung gibt uns zunächst eine Orientierung, weil sie klare räumliche Zuordnungen definiert, wie Territorien, die durch Grenzen voneinander getrennt sind. Bei näherer Betrachtung sind es jedoch genau diese Grenzen, an denen grundlegende Fragen der Kunsttherapie ansetzen. Sie kreisen um die Thematik der inneren und äußeren Bilder, wie sie korrelieren und differieren, wie sie sich beeinflussen, wie sie dynamisch miteinander in Beziehung treten und im Rahmen einer therapeutischen Beziehung heilsame ästhetische Erfahrungen und Erkenntnisse ermöglichen.

Der Psychoanalytiker D.W. Winnicott prägte den Begriff des Potential Space

im Sinne eines Übergangsraums, in dem das kindliche Ich wichtige Erfahrungen der Ablösung von der Mutter hin zu einer eigenständigen Persönlichkeit machen kann. Er entwickelt ein räumliches Modell, das sich ebenfalls auf die Vorstellung von Innen und Außen, Ich und Nicht-Ich bezieht, sowie den Möglichkeitsraum, der sich auf therapeutische Prozesse übertragen lässt und genau an dieser Grenze ansiedelt. So entsteht das Bild eines dynamischen Erfahrungsraumes, der im Dazwischen lokalisiert ist, weder dem diesseits noch dem jenseits der Grenze zugeordnet. Als Grenzraum trägt er vielfältige Potentiale in sich. Er ist der Ort, an dem Ambivalenzen und Uneindeutigkeiten neue Erfahrungen ermöglichen (Winnicott, 1979). „Dieser Zwischenbereich der Erfahrung, der im Hinblick auf seine Zugehörigkeit zur inneren oder äußeren Realität nicht in Frage gestellt werden kann, bildet den entscheidenden

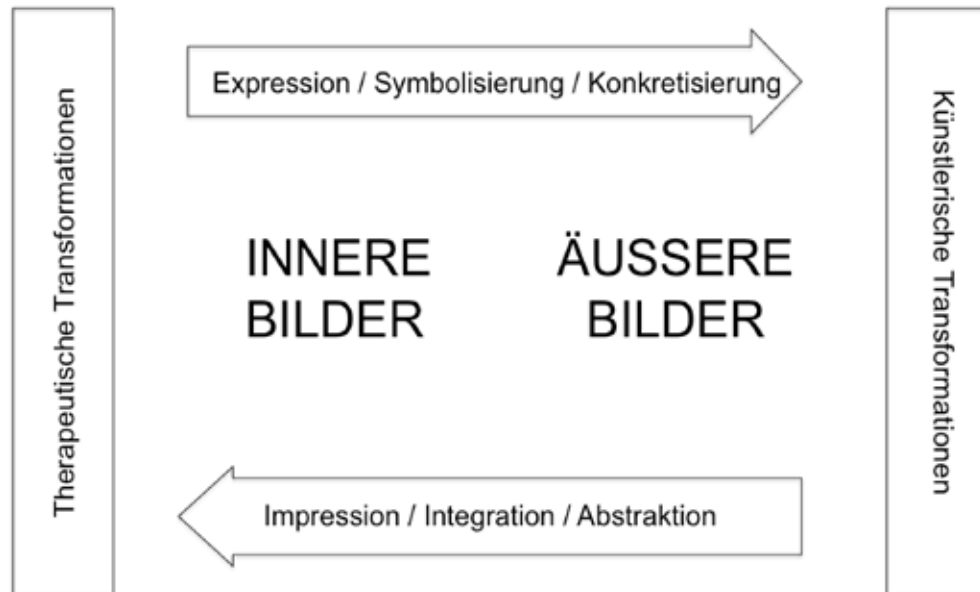


Abb. 1: Der Übergangsraum nach Winnicott (1979) übertragen auf die Kunsttherapie

Teil der Erfahrung des Kindes. Er tritt das ganze Leben hindurch in der intensiven Erfahrung auf, wie sie in den Künsten, der Religion, im imaginativen Leben und in der wissenschaftlichen Arbeit gemacht wird“ (Winnicott, 1979, S. 41).

Ein anderes, von einer räumlichen Vorstellung ausgehendes Denkmodell entwickelt Wilfred R. Bion aus der psychoanalytischen Denktradition heraus. Als Containing bezeichnet er die Fähigkeit der Mutter, die Gefühle des Kindes aufzunehmen und ihm in verwandelter Form zurückzugeben. Der Container dient dabei als Behälter, in dem unverdaute Gefühle und Erfahrungen transformiert und in reiferer Form zurückgegeben werden können. In der Übertragung auf die therapeutische Beziehung kommt den Therapeut*innen die Aufgabe zu, die Projektionen ihrer Patient*innen in dieser Weise zu „beinhalten“ (Bion, 1970). Schon Freud hat dem Bild solche Funktionen zugesprochen, in dem er die unbewussten Anteile betont, die von Kunstschaffenden in ihre Werke hineingelegt werden (Kraft, 2015, S. 141ff). In der Kunsttherapie kann das Werk der Patient*innen als ein solcher Container verstanden werden. Bewusste und unbewusste Inhalte fließen darin zusammen

und werden zunächst in einer von den Patient*innen selbst geschaffenen und verantworteten Form gehalten. In dieser Weise externalisiert, können die Inhalte wahrgenommen und im Material künstlerisch durchgearbeitet werden. Das Bild als Container ruft zwar in unserer Vorstellung zunächst eine statische Form hervor, dient aber ebenfalls der Ermöglichung transformatorischer Prozesse.

Auch der Psychoanalytiker Ralf Bolle greift in seinem kunstpsychotherapeutischen Ansatz die Vorstellung von Raum auf. Den therapeutischen Raum versteht er als Austragungsort der Kommunikation zwischen den inneren und äußeren Bildern der Patient*innen und den inneren und äußeren Bildern der Therapeut*innen. Interessant ist bei seinem Modell, dass er den Raum außerhalb des Therapieraums einbezieht, als den privaten Raum der Therapeut*innen einerseits und den der Patient*innen andererseits. Die privaten Bilder der Therapeut*innen sind durch die Art der Gestaltung des realen Ortes ebenso im therapeutischen Raum präsent wie Bilder, die die Patient*innen dorthin mitbringen. Im Mittelpunkt stehen bei Bolles Konzept die dialogischen Verfahren, in denen der Austausch von Bildern als

reales Geschehen auch eine räumliche Präsenz erhält (Bolle, 2015, S. 158).

Unsere Vorstellungen therapeutischer Prozesse in den Künstlerischen Therapien scheinen also in vielfältiger Weise gekoppelt an unsere persönlichen Imaginationen von Räumen. Und wenn wir als Künstlerische Therapeut*innen davon ausgehen, dass die Bilder, die wir uns von etwas machen, unser Denken, Handeln und Fühlen maßgeblich prägen, müssen wir den zugrundeliegenden unterschiedlichen Konzepten von Raum besondere Beachtung schenken. Dies betrifft sowohl die Dynamik kunsttherapeutischer Prozesse als auch die Verortung der Künstlerischen Therapien im gesellschaftlichen Diskurs, ganz besonders in Bezug zu den freien Künsten. Ob ich die Systeme Kunst und (Kunst-)Therapie als getrennte, aneinander grenzende Räume mit unterschiedlicher Definition verstehe oder ob ich sie als

Raubegriff geht davon aus, dass der Raum als feste, von seinem Inhalt unabhängige Größe existiert. Man spricht auch vom Container-Modell. Ein solcher Raum kann leer sein oder angefüllt mit Dingen und Körpern, er verändert sich dadurch nicht. Für die Wissenschaft bedeutet dies, dass Raum und Körper (durch Körper bedingte lebendige Prozesse) in einer Dualität zueinander stehen und getrennt voneinander gedacht und untersucht werden.

Im Zuge des sogenannten Spatial Turn rückten in den 1990er-Jahren andere Modelle in den Vordergrund. Die Kultur- und Sozialwissenschaften begannen dem Raum als konstituierende Größe zunehmend Beachtung zu schenken. Auch in den Künsten veränderte sich der Fokus: „Das Schlimme ist ja im Moment, es gibt nur noch Zeit oder Geschwindigkeit oder Verlauf von Zeit, aber keinen Raum mehr.

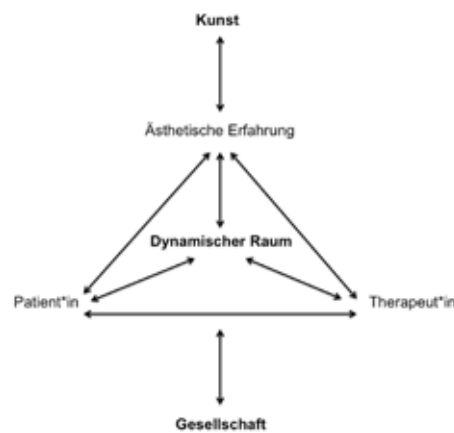


Abb. 2 und 3: Absolutistische (Raum als Gefäß) und relationale (Dynamischer Raum) Raumvorstellungen übertragen auf die kunsttherapeutische Triade

raumbildendes, dynamisches Aktionsfeld mit offenen Grensräumen vor Augen habe, verändert mein Verständnis der Thematik und mein Selbstverständnis als darin Agierende*r mit entsprechender Rückkopplung auf meine therapeutische Arbeit mit den Patient*innen.

In der Raumtheorie unterscheidet man zwischen zwei grundlegend unterschiedlichen Vorstellungen. Der absolutistische

Man muss jetzt Räume schaffen und besetzen gegen diese Beschleunigung“ sagt Heiner Müller im Gespräch mit Alexander Kluge (1993, 20:57). Doch was diese beiden Vordenker zum Ausdruck bringen, ist fern rückwärtsgewandter Larmoyanz, es beschreibt vielmehr die Notwendigkeit eines Perspektivwechsels, durch den der Raum als kulturelle Größe definiert und reflektiert würde. Die Topologische Wende (≈ Spatial Turn) proklamierte den



Paradigmenwechsel: Nicht mehr allein die Zeitbezogenheit sollte im Zentrum kulturwissenschaftlicher Untersuchungen stehen, Raum wurde nun verstanden als durch Bewegung, Wahrnehmung sowie soziales und symbolisches Handeln von Menschen hervorgebrachtes Phänomen (Lehnert, 2011).

Vor allem die Soziologin Martina Löw hat in ihren Ausführungen zu einem relativistischen Raumverständnis für die Künstlerischen Therapien relevante Fragestellungen aufgeworfen:

„Räume [werden] für Menschen nur dadurch zu Räumen [...] als sie als soziale Gebilde hergestellt werden müssen. Im Moment der Platzierung bilden wir Relationen zwischen Dingen mit dem Ergebnis, dass wir diese Dinge oder Elemente zu einer Gestalt verbinden. Raum ist die Kategorie, die uns zur Kenntnis nehmen lässt, dass Dinge nur schwer einzeln erfahrbar sind, sondern im Arrangement existieren, d.h. zu Räumen synthetisiert werden können, ja sogar verbunden werden müssen.“ (Löw, 2015, o. S.)

Raum wird also nicht mehr als Kulisse verstanden, sondern als ein Austragungsort sozialer Interaktion, als ein prozesshaftes Geschehen (dynamisches Raumverständnis). Zwei weitere Aspekte stehen ebenfalls in Bezug zu künstlerisch-therapeutischen Prozessen: Löw betont die Bedeutung der sinnlichen Ebene für den Prozess der Raumkonstitution, und sie beschreibt Raum als subjektives Konstrukt, das grundsätzlich abhängig ist vom Bezugssystem des Betrachters (Löw, 2001).

Was bedeutet dies nun für den Raumbezug in Kunst und Therapie? Wenn wir Raum in den Künstlerischen Therapien als eine offene Gestalt verstehen, die gebildet wird durch ästhetisches Handeln und ästhetische Erfahrung in der Konstellation von Patient*in, Therapeut*in und Werkprozess, dann transportieren wir damit auch ein anderes Denken, als würden wir Raum nur als Behältnis oder Bühne der kunsttherapeutischen Triade anerkennen: Raum bedingt und ermöglicht künstlerisches Handeln; Raum bedingt und ermöglicht ästhetische Erfahrung; Handlung und Erfahrung bilden wiederum die



Hartmut Majer, o. T. (Topologie 03-08-2012//16-08-2012), 2014, 160 x 200 cm, 196 Digital Prints und Schrift auf Karton

Gestalt des kunsttherapeutischen Raums. Dieser Raum ist nicht der Container, in dem wir arbeiten, sondern das, was wir wahrnehmend und handelnd erzeugen. Ihn wie einen Landschaftsraum als kategorisch offen zu verstehen, ermöglicht uns darüber hinaus, die Kunst und die Kunsttherapie – bei aller Kontextverschiedenheit – als relational aufeinander bezogene Räume zu verstehen. Das Konstellierende, Relationen schaffende rückt in den Mittelpunkt und lässt damit möglicherweise neue Spielräume entstehen, wenn das einst so eindrucksvolle Tableau unseres kunsttherapeutischen Berufs in seiner Etablierung zu erstarren droht.

Literatur

Bion, W. R. (1970). Aufmerksamkeit und Deutung. Tübingen: Edition Diskord.

Bolle, R. (2015). Welche Kunst dient der Psychotherapie? In H. Majer, L. Niederreiter & T. Staroszyński (Hrsg.), Kunstbasierte Zugänge zur Kunsttherapie. Potentiale der Bildenden Kunst für die kunsttherapeutische Theorie und Praxis (S. 151–164). München: Kopaed.

Kraft, H. (2015). Psychoanalytische Konzepte des Kunstmachens. In H. Majer, L. Niederreiter & T. Staroszyński (Hrsg.), Kunstbasierte Zugänge zur Kunsttherapie. Potentiale der Bildenden Kunst für die kunsttherapeutische Theorie und Praxis (S. 141–150). München: Kopaed.

Lehnert, G. (2011). Raum und Gefühl. Der Spatial Turn und die neue Emotionsforschung. Bielefeld: Transcript.

Löw, M. (2001). Raumsoziologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Löw, M. (2015). Space Oddity. Raumtheorie nach dem Spatial Turn. Sozialraum, 1(7). Zugriff am 14.02.2020. Verfügbar unter <https://www.sozialraum.de/space-oddity-raumtheorie-nach-dem-spatial-turn.php>

Müller, H. (1993). Geist, Macht, Kastration. Interview mit Alexander Kluge. Senddatum 08.03.1993. dctp.tv. Verfügbar unter <https://kluge.library.cornell.edu/de/conversations/mueller/film/108>

Winnicott, D. W. (1979). Vom Spiel zur Kreativität (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.



Bewegung und Bewegtsein – Leibliche Resonanz- und Aktionsräume



Antje Scherholz

Tanztherapeutin (BTD), Ev. Johanneswerk e.V., Rhein-Klinik in Bad Honnef

Ganzheitliches Verstehen, Durchdringen und Begreifen wird durch leibliches (Mit-) Erleben, durch eigene (leibliche) Resonanz und Bezugnahme evoziert, woraus weiterführendes Interesse resultieren kann. In meinem Vortrag wurde „Bewegung und Bewegtsein – Leibliche Resonanz- und Aktionsräume“ im Kontext von Erfahrung, Praxis und Fallbeispielen vorgestellt. Die folgenden Ausführungen vertiefen die im Vortrag erwähnten theoretischen Bezüge. Diese rekrutieren sich aus wissenschaftlichen Ansätzen des Embodiments (Fogel, 2013; Koch, 2011; Lemche & Loew, 2009; Röhrich 2009), aus phänomenologisch-psychotherapeutischen (Fuchs 2011, 2013, 2014, 2015, 2018; Schmitz 1985, 1989), bindungstheoretischen, neurobiologischen (Schore & Rass, 2007; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2008), tanz- und körpertherapeutischen sowie bewegungsanalytischen Betrachtungen (Bender, 2007a, 2007b; Eberhard-Kaechele, 2007, 2009; Ramseyer 2010b).

Die menschliche Existenz ist untrennbar mit dem sich bewegenden, fühlenden und beseelten Körper sowie dessen leiblichen Resonanz- und Aktionsräumen verbunden. Bewegung und Bewegtsein formen sowohl unser Selbst- als auch unser Beziehungserleben. Unabhängig von Lebenssituation oder äußerer räumlicher Situation sind diese leiblichen Räume an jeder inter- und intrapsychischen Kommunikation und Regulation beteiligt. Der leibliche, dreidimensionale, bewegliche und bewegte Raum bildet die Grundlage für das Entwickeln eines räumlichen Verständnisses, für Orientierung in uns selbst sowie das Einordnen von Informationen aus der Umwelt (Fuchs, 2018, S. 120, S. 159 ff.; Koch, 2011, S. 23). Er ist Fundament für Selbstregulation und Beziehungsgestaltung, sowohl über die erkennende leibliche Resonanz als auch durch die hieraus entstehende (Inter-) Aktion. Mit ihm sind unmittelbar das Erleben und Herstellen von Selbst-



wirksamkeit sowie Handlungsfähigkeit verbunden. In sozialen Begegnungen entsteht „Zwischenleiblichkeit“, nonverbale Kommunikationsräume, die sich interaffektiv und interaktiv zwischen den beteiligten Protagonist*innen und deren leiblichen Räumen bilden (Fuchs, 2003, 2014, 2018; Röhrich, 2011; Tschacher & Storch, 2012). All diese leiblichen Räume prägen deutlich die therapeutische Situation und Beziehung sowie den therapeutischen Prozess (Ramseyer 2010a, 2010b; Ramseyer & Tschacher 2011; Tschacher, Tomicic, Martinez & Ramseyer, 2012). In den kreativtherapeutischen Verfahren sind nonverbaler Ausdruck und Dialog herausstellungsmerkmale und werden als wesentliche Wirkfaktoren betrachtet. Vor diesem Hintergrund lohnt sich der differenzierte Blick auf dessen leibliche Basis; auf den von Sinneswahrnehmung befeuerten leiblichen Resonanzraum, aus dem heraus Exploration, Einordnung und handelnde Gestaltung möglich werden.

Leib oder Körper

Das menschliche Sein, das in mir, mit mir und in der Welt sein, ist unabdingbar mit unserem Körper und unserer Leiblichkeit verbunden (Fuchs, 2013, 2018; Schmitz, 1985, 1989; Merleau-Ponty, 1966). Der Leib

kann als Zentrum unserer Welt begriffen werden, er ist die zentrale Quelle menschlicher Vitalität und Spontaneität. Von ihm aus treten wir mit Antrieb und Motorik zentrifugal mit der äußeren Welt in Kontakt und nehmen zentripetal deren Einwirkungen und Reize auf (Fuchs, 2018, S. 88 f., S. 107 ff., S. 122 f.; Koch, 2011, S. 22). Der Leib, als unser beseelter, bewegter und sich bewegender Körper, fungiert als „Medium, das alle unsere Wahrnehmungen und Bewegungen vermittelt, dabei aber selbst im Hintergrund bleibt“ (Fuchs, 2013, S. 84). Der Körper ist die anatomische und organische Grundlage für unser empfindendes, denkendes, handelndes Selbst sowie Quelle unseres leiblichen Selbstverständnisses und leiblichen Seins. Gleichzeitig bleibt der Körper, als integraler Anteil unseres Selbst, beim unmittelbaren leiblichen Selbstverständnis im Hintergrund. Die vermittelnde Instanz zwischen Bewusstsein und Körper stellt der Leib dar (Fuchs, 2018; Koch, 2011; Merleau-Ponty, 1966). Er fungiert als Resonanzraum für Stimmungen und Empfindungen, überträgt Eindruck in Ausdruck sowie Ausdruck in Eindruck. Er ist sowohl Merkmal als auch Produzent emotionaler Empfindungen und ausführendes Organ der daraus resultierenden Handlung.



Der selbstverständlich gelebte Leib wandelt sich bei eigener oder von außen kommender sozialer Betrachtung in den objekthaften Körper, ob als Gegenstand fremder Wahrnehmung und Bewertung oder durch Untersuchung, Forschung und Manipulation. Auch die bewusste Umsetzung von Zielen und Vorhaben birgt den Wechsel zum objekthaften Körper durch dessen Nutzung als Instrument oder Werkzeug. Bei Instrumentalisierung oder Aufwendung von Kontrolle über körperliche Funktionen bzw. Fähigkeiten geht der mediale und unmittelbare Charakter leiblichen Erlebens verloren. Dies umfasst, neben der Erfahrung von Entfaltung, auch die Begrenzung leiblicher Vitalität durch den Körper. Der leibliche Umgang mit inneren oder äußeren Widerständen, die dem Vorhaben und der Bewegung entgegenwirken, lässt die körperliche Seite unseres Leibes in den Vordergrund treten (Fuchs, 2013; 2015; 2018, S. 122 ff.; Röhrich, 2011). „Zum Körper wird der Leib daher vor allem in den Störungen des gewohnten Lebensvollzugs, etwa bei einer Ungeschicklichkeit oder einem Sturz, in Zuständen der Erschöpfung, Trägheit oder Schwere, schließlich bei Verletzung, Lähmung oder Krankheit“ (Fuchs 2013, S. 84).

Körper-Haben/Leib-Sein

Ein gesundes Leiberleben entsteht aus dem Gefühl eines inneren Ausgleichs; Körper-Haben und Leib-Sein sind keine Widersprüche, sondern korrelieren miteinander und sind im leiblichen Selbstverständnis integriert. Dies beinhaltet die Abstimmung nonverbalsomatischer Aspekte mit sprachlich-kognitiven Anteilen des Selbsterlebens, des Eindrucks mit Ausdruck sowie das Bewusstsein flexibler Wahl- und ausgleichender Nutzungsmöglichkeiten gegensätzlicher Antriebe. Psychische Belastung und emotionaler Stress sind, wie in Ausführungen zu Leib-Phänomenologie, Embodiment und Körperpsychotherapie dargestellt (Joraschky & Arnim, 2009; Joraschky & Arnold, 2009; Kuttner, 2009; Lausberg, 2009; Lautenbach, 2009; Röhrich, Beyer & Priebe, 2002, 2011; Fuchs, 2013, 2015; Fogel, 2013), mit Störungen des Leiberlebens verbunden. Röhrich (2011, S. 241ff.) beschreibt drei übergeordnete Kategorien von „Leibregulationsstörungen“, die mit psychischen Störungen einhergehen: In der „leibnahen Körper-Sein-Störung“ wird der Leib als Last empfunden; ein Symptom u.a. bei Depression, Angst-, Traumafolge- oder somatoformen Störungen. Bedrohliche



Gefühle können nicht reguliert werden und manifestieren sich „leibnah“ u.a. als Schmerzen, Schweregefühl oder Blockierung. Bei der „alternierend leib-regulierten Körper-Haben-Störung“ etabliert sich ein instrumentalisierter Leibbezug, wie er sich insbesondere bei diversen Persönlichkeitsstörungen ausbildet. Dieser kann sich z.B. in Form von Körpermanipulationen oder perfektionierter Selbstdarstellung, histrionisch-dramatischem (Gefühls-) Ausdruck oder Selbstverletzung äußern. Kommt es zur „leibfernen Störung“, wie sie Psychosen oder dissoziative Störungsbilder charakterisiert, wird der Körper zum flüchtigen Leib. Er tritt in den Hintergrund, ist abgespalten oder desintegriert. Die erlebte leibliche Räumlichkeit wird eher brüchig und als nicht kohärent wahrgenommen. Dies kann z.B. abnorme Leibempfindungen oder Körpergrenzverlust hervorrufen. In der Tanztherapie sind diese Veränderungen des Leiberlebens, die sich auf Körperschema, -bild, -empfindungen, -bewusstsein und -ausdruck auswirken, wichtige diagnostische Grundlage und dienen als Ausgangspunkt der Therapie. Nicht revidierbare stressbedingte Modifikationen der o.g. Teilaspekte des Körpererlebens wirken nachhaltig auf den Körperraum

und dessen Resonanzfähigkeit. Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Selbsteinschätzung und Selbstwirksamkeit werden negativ beeinflusst. Hieraus erschließt sich die Relevanz eines psychotherapeutischen Fokus auf leibliche Einstellungen unserer Klientel, wie er im tanztherapeutischen Setting konzeptualisiert ist.

Der Körper als Raum

„Die Erfahrung der absoluten Räumlichkeit des Leibes ist primäre Räumlichkeit und Grundlage für den Raumbegriff“ (Fuchs, 2018, S. 162). Die von Sinnen und Bewegung genährte Erfahrung des leiblichen Raums vermittelt ein übergeordnetes Wissen um räumliche Parameter (Koch, 2011). Volumen, (Raum-)Achsen, (Raum-)Richtungen, Entfernungen, Innen- und Außenraum erschließen sich über das innerleibliche Raumerleben sowie durch leiblich durchdrungene Bewegung in den Außenraum. Der Erwerb eines ganzheitlichen Wissens um Raum-Achsen gelingt durch deren leiblich-bewegte Nutzung, welches ein Verständnis für die Richtungen rechts-links, oben-unten und vorne-hinten hervorbringt (Koch 2011, S. 23 ff.). Unipolare, bipolare oder dreidimensional-vielstrebige Körperausdehnungen und -gesten erschließen



dem Menschen die drei Raumebenen (horizontal, sagittal, vertikal) sowie Ein-, Zwei- und Dreidimensionalität. Die Stimulation unserer Haut-Grenzen bewirkt eine Vorstellung von Innen- und Außenraum, während die Verarbeitung von Informationen der Propriozeption sowie des motorischen Widerstands und Nachgebens die ergänzende Unterscheidung zwischen „Selbst- und Nicht-Selbst“ bzw. „Leib und Nicht-Leib“ ermöglicht. Mit dem Wissen um diese räumlichen Prinzipien geht die Realisation unseres Bewegungsumraums (Kinesphäre) einher, den wir mit unserem Körper und seinen Gesten variabel füllen, weiten oder verkleinern. „Raum eröffnet sich nur einem Wesen, das in seiner Leiblichkeit eine expansive Struktur besitzt, das in Antrieb, Drang und Trieb ‚auf etwas hinaus ist‘ und über sich hinausgreift“ (Fuchs, 2018, S. 120).

Räumliche Eindrücke der „Fülle und Leere“ und „Enge und Weite“ (Fuchs, 2018, S. 75, S. 97, S. 162) erfahren wir leiblich ab unserem ersten Atemzug. Das muskuläre Prinzip von „Anspannen vs. Lösen“ bestimmt unsere Organtätigkeit (Atmung, Herzschlag, Verdauung) sowie unsere Motorik und bahnt, in Verbindung mit dem räumlichen Prinzip des „Wachsens vs. Schrumpfens“, ein Verständnis für „Volumen“. Atem wirkt hierbei als substantieller, körperlich-organischer, räumlicher Faktor, der auf psychische oder physische Belastung äußerst sensibel reagiert. Atmung ist gleichermaßen an Selbstkontrolle und bewusster Regulation affektiver Regungen beteiligt (Röhricht, 2011, S. 241); ist sowohl Produzent als auch Symptom eines gesunden oder aus dem Gleichgewicht geratenen Leibes (Fogel, 2013, S. 111ff.). Verlieren wir den bewussten Zugriff auf den Atemraum, werden wir in unserer emotionalen und gestaltenden Vielfalt eingeschränkt und fühlen uns im Extremfall existentiell bedroht. Leibliches, zeitlich rhythmisiertes

Wechseln zwischen räumlicher „Enge vs. Weite“ und deren unmittelbare Verknüpfung mit Wechsel der „Spannung vs. Entspannung“ bestimmen die frühe Beziehungs- und Selbstregulation. Mit räumlichem Ausbreiten oder Zusammenziehen reagieren wir leiblich auf Signale unserer (sozialen) Umwelt. Währenddessen spiegeln unsere inneren (Muskel-) Spannungsgrade und Spannungsgradwechsel die damit verbundene affektive Beteiligung wider. Diese Verbindung zwischen „Spannungsfluss“, der sich aus „Anspannen vs. Lösen“ rekrutiert, und „Formenfluss“, der sich durch „Wachsen vs. Schrumpfen“ herausbildet, wird in den bewegungsanalytischen Kategorien des Kestenberg Movement Profile (KMP) festgehalten. Dies ermöglicht Tanztherapeut*innen die Erfassung und Einordnung von Bewegung hinsichtlich psychischer und motorischer Entwicklung bzw. Reife in Korrelation mit Entwicklungsgraden inter- und intrapsychischer Regulation (Bender, 2007a; Eberhard-Kaechele, 2007; Loman, 2007).

Der Leib als Resonanzraum

Koch (2011) sowie Tschacher und Storch (2017) beschreiben Leiblichkeit als Basis für Kognition und Emotion sowie die körperliche Einbettung psychischer Prozesse. Menschliche Emotionalität und Befindlichkeit geht mit der Resonanz jeweilig dazugehöriger Muskelspannungsmuster (Eberhard-Kaechele, 2007, S. 66) und organischen Reaktionen einher. Jedes Gefühl beeinflusst u.a. unseren Herzschlag, Atemfluss, Muskeltonus, den Fluss unserer Motorik, die Modalität unserer Sinneswahrnehmung und Körperraumausdehnung. Der Körper vermittelt mit seiner leiblichen Resonanz auf äußere Signale dem Menschen einen „Eindruck“ der (sozialen) Situation (Fuchs 2018, S. 197ff.). Diese leiblichen Regungen bergen eine unwillkürliche, emotionale Einschätzung des jeweiligen Moments,



auf die ein Abgleich mit unserer kognitiven Einschätzung folgt. Eine ablehnende, negierende oder kontrollierende Haltung gegenüber eigenleiblicher Resonanz und Reaktion verhindert eine realistische, differenzierte Einordnung des Selbsterlebens sowie der äußeren Gegebenheit (Röhricht, 2011). Dies zieht auf Dauer Überforderung durch Orientierungslosigkeit oder Fehleinschätzung nach sich und generiert psychischen und physischen Stress, der sich mit der Zeit psychopathologisch niederlegt. Koch (2011) weist in ihrer Forschungsarbeit die multidimensionale Wirkkraft von Eigenbewegung auf Affekt, Einstellung und Kognition nach: „Eigenbewegung hat initiierende, regulierende und mnestic Funktion“ (S. 214). Sie benennt Eigenbewegung als wichtiges Unterscheidungsmerkmal des Leibs vom Objekt. Indem die Eigenbewegung kinästhetisch spürbar wird, vermittelt sie Urheberschaft und Abgegrenztheit vom belebten oder unbelebten Objekt (S. 25f, S. 30, S. 37f.). Koch (2011) hebt daneben die bidirektionale Dimension von Körperausdruck hervor: Zum einen entsteht Ausdruck als Reaktion auf die innere Resonanz eines Eindrucks, zum anderen wirkt er wieder zurück und färbt die affektive Stimmung, Einstellung und kognitive Einschätzung. Der Leib ist belebter und erlebender, bewegender und bewegter, berührender und berührter sowie empfindender und empfundener Körper. Schon Merleau-Ponty (1966) betonte diese Doppeldeutigkeit des Leibes, die die Resonanz des körperlichen Raums hervorbringt. Der Leib als Resonanzraum beherbergt die empfindende und handelnde Auseinandersetzung mit Raum, Zeit und Schwerkraft, woraus sich ein ganzheitliches Wissen um diese lebensbestimmenden Faktoren entwickelt.

Die physiologische Grundlage für leibliche Resonanz bilden drei Basistypen verkörperter Empfindung: Propriozeption,

Interozeption und Exterozeption. Für alle drei Basistypen existieren spezialisierte Rezeptoren innerhalb des menschlichen Nervensystems, die im muskuloskeletalen und organischen System verankert sind und deren Informationen neuronal weitergeleitet werden. Tiefenwahrnehmung und räumliche Vorstellung gelingt durch Propriozeption, dem Sinn für Tiefensensibilität. Die hieraus entstehenden Informationen um Raumlage und Körperposition sind Basis für Anpassung und Koordination. Interozeption stellt ergänzend die Wahrnehmung innerer Körperzustände, wie Herzschlag, Atemfluss oder -tiefe, her. Sie bildet die Voraussetzung für Realisation von Schmerz, Temperatur, Hunger etc. und setzt sich aus Teilen der Propriozeption und Viszerozeption zusammen. Exterozeption ermöglicht hingegen die Wahrnehmung und Verarbeitung von Sinneseindrücken und externen Reizen, wie Licht, Klang, Geschmack, Geruch oder Haptik. Hieran sind unsere verschiedenen Sinnesmodalitäten (visuell, auditiv, gustatorisch, olfaktorisch) sowie die Oberflächensensibilität beteiligt (Fogel, 2014; Koch, 2011; Lemche & Loew, 2009; Trautmann-Voigt, 2009). In der tanz-/körpertherapeutisch orientierten Forschung wird ferner der Bewegungssinn, die Kinästhetik, herausgestellt. Kinästhetik ist integraler Bestandteil aller Sinnesmodalitäten sowie unseres Umgangs mit Zeit, Raum und Kraft (Koch, 2011, S. 32ff.). Die Einordnung unserer Lage und Befindlichkeit, die Einschätzung eines resultierenden (handelnden) Umgangs, schöpft sich zum großen Teil aus unserer neurobiologisch verankerten eigenleiblichen Resonanz und Kinästhetik.

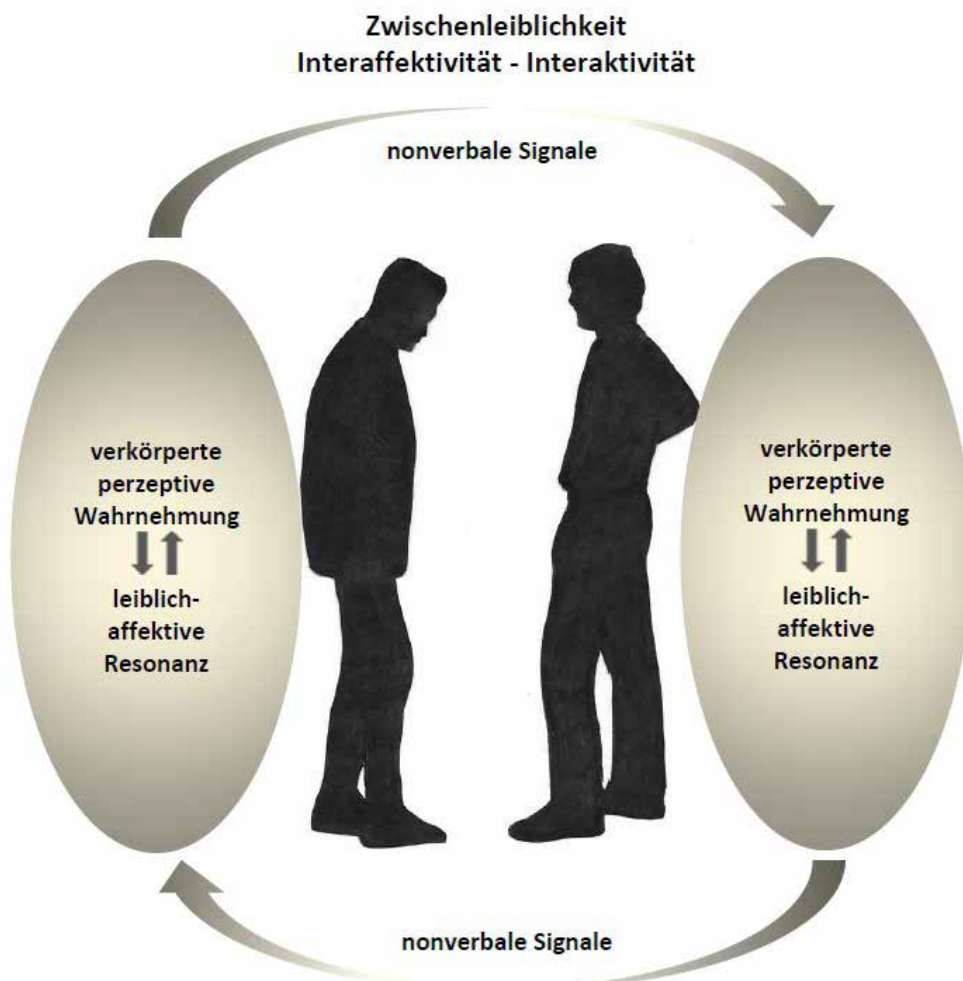
Diese Erläuterungen verdeutlichen, dass ein fehlender Zugang zu körperlicher Resonanz unsichere Orientierung in uns Selbst und in der Welt hervorruft. Erläuternd möchte ich hier auf wiederkehrende

Schilderungen von Klient*innen eingehen: Bei fehlendem Zugang zu leiblicher Resonanz wird inhaltlich übereinstimmend ein überaus bedrohliches, existenziell erlebtes Gefühl von Verlorenheit und Selbstentfremdung beschrieben, welches extreme Unsicherheit, Vulnerabilität und Orientierungslosigkeit im sozialen Raum nach sich zieht. Ein unwillkürliches Realisieren der o.a. Signale reicht demzufolge nicht aus, um Selbstgefühl und -einschätzung zu erlangen. Es bedarf einer bewussten Integration dessen in die Selbstwahrnehmung.

Der zwischenleibliche Raum

Die Relevanz zwischenmenschlicher leiblicher Resonanz wird in unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätzen dargestellt, ob dies Embodiment (Koch, 2011; Tschacher & Storch, 2017), phänomenologische Psychotherapie (Fuchs, 2011, 2017, 2018; Schmitz, 1989), neurobiologisch orientierte Tiefenpsychologie (Fonagy, Gergely,

Jurist & Target, 2008; Schore & Rass, 2007), psychoanalytische Säuglingsforschung (Stern, 2000) oder nonverbale Synchronie-Forschung (Ramseyer, 2010a, 2010b; Tschacher, Tomicic, Martinez & Ramseyer, 2012) ist. Neurobiologische Betrachtungen benennen die Prägung nonverbaler Kommunikation und Interaktion durch frühkindliche Bindungsbeziehungen. Sie beschreiben, dass sich diese frühen Erfahrungen von Interaktivität und Interaffektivität, einschließlich des involvierten kinästhetisch-körperlichen Empfindens, als Beziehungs- und Selbstregulationsschemata im implizit regulatorischen Gedächtnis niederlegen (Schore & Rass, 2007, S. 161 ff., S. 290). Die sogenannten Spiegelneuronen im prämotorischen Kortex, die sowohl bei eigener Handlung als auch bei der Beobachtung von Handlung anderer aktiviert werden, bilden hierfür den neurobiologischen Hintergrund. Diese sensomotorischen





Neuronen sind das neuronale Korrelat von sozialem Embodiment und Empathie. Die sich entwickelnde Haltung gegenüber eigenleiblicher Resonanz, gleichsam der Umgang mit ihr, wird folglich entscheidend von den leiblichen Resonanz- und Reaktionsmodellen früher wichtiger Bindungspersonen bestimmt (Tschacher & Storch, 2017, S. 123). Stern (2000) weist darauf hin, dass es das frühe kommunikative, interaktive Zusammenspiel bedarf, um Gefühle kennenzulernen und sie später differenzieren und modulieren zu können. Dementsprechend hat die Qualität leiblicher Resonanz und Reaktion früher Bindungspersonen auf kindlich, nonverbal ausgedrückte Bedürfnisse und Äußerungen, erheblichen Einfluss auf die Art der inter- und intrapsychischen (leiblichen) Regulation im späteren Lebensverlauf. Bedeutsam ist hierbei, ob die Bindungsbeziehung vermehrt von adäquatem „Attunement“ oder dysfunktionalem „Missattunement“ bestimmt ist.

Neuropsychotherapeutische Erkenntnisse bestätigen den implizit unwillkürlichen Charakter eigenleiblicher (Re-)Aktion. Grawe (2004) verweist auf eine Forschungsreihe von Libet, Gleason, Wright und Pearl (1983), die zeigt, dass dem subjektiven Entschluss für eine Aktion oder Reaktion unbewusste Prozesse vorausgehen, die diesen vorbereiten. „Unser Bewusstsein spiegelt uns [also] eine Kausalität vor, die mit den wirklichen Kausalitätsverhältnissen nicht übereinstimmen“ (Grawe, 2004, S. 122). Der zwischenleibliche Raum ist also mit interaktiv-affektiver Resonanz und Begegnung gefüllt, die einen unmittelbaren (vorbewussten) Charakter trägt (Fuchs, 2003, 2011, 2018). Der erste Eindruck eines Gegenübers erfolgt über dessen körperlichen Ausdruck und dem daraus resultierenden eigenleiblichen Eindruck. Das „Wie“ und weniger das „Was“ des Ausdrucks bestimmen die

interpersonale Beziehung. Zwischenleiblichkeit beinhaltet die verkörperte, perzeptive Wahrnehmung nonverbaler Signale des sozialen Gegenübers, welche eine leiblich-affektive innere Resonanz auslöst und unmittelbar in einen leiblichen Ausdruck mündet. Dieser trifft auf die Beziehungspartner*innen und deren eigenleibliche Resonanz, aus dem wiederum deren leiblicher Ausdruck hervorgeht. Der derartig entstehende, sich gegenseitig befeuernde, interaktiv-affektive Wirkkreis ist Grundlage sozialem Miteinanders und sozialer Kommunikation (Fuchs 2003, 2014; Tschacher & Storch, 2012). In ihm werden nonverbale Signale vor dem Hintergrund internalisierter Beziehungserfahrung eingeordnet.

Der zwischenleibliche Raum ist demzufolge von unserem impliziten Beziehungswissen gefärbt, welches im prozeduralen Gedächtnis neuronal, insbesondere subkortikal, organisiert ist. So beinhaltet er Hinweise auf internalisierte Beziehungserfahrung, die sich als leiblich-affektiv-motorische Schemata zeigen. Missverständnisse und Konflikte in der momentanen Beziehungsepisode können demnach u.a. die Folge internalisierter „dysfunktionaler“ Einordnung nonverbaler Signale und leiblicher Resonanz sein. Methodisch wird die Tanztherapie diesen Phänomenen mittels „Attunement und Adjustment“ in der nonverbalen Beziehung (u.a. Bender, 2007a, 2007bb; Eberhard-Kaechele, 2007; Loman, 2007) sowie differenzierter Kenntnis um „Spiegelungsmodalitäten“ (Eberhard-Kaechele, 2009, 2010) gerecht. Diese Konzepte dienen als Grundlage für zwischenleiblich (tanz-)therapeutische Beziehungsgestaltung und der einordnenden Diagnostik inter- und intrapsychischer Konflikte.

Schlussfolgerungen für die (Kreativ-) Therapie

Positive Korrelation nonverbaler Synchronie mit der Qualität der therapeutischen Beziehung sowie des nachhaltigen Therapieerfolgs wurde von Ramseyer und Tschacher (2011) in einer randomisierten Studie, plus Einzelfallstudien, nachgewiesen. Es zeigten sich positive Effekte bzgl. Selbstwirksamkeitsstärkung sowie Symptomreduktion. Damit wurde die Annahme bestätigt, dass Synchronisationsprozesse, wie sie sich in frühkindlichen Bindungsinteraktionen im Bereich Bewegung, Stimme und Emotionen zeigen, vergleichbare positive Wirkkraft in der therapeutischen Beziehung entfalten (Tschacher, Tomicic, Martinez & Ramseyer, 2012). Diese Wirkkraft bezieht sich sowohl auf Bindungsqualität und -stil als auch auf soziales Verhalten und Leistungsvermögen (Ramseyer, 2010a). Werden leibliche Resonanzräume unter dem Gesichtspunkt früherer Bindungserfahrung betrachtet, in denen sich internalisierte affektive Interaktionsschemata zeigen, erfährt die Tanztherapie als Verfahren mit ihrer Vorgehensweise eindeutig Bestätigung. Von Relevanz erscheint ferner die konzeptuelle Besonderheit der Tanztherapie, eigenleibliche Resonanz unter dem Aspekt körperlicher Übertragung einzuordnen.

Die derartige Überprüfung und Einordnung eigenleiblicher Resonanz der Therapeut*innen erleichtert eine differenzierte, offene Wahrnehmung internalisierter Beziehungs- und Selbstregulationsmuster der Klient*innen. Dies wird durch den bewussten Umgang mit Bewegungssprache und bewegungsanalytisches Wissen unterstützt, welches psychotherapeutisch ein weiteres wichtiges Charakteristikum dieses Verfahrens ist. Zusätzlich wird die Tanztherapie als Methode durch die Aussage von Fonagy, Gergely, Jurist und Target bestärkt, dass

das „prozedurale Wissen, das im impliziten Gedächtnis niedergelegt ist, [...] nur durch Aktion zugänglich“ wird (2008, S. 49). Auch Grawe betont die Notwendigkeit gegenwärtiger (Beziehungs-)Erfahrung, um „alte synaptische Übertragungsbereitschaft zu hemmen und neue zu bahnen“ (2004, S. 358f.). Die tanztherapeutische Integration des leiblichen Raums mit all seinen aufnehmenden, verarbeitenden und ausdrückenden Sinnesmodalitäten erscheint für die Aktivierung neuronal hinterlegter impliziter Wahrnehmungs- und Reaktionsschemata prädestiniert. Die kreativ-schöpferische Exploration, die innerhalb des zwischenleiblichen Raums zwischen Klient*innen und Therapeut*innen oder in einer Gruppe von Patient*innen stattfindet, regt auf vielerlei Art leibliche Resonanz- und Aktionsräume an.

Der kreativ-schöpferische zwischenleibliche Raum ist somit Interaktions-, Resonanz-, Beziehungs-, Entwicklungs- und Intentionsraum. In ihm können sich Selbstentfaltung und -erfahrung aus eigenleiblicher Resonanz entwickeln und internalisierte Modelle der Selbst- und Beziehungsregulation überprüft werden. Dies birgt die Chance relativierender Erfahrung, welche neue Selbstwirksamkeitserwartung und -erfahrung erzeugt. Der kreativ-kommunikative, von Sinnesindrücken begleitete Prozess wird durch neugierige Exploration, Experimentieren und Skizzieren befeuert. Die leiblich-nonverbal eingestimmte Begleitung der Tanztherapeut*innen, mittels Attune- und Adjustment sowie variabler Spiegelungsmodalitäten, ist hierbei vergleichbar einer frühen wichtigen Bindungserfahrung (Eberhard-Kaechele, 2009, 2010; Scherholz, 2015, 2016; Scherholz & Koch, 2018; Trautmann-Voigt, 2006). Daraus kann ein positiv veränderter leiblicher Bezug sowie ein neues Verständnis für eigenleibliche Resonanz und Handlung seitens



der Klient*innen entstehen, als Voraussetzung für ganzheitliches Verändern, Verstehen und Begreifen dysfunktionaler inter- und intrapsychischer Kommunikations- und Regulationsmuster (Scherholz, 2017). Freudige, neugierig motivationale Beteiligung der Klient*innen ist Grundvoraussetzung für nachhaltiges Lernen und Generieren neuer neuronaler Netzwerke (Grawe, 2004, S. 431). Dies birgt, bei Etablierung einer sicheren therapeutischen Basis, ein Mindern überhöhter Kontrolle und pathologisch überdauernder Übererregung oder Untererregung des Nervensystems. Künstlerisch, kreativ-schöpferische Gestaltungsprozesse, wie sie in allen Kreativtherapien enthalten sind, schaffen mit ihrer Als-ob-Situation Freiräume des neugierigen Erprobens und Erforschens. Assoziationen, die innerhalb dieses emotional gefärbten, schöpferischen Interaktionsraums entstehen, können einerseits klärenden und andererseits anregenden Charakter haben. Eine „interaktive Regulation des Zustandes ermöglicht es dem Patienten, die affektive Erfahrung verbal zu bezeichnen“ (Schore & Rass, 2007, S. 303).

Diese Aussage verweist auf die mögliche Annäherung und ganzheitliche Klärung internalisierter Konflikte mithilfe des symbolischen, gestaltenden Ausdrucks innerhalb eines leiblich eingestimmten, interaktiven (kreativ-)therapeutischen Miteinanders. Die zwischenleibliche Resonanz bildet in diesem Zusammenhang einen einerseits eröffnenden und andererseits haltenden Raum. Der künstlerisch-schöpferische Moment in den Kreativtherapien, in dem insbesondere sinnliche, leiblich-affektive Resonanz gestaltend einfließt, fördert die neue Bahnung neuronaler Verknüpfung. Eingestimmte therapeutische, leibliche Haltung, Interaktion bzw. Kommunikation erlauben eine veränderte Wahrnehmung und einen veränderten Umgang mit eigenleiblicher Resonanz seitens der

Klient*innen. Ein waches und differenziertes Bewusstsein der Therapeut*innen für die unwillkürliche, eigenleibliche und zwischenleibliche Resonanz, aus der sowohl therapeutische Interventionen als auch schöpferische Prozesse der Patient*innen erwachsen, erweitert, vertieft und klärt das psychotherapeutische Potential. Hierbei verfügen die Kreativtherapien mit ihren nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten über eine herausragende Methode: Eingebettet in leibliche Resonanz- und Aktionsräume kann erweiternde Selbstregulation und -wirksamkeitserfahrung stattfinden, was ganzheitliche Erkenntnis- und Entwicklungsprozesse befördert.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Entwicklung eines übergeordnet kreativtherapeutischen theoretischen Konzepts, in welchem leibliche Resonanzräume als Ausgangspunkt und Wirkungsfeld für schöpferisch-explorierende Wachstumsprozesse im Sinne der Psychogenese ihren Niederschlag finden, reizvoll und von etwaigem berufspolitischen Interesse. Es würde mich freuen, mit diesen Ausführungen hierzu anzuregen.

Literatur

Bender, S. (2007a). Die psychophysische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kestenberg Movement Profiles. Berlin: Logos.

Bender, S. (2007). Einführung in das Kestenberg Movement Profile. In S. C. Koch & S. Bender (Hrsg.), Movement Analysis (S. 53–64). Berlin: Logos.

Eberhard-Kaechele, M. (2007). Tabellarische Arbeitshilfen zur Diagnostik und Interventionsplanung mit dem Kestenberg Movement Profile. In S. C. Koch & S. Bender (Hrsg.), Movement Analysis (S. 65–85). Berlin: Logos.

- Eberhard-Kaechele, M. (2009). Von der Ko-Regulation zur Selbstregulation. Spiegelungsphänomene in der Tanz- und Ausdrucks. In M. Thielen (Hrsg.), Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation (S. 251–264). Gießen: Psychosozial.
- Eberhard-Kaechele, M. (2010). Spiegelungsvorgänge in der Tanztherapie/ Körperpsychotherapie. In S. Bender (Hrsg.), Bewegungsanalyse von Interaktionen (S. 193–212). Berlin: Logos.
- Fogel, A. (2013). Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Vom Körpergefühl zur Kognition. Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2003). Non-verbale Kommunikation. Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie. Forschung und Praxis, 51, 333–345.
- Fuchs, T. (2011). Leibgedächtnis und Lebensgeschichte. Focusing-Journal, 27, 2–9.
- Fuchs, T. (2013). Zwischen Leib und Körper. In M. Hähnel & M. Knaup (Hrsg.), Leib und Leben. Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit (S. 82–93). Darmstadt: WBG.
- Fuchs, T. (2014). Verkörperte Emotion. Wie Gefühl und Leib zusammenhängen. Psychologische Medizin. Österreichische Fachzeitschrift für Medizinischen Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie, 1, 13–20.
- Fuchs, T. (2015). „Körper haben oder Leib sein“. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 3, 147–153.
- Fuchs, T. (2017). Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption (5., aktualisierte und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2018). Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Joraschky, P. & Armin, A. v. (2009). Der Körperbildskulpturtest. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik (S. 183–191). Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky, P., Arnold, S. (2009). Die Messung der Körper- und Selbstgrenzen mit dem Rorschach-Test. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik (S. 219–230). Stuttgart: Schattauer.
- Koch, S. C. (2011). Embodiment. Der Einfluss von Eigenbewegung auf Affekt, Einstellung und Kognition. Empirische Grundlagen und klinische Anwendungen. Berlin: Logos.
- Kuttner, P. (2009). Basiskonflikt und Körperbild. Anmerkung zur psychoanalytischen Theorie psychosomatischer Erkrankungen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik (S. 242–250). Stuttgart: Schattauer.



- Lausberg, H. (2009). Bewegungsanalyse in der Diagnostik von Körperschema- und Körperbildstörungen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhricht (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 125–134). Stuttgart: Schattauer.
- Lauterbacher, S. (2009). Wahrnehmungspsychologische Untersuchungen zu Körperbildstörungen von essgestörten Patienten. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhricht (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 111–116). Stuttgart: Schattauer.
- Lemche, E. & Loew, T. (2009). Neo- und subkortikale zerebrale Grundlagen der Körperbild-Funktionen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhricht (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 1–8). Stuttgart: Schattauer.
- Libet, B. (1978). Neuronal vs. Subjective Timing for a Conscious Sensory Experience. In P. A. Buser & A. Rougeul-Buser (Hrsg.), *Correlates of Conscious Experience* (S. 69–82). Amsterdam: Elsevier.
- Libet, B., Gleason, C. A., Wright, E. W. & Pearl, D. K. (1983). Time of Conscious Intention to Act in Relation to Onset of Cerebral Activity (Readiness-Potential). *The Unconscious Initiation of a Freely Voluntary Act. Brain: A Journal of Neurology*, 106, 623–642.
- Loman, S. (2007). Das KMP als Klassifizierungsinstrument für die Tanztherapie. In S. C. Koch & S. Bender (Hrsg.), *Movement Analysis* (S. 87–101). Berlin: Logos.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Die Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Ramseyer, F. (2010a). Nonverbale Synchronisation in der Psychotherapie. *Systeme*, 24(1), 5–30.
- Ramseyer, F. (2010b). Nonverbale Synchronisation in therapeutischer Interaktion. In S. Bender (Hrsg.), *Bewegungsanalyse von Interaktionen* (S. 11–32). Berlin: Logos.
- Ramseyer, F. & Tschacher, W. (2011). Nonverbal Synchrony in Psychotherapy. Coordinated Body Movement Reflects Relationship Quality and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284–295.
- Röhricht, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben. Terminologische Überlegungen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhricht (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 25–34). Stuttgart: Schattauer.
- Röhricht, F. (2011). Leibgedächtnis und Körper-Ich: zwei zentrale Bezugspunkte in der störungsspezifischen körperorientierten Psychotherapie. *Body Memory and Body-Ego: Two Central Reference Points for Disorder Specific Body Oriented Psychotherapy. Psychologie in Österreich*, 4, 239–248.
- Röhricht, F., Beyer W. & Priebe S. (2002). Disturbances of Body-Experience in Acute Anxiety and Depressive Disorders - Neuroticism or Somatization? *Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen - Neurotizismus oder Somatisierung? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(5), 205–213.
- Rüegg, J. C. (2014). *Mind & Body. Wie unser Gehirn die Gesundheit beeinflusst*. Stuttgart: Schattauer.

- Scherholz, A. (2015). Interaktionelles Handeln – Bindungsrelevantes Verhalten. In LVR (Hrsg.), Tagungsband KreativtherapieTage 2013. Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapie (S. 93–110). Köln: Landschaftsverband Rheinland.
- Scherholz, A. (2016). Beziehung positiv erleben. Bindungsorientierte Tanz- und Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Ludwig, A., & Deimel, H. (Hrsg.), Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (S. 187–205). Sankt Augustin: Academia.
- Scherholz, A. (2017). Das Dritte im Bunde. Der künstlerische Tanz- und Ausdrucksraum als Wachstumspotential und Freiraum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung. In LVR (Hrsg.), Tagungsband KreativtherapieTage 2015. Das Dritte im Bunde. Das Potential des künstlerischen Mediums in der Kreativtherapie (2. Aufl., korr. Fass., S. 118–133). Köln: Landschaftsverband Rheinland.
- Scherholz, A. & Koch, S. C. (2018). Rhythmen des Lebens. Zeitlichkeit als basale Dimension der Strukturgebung. In R. Kortum, D. Wohler & H. Gruber (Hrsg.), Zeit und Zeiterfahrung in den Künstlerischen Therapien. Ein interdisziplinärer Dialog (S. 137–148). Berlin: EB-Verlag.
- Schmitz, H. (1985). Phänomenologie der Leiblichkeit. In H. Petzold (Hrsg.), Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven (S. 71–106). Paderborn: Junfermann.
- Schmitz, H. (1989). Leib und Gefühl. Materialien zur einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann.
- Schore, A. N. & Rass, E. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (2000). Die Lebenserfahrung des Säuglings (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Trautmann-Voigt, S. (2006). Tanztherapie. Bewegung als therapeutische Kommunikation. Psychotherapie im Dialog, 7(2), 151–158.
- Trautmann-Voigt, S. (2009). Grammatik der Körpersprache. Körpersignale in Psychotherapie und Coaching entschlüsseln und nutzen. Stuttgart: Schattauer.
- Tschacher, W. & Storch, M. (2012). Die Bedeutung von Embodiment für Psychologie und Psychotherapie. Psychotherapie, 17(2), 259–267.
- Tschacher, W. & Storch, M. (2017). Grundlagen des Embodiment-Ansatzes in den Humanwissenschaften. Motorik. Zeitschrift für Psychomotorik in Entwicklung, Bildung und Gesundheit, 40(3), 118–126.
- Tschacher, W., Tomicic, A., Martinez, C. & Ramseyer, F. (2012). Formen der Synchronie in dyadischer Interaktion. In E. H. Witte & S. Petersen (Hrsg.), Sozialpsychologie, Psychotherapie und Gesundheit. Beiträge des 27. Hamburger Symposiums zur Methodologie der Sozialpsychologie (S. 38–57). Lengerich: Pabst.



Die fünf Wirkprinzipien nach Hobfoll et al. und deren Relevanz für die Interventionsplanung in der trauma-adaptierten Tanztherapie (TaTT ©)



Erika Sander

Tanz- u. Ausdruckstherapeutin (BTD),

Ehrenamtskoordinatorin in der DRK – Geflüchtetenhilfe.

Das übergeordnete Thema der diesjährigen LVR-Tagung, Innere und äußere Räume der Künstlerischen Therapien, lud dazu ein, einen speziellen Ansatz innerhalb der trauma-adaptierten Tanz- und Ausdruckstherapie (TaTT©) nach dem Curriculum von Claudia Schedlich und Erika Sander in Theorie und Praxis vorzustellen. Eine Metaanalyse von Hobfoll und Kolleg*innen hatte zum Forschungsinhalt zu analysieren, inwieweit internationale Studien zu Auswirkungen und Interventionsbedarfen im Falle von Großschadensfällen Hinweise auf allgemeine Wirkprinzipien mit stärkendem Effekt ergeben. Dabei wurden Best-Practice-Beispiele und beschriebene Interventionen oder Maßnahmen analysiert, gesammelt und geclustert, um sie dann einer übergeordneten Rubrik zuordnen zu können. Die in den Studien beschriebenen Maßnahmen betrafen Individuen, den Beziehungskontext, eine organisationale und auch eine kommunale Ebene. Somit wurden Auswir-

kungen in und auf ganz unterschiedliche Räume, die zum einen unmittelbar betroffen sein können, zum anderen aber auch in interaktioneller Wechselwirkung zueinander stehen, beschrieben.

Hobfoll et al. evaluierten die Prinzipien „Promoting a sense of safety“ (1), „calming“ (2), „a sense of self- and collective efficacy“ (3), „connectedness“ (4) „and hope“ (5) (2007, S. 284). Die Relevanz dieser Ergebnisse wurde als Chance im Rahmen der trauma-adaptierten Tanz- und Ausdruckstherapie erkannt und konzeptionell eingebunden. Sie haben generell Gültigkeit im Rahmen eines traumafokussierten kreativtherapeutischen Settings.

Trauma-adaptierte Tanz- und Ausdruckstherapie (TaTT©)

In der tanztherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen haben wir, Claudia Schedlich und ich, im Verlauf

der vergangenen zwanzig Jahre ein Curriculum verfasst und angewendet, das praktizierenden Tanz- und Ausdruckstherapeut*innen ein Konzept an die Hand geben sollte, Therapieprozesse besser zu verstehen und sicherer im Umgang mit Gegenübertragungs-Übertragungsphänomenen, Beziehungsdynamik und der Bedeutung von Traumadynamik zu werden. Neben der tanztherapeutischen Arbeit wurden wir regelmäßig zu Fortbildungen von Traumatherapeut*innen, Psycholog*innen sowie Berufsgruppen, die verbal beratend mit traumatisierten Menschen arbeiten, gerufen, um über körperorientierte Interventionen in der Psychotraumatologie zu referieren. So begann für uns in den 90er-Jahren eine stete Reflektion über verbale und non-verbale Interventionen in der Traumatherapie und Traumafachberatung. Um die trauma-adaptierte Tanz- und Ausdruckstherapie sinnhaft in ihrer theoretischen und praktischen Ausrichtung einordnen zu können, definierten wir die TaTT© als ein Vorgehen mit folgender Leitlinie: „Werden psychotraumatologische Erkenntnisse in die Theorie und Praxis der Tanz- und Ausdrucksthe-

rapie als Leitfaden tanz-therapeutischen Vorgehens integriert, ergibt sich daraus der Ansatz der Trauma-adaptierten Tanz- und Ausdruckstherapie (TaTT)“ (Sander, 2016).

Ein Themenfeld innerhalb der TaTT© sind zehn Prinzipien (Sander & Schedlich, 2007, 2008), die wir im Rahmen unserer klinischen Tätigkeit zusammengefasst haben und die uns hinsichtlich unserer Herangehensweisen, Interventionen und Zielsetzungen grundsätzlich aufgefallen waren. Wir haben sie als Interventionsrichtlinie verstanden. Die Wirkprinzipien nach Hobfoll und Kolleg*innen bestätigen und komplementieren die zehn Prinzipien in der TaTT©. Wir plädieren für eine Implementierung der fünf Wirkprinzipien nach Hobfoll et al. (2007) in das trauma-adaptierte Tanz- und kreativtherapeutische Setting.

Innere und äußere Räume

Im Bereich der Nachhaltigkeitsforschung wird mit einem sozialökologischen Modell gearbeitet, das Ereignisse und Interventionen sowie deren Wirkkraft auf unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft

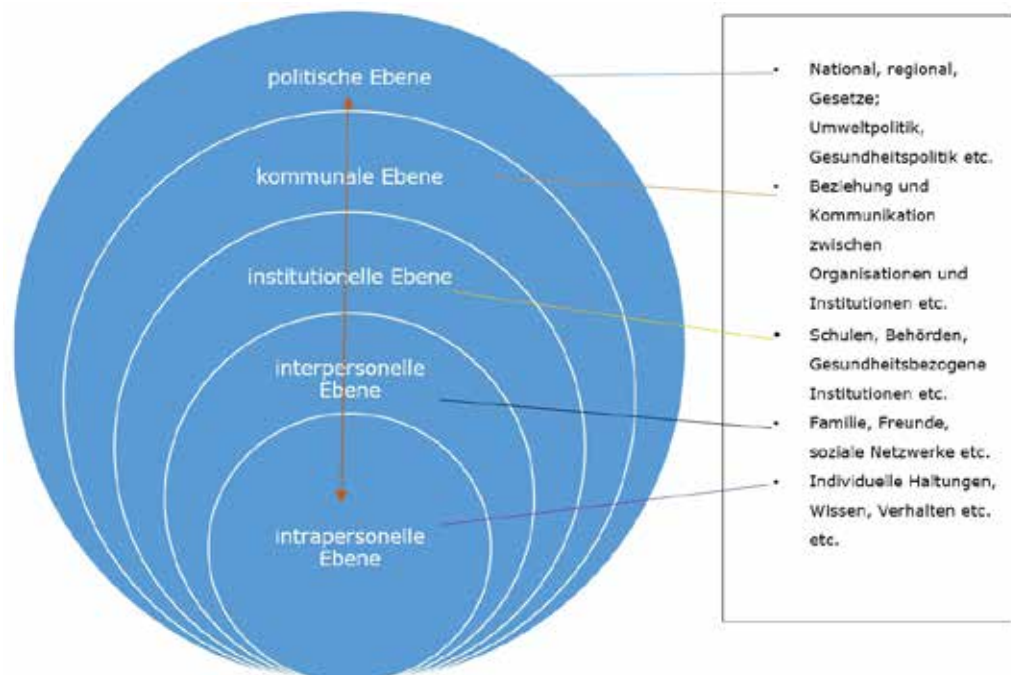


Abbildung 1: Darstellung der Wechselwirkungs- und Anpassungsprozesse zwischen unterschiedlichen Systemebenen sowie von Interventionen innerhalb derselben (abgewandelt nach Urie Bronfenbrenner (1981) und André Epp (2018))



und des öffentlichen Lebens untersucht (BMBF, 2015). Das Model stellt einen transdisziplinären Forschungsansatz dar, kann in unterschiedlichen Fachbereichen eingesetzt werden und hat zum Ziel, Wissen über Modelle und Konzepte zu generieren, die Systeme betreffen, die Veränderungen antizipieren und die eine Einschätzung über eine Entwicklung in der Zukunft zulassen. Es geht um die Betrachtung der komplexen Interaktion zwischen Individuum und Umgebungsfaktoren. Ereignisse sowie Interventionen auf einer x-beliebigen Ebene können Auswirkungen auf andere Ebenen haben. Dabei werden folgende Bereiche voneinander abgegrenzt:

In der Metaanalyse von Hobfoll et al. (2007) wurden Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen erfasst und der Zusammenhang zwischen der Wirkkraft auf einer Ebene auf die anderer Ebenen berücksichtigt. Die Wirkprinzipien von Hobfoll et al. können, wie im o.g. Modell, multidimensional und in wechselseitiger Beziehung zueinander verstanden werden.

Tanztherapie oder vielleicht insgesamt Psychotherapie versteht sich in der Regel nicht in einem gesellschaftlich-politischen Kontext. Eine systemische Perspektive im Falle von Man-Made-Disasters ist jedoch üblich, weil dadurch die Komplexität der Traumadynamik besonders gut verstehbar wird. Fischer und Riedesser (2003) haben eine interpersonelle, gesellschaftliche und oft eben auch politische Ebene in ihrem Konzept der parteilichen Abstinenz gegenüber traumatisierten Patient*innen berücksichtigt. Sie bedeutet eine unmissverständlich solidarische Grundhaltung gegenüber den Betroffenen und deren erfahrener Leid und dies umso mehr, wenn sie Betroffene von durch Menschen intendierte Gewalt und Traumatisierung geworden waren. Diese Haltung ist unter anderem deshalb sehr wichtig, um auf keinen Fall von Betroffenen als schuldinduzierend (oder solidarisch mit Täter*innen) erlebt zu werden. Dadurch wird Traumatisierung im Beziehungskontext auf der interpersonellen Ebene, aber auf jeden Fall auch auf anderen Ebenen verstanden, je nach Kontext und Situationsfaktoren, die die traumatische Situation bestimmen. Wir bewegen uns also im Traumakontext in ganz unterschiedlichen Räumen.



Die fünf Wirkprinzipien nach Hobfoll et al. (2007)

In der Metaanalyse internationaler Studien von Interventionskonzepten in Großschadenslagen hatten Hobfoll und Kolleg*innen das Ziel die Best Practice herauszuarbeiten und psychosoziale Kerninterventionen (Hobfoll et al., 2007) zu formulieren. Diese verbessern die Stressresistenz und Resilienz von Betroffenen unmittelbar und mittelfristig nach Extremstresserfahrungen aufgrund der erlebten Katastrophe (Großschadenslagen und Terroranschläge). Die gewonnenen Erkenntnisse sollten Akteur*innen aus unterschiedlichen Räumen (Ebenen) und mit unterschiedlichem Hintergrund im Falle einer akuten oder mittelfristigen psychosozialen Versorgung nach einer Extremstresserfahrung hilfreich sein. In Extremstresssituationen können sich folgende Faktoren voneinander unterscheiden, bzw. zu einem traumatischen Ausmaß für Einzelne und die Gemeinschaft führen (Hobfoll und Kolleg*innen, 2007, S. 285):

- Situative Faktoren, wie z.B. Verletzungen, Überforderung durch physische, soziale und psychologische Anforderungen
- Zerstörung der Ressourcen (äußere, persönliche)
- Verlust von Lebensraum und Verlust der Sicherheit im eigenen Lebensraum
- Zerstörung des Vertrauens in Gerechtigkeit und die Justiz (erschütterte Grundannahmen)

Hobfoll et al. (2007) betonen, dass es ihnen nicht um Interventionsvorschläge im therapeutischen Setting gehe. Die Heterogenität traumatischer Ereignisse und der postsituativen Umstände lassen nach Ansicht des Forscherteams keine Guidelines zu. Im Gegenteil: Es ist Flexibilität notwendig und Maßnahmen/Interventionen müssen an die unterschiedlichsten Umstände und Personen(-gruppen) angepasst werden. Hobfoll et al. verweisen darauf, dass die meisten Menschen nach einer Extremstresserfahrung primär Unterstützung darin brauchen, zur Normalität zurückkehren zu können und die persönlichen und ggf. auch äußeren Ressourcen wiederherzustellen, anstatt traditionell klinische Diagnostik und Therapie zu erhalten.



Die fünf Wirk- oder Kernprinzipien sind laut Hobfoll et al. demnach nicht als Interventionsmodul zu begreifen. Sie warnen vor einem One-fits-for-all-Gedanken. Und doch wurde die Bedeutung ihrer Ergebnisse – und dabei ganz besonders die fünf Wirkprinzipien – und deren Anwendung von Traumatherapeut*innen im psychotraumatherapeutischen Vorgehen (Norris & Stevens, 2007) und in der strategischen Beratung und Traumafachberatung (Dückers, 2013) untersucht und bestätigt. Die Autor*innen kamen zu dem Ergebnis, dass die fünf Wirkprinzipien als Präventionsstrategie und Intervention sowohl auf individueller, organisationaler wie auch kommunaler Ebene angewendet werden können. Und sie kamen zu dem Schluss, dass die Berücksichtigung der fünf Wirkprinzipien zu einer Stärkung der Stressresistenz und Förderung der Resilienz beitragen. Somit haben die fünf Wirkprinzipien unseres Erachtens auch eine Relevanz für das trauma-adaptierte tanztherapeutische und kreativtherapeutische Vorgehen und wir gehen davon aus, dass sich aus den fünf Wirkprinzipien Basisinterventionsrichtlinien ableiten lassen. Sie sollten im therapeutischen Vorgehen und in Übungseinheiten Berücksichtigung finden. Nicht im Sinne eines programmatischen Vorgehens, jedoch beständig wie übergeordnete Interventionen, die ins Setting eingeflochten werden, um dadurch ihre präventive und resilienzfördernde Wirkung entfalten zu können. Hobfoll hat sich später in einem Interview (Dückers, 2013) gefragt, ob die Dimensionen Religiosität, Spiritualität und Sinnerleben nicht ebenfalls als Wirkprinzipien diskutiert und aufgelistet werden sollten. Jedoch wollte er es bei den fünf ermittelten Prin-

zipien belassen, weil diese tatsächlich für jeden Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, Religiosität etc. Gültigkeit besitzen. Die drei nicht integrierten Dimensionen wiederum dürften im Rahmen des Prinzips Hoffnung eine besondere Bedeutung haben.

Beispiele für Interventionen nach Hobfoll et al. im Vergleich zu denen in der TaTT: Es sollen im Folgenden Beispiele für Interventionen und Maßnahmen im traumaadaptierten Tanz- und kreativtherapeutischen Setting skizziert werden. Ich möchte an dieser Stelle den Teilnehmer*innen vorangegangener TaTT-Seminare und auch des Workshops auf der LVR-Tagung für ihre aktive Mitarbeit danken. Vielleicht kann die vorgenommene Auswahl die Leser*innen inspirieren oder auch bestätigen.

1. Promoting a sense of safety

(Förderung des Erlebens von Sicherheit)
Aufgrund von neurophysiologischen und kognitiven Prozessen, die im Falle von traumatischen Situationen und ggf. anhaltender Bedrohung auftreten und persistieren können, ist die Gewährleistung relativer Sicherheit wesentlich, um physiologische Aspekte der posttraumatischen Stressreaktion zu reduzieren. Im Falle chronifizierter Ängste und anderer Traumafolgestörungen hat sich gezeigt, dass selbst bei anhaltender Bedrohungslage oder der Unmöglichkeit umfassende Sicherheit aufzubauen die Bewältigungsfähigkeiten betroffener Menschen durch die Stabilisierung eines relativen Sicherheitserlebens verbessert und gestärkt werden.



Bsp. für Interventionen nach Hobfoll et al. (2007)	Bsp. für Interventionen in der
Wirkprinzip: Sicherheit	TaTT
Begrenzung von angstausslösenden Informationen Sicheren Platz aufsuchen, Wiederherstellung von äußerer Sicherheit Realitätsüberprüfung und Differenzierung: Wiederanknüpfung trauma-assoziiertter Bilder, Menschen und Ereignisse mit dem Erleben von Sicherheit (nicht alle Brücken sind gefährlich) Unterstützung der Entwicklung von adaptiven Kognitionen und Bewältigungsfähigkeiten	Klare Regeln, Transparenz bezgl. des Settings, Übungen etc. Therapeut*in ist authentisch, einschätzbar Auffordern Fragen zu stellen, wenn Irritationen entstehen sollten Rituale Persönlichen Raum gestalten oder installieren Selbstbestimmter Umgang mit Grenzen und Bedürfnissen Verlässlichkeit der Therapeuten*innen Reflexiver Austausch zu Körpererleben und Körpererfahrung Sensibilisierung und Differenzierung von Körpererleben und Affekten Störungsfreier Raum (Tel. aus; keine dritte Person kann hereinkommen; Triggerreize (falls bekannt) entfernen etc.) Grounding Reduzieren und intensivieren von Bewegungsimpulsen

2. Promote calming

(Förderung von Beruhigung)

Im Falle einer Großschadenslage spielen Informationen, die über mediale Netzwerke oder Pressestellen gestreut werden, eine große Rolle, weil sie das Sicherheitserleben betreffen können und damit sowohl für Beruhigung als auch für Stress sorgen können. Auf den traumatherapeutischen-kreativtherapeutischen

Kontext bezogen bedeutet die Idee eine wohldosierte Informationsvergabe und kleinschrittige Interventionsplanung (Eberhard-Kaechele, 2009) sowie Transparenz (Sander & Schedlich, 2007), aber auch das Anbieten von Übungen mit dem Ziel des Erlernens oder Stärkens der Selbstregulation und Selbstberuhigung, ein Prinzip, das in jeder Sitzung berücksichtigt werden sollte.

Bsp. für Interventionen nach Hobfoll et al. (2007)	Bsp. für Interventionen in der
Wirkprinzip: Beruhigung	TaTT
Bedürfnisorientierte Maßnahmen und Stärkung der Ressourcen, Verhinderung von Verlust von Ressourcen Informationen über Stand der Dinge besorgniserregender Inhalte betreffend Vermittlung von Techniken zur Förderung der Selbstkontrolle, Selbstregulation und Beruhigung Psychoinformation	Bedürfnisbewegungskreis Bedürfnisse kommunizieren und befriedigen Atemwahrnehmung Stabilisierungstechniken Transparenz bezgl. organisatorischer Aspekte, Therapieplanung, Dauer der Therapie (bes. im stationären Setting) Selbstregulationsübungen Saug- und wiegender Rhythmus Psychoinformation zu Trauma und zu Laban Klare, unmissverständliche und leicht verstehbare Sprache in der Anleitung Musikauswahl bedenken Stimmeinsatz kann stressauslösende/beruhigende Wirkung haben

3. Promote self-efficacy and collective efficacy

(Förderung des Erlebens von Selbstwirksamkeit und kollektiver Wirksamkeit)

Selbstwirksamkeit meint die individuelle Überzeugung/Wahrnehmung, dass Handlungen durch Selbstregulation der Gedanken, der Emotionen und des Verhaltens im Allgemeinen zu einem positiven Ergebnis führen (Bandura, 1977). „The belief that actions are likely to lead to positive outcomes is central to psycholo-

gical well-being“ (Norris & Stevens, 2007, S. 323). Die Förderung des Erlebens einer Selbstwirksamkeit ist im trauma-adaptierten Tanz- und kreativtherapeutischen Vorgehen ein zentrales Anliegen, jedoch scheint die Bedeutung einer kollektiven Selbstwirksamkeitserfahrung häufig nicht explizit benannt zu werden, vielleicht weil viele gruppenspezifischen Erfahrungen per se und aus unterschiedlichen Gründen als stärkend und heilsam angesehen werden.



Bsp. für Interventionen nach Hobfoll et al. (2007)	Bsp. für Interventionen in der
Wirkprinzip: Selbstwirksamkeit/kollektive Wirksamkeit	TaTT
<p>Wiederherstellung von Würde, Bereitstellung äußerer Ressourcen, Empowerment Einbezug in Entscheidungsprozesse Gemeinschaftsaktivitäten (z.B. religiöse Aktivitäten, Treffen, kollektive Rituale, Kundgebungen) Stärkung von Wohlbefinden, Vermittlung von Sicherheit, Vermittlung von Hoffnung für die Zukunft Erweiterung von Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten als Basis für den Glauben an die eigene Wirksamkeit Lernen, realistische und erreichbare Ziele zu setzen</p>	<p>Übungen zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung durch Erfahren der Selbstwirksamkeit Modalität der Sozialisation: group – focused (im Falle von kollektiver Wirksamkeit) Kleingruppenarbeit zum Thema: Entwicklung von Strategien der Beeinflussung (äußerer Faktoren) Selbstgestaltung innerhalb allgemeiner Ordnung und Überprüfungsmöglichkeit von positiven Effekten Entwicklung von Lösungsansätzen und deren Überprüfung in der Realität Übungen zur Selbstregulation nehmen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung Im selben Rhythmus Musik (oder Bewegung) starten, dann individuelle Abweichungen bzw. Entwicklungen zulassen Flocking: wechselnde Führung in der Gruppe; durch Richtungsänderungen wird Führung abgegeben bzw. aufgenommen Ein Ressourcennest aufbauen, sowohl für sich selbst, wie auch für andere Strukturierte Trommeleinheit mit Solopassagen Progressives Spiegeln im Bild über Transparentpapier</p>

4. Promote connectedness

(Förderung von Kontakt und Anbindung)
Soziale Unterstützung und Verbundenheit ist ein vielseitig nachgewiesener positiver Wirkfaktor. Im Falle eines Traumakontextes ist es notwendig, betroffene Menschen darin zu schulen, erkennen zu lernen, was eine positive soziale Unterstützung (für sie) bedeutet und wie man

sie verfügbar machen kann. Hobfoll (2001) verweist auf die Gefahr, dass z.B. im Falle von Terroranschlägen die Fremdenfeindlichkeit mehr anstieg als die Rate der posttraumatischen Belastungsstörung. Das Verhaftetbleiben in der eigenen Peer-group kann positive Entwicklungs- und Anpassungsprozesse blockieren.

Bsp. für Interventionen nach Hobfoll et al. (2007)	Bsp. für Interventionen in der
Wirkprinzip: Verbundenheit/Kontakt	TaTT
Zusammenführung und Kontakt ermöglichen Stärkung von Unterstützungssystemen Soziale Schutzfaktoren verstärken Lernen, sich Unterstützung zu holen	Kreistänze Metrischer Rhythmus Unterschiedliche Formen des Kontaktes anbieten, auch unterschiedliche Modalitäten der Sozialisation Unterstützungssystem in und mit der Gruppe bauen spiegeln Übungen, in denen geübt wird, aktiv Unterstützung einzufordern und anzunehmen Start mit einem eigenen Blatt (Linien zeichnen), nach bspw. 2 Min. das eigene Blatt an den Nachbarn weitergeben, bis es wieder bei einem selbst ankommt. In der Bildbesprechung, im Feedback, nach einer Darbietung (...) einander zuhören

5. Promote hope (Förderung von Hoffnung)

Der Zustand von Hoffnung wird auch als Kohärenzsinn bezeichnet, definiert als ein durchdringendes, anhaltendes aber auch dynamisches Gefühl von Vertrauen, dass die internale und externale Umgebung vorhersehbar ist, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass Dinge sich

so gut entwickeln, wie es begründbar zu erwarten ist. Antonovsky (1997) beschrieb den Kohärenzsinn als ein Zusammenspiel zwischen einer Verstehbarkeit, einer Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit hinsichtlich des Erlebens und des Umgangs mit einer sehr belastenden Situation.



Bsp. für Interventionen nach Hobfoll et al. (2007)	Bsp. für Interventionen in der TaTT
<p>Wirkprinzip: Hoffnung</p> <p>Dienstleistungen, die dazu helfen, das Leben weiterzuführen, müssen hergestellt werden (z.B. Wohnmöglichkeiten, Arbeit, Säuberung und Wiederaufbau etc.)</p> <p>Beratungs- und Begleitungsprogramme</p> <p>Stärkung von positiven, funktionalen Kognitionen</p>	<p>Erfolgslebnisse ermöglichen</p> <p>Positive Kognitionen fördern</p> <p>Selbststärkende Haltungen und Bewegungen entwickeln</p> <p>Positive Entwicklung reflektieren</p> <p>Ressourcen wertschätzen und stärken</p> <p>Konstruktive Problemlösung</p> <p>Positives Erleben fördern</p> <p>Eine Ausblicksgeste finden</p> <p>Bereits gemachte Entwicklungsschritte würdigen</p> <p>Den eigenen Therapieweg symbolisch darstellen und Zukunftsperspektive mit einbeziehen</p> <p>Kreistänze (z.B. das Lied vom Teilen)</p>

Norris und Stevens (2007) sahen eine engere Wechselbeziehung zwischen den Wirkprinzipien Sicherheit und Beruhigung sowie zwischen Wirksamkeit und Hoff-

nung, wohingegen Anbindung und Kontakt mit allen anderen Wirkprinzipien in enger Wechselbeziehung steht.

Zusammenfassung

Die Berücksichtigung der fünf Wirkprinzipien nach Hobfoll et al. sind im traumadaptierten Tanz- und kreativtherapeutischen Setting von großer Bedeutung und Sinnhaftigkeit. Besonders im klinischen Setting, in dem es in der Regel (sehr) heterogene Gruppen gibt und häufig keine reinen traumaspezifischen Gruppen angeboten werden, bildet die Berücksichtigung dieser Kernprinzipien eine Möglichkeit der Stabilisierung, des Empowerments, der Verbesserung der Stressresistenz und letzten Endes Resilienz der Patient*innen. Sie stellen eine wichtige Basisinterventionsrichtlinie in der Tanz- und kreativtherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen auf unterschiedlichen Ebenen dar, sei es die individuelle, die organisationale oder kommunale. Dadurch könnten sich neue Wirkungsfelder in der Zukunft aufbauen und eine Nachhaltigkeit auf verschiedenen Ebenen angestrebt werden.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: DGVT.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2015). *Sozial-ökologische Forschung. Förderkonzept für eine gesellschaftsbezogene Nachhaltigkeitsforschung 2015–2020*. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Sozial_oekologische_Forschung.pdf
- Dückers, M. (2013). Five Essential Principles of Post-Disaster Psychosocial Care. Looking Back and Forward with Stevan Hobfoll. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1.
- Eberhard-Kaechele, M. (2009). Heimkehr zu sich selbst. Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In C. Moore & U. Stammermann (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 165–192). Stuttgart: Schattauer.
- Epp, A. (2018). Das ökosystemische Entwicklungsmodell als theoretisches Sensibilisierungs- und Betrachtungs-raster für empirische Phänomene. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Volume 19(1), Art.1. Verfügbar unter <https://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.1.2725>
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). Stuttgart: UTB.
- Hobfoll, S. E. (2001). The Influence of Culture, Community, and the Nested Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology*, 50 (3), 337–421.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J. et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Interventions: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70 (4), 283–315.
- Norris, F. H. & Stevens, S. P. (2007). Community Resilience and the Principles of Mass Trauma Intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320–328.



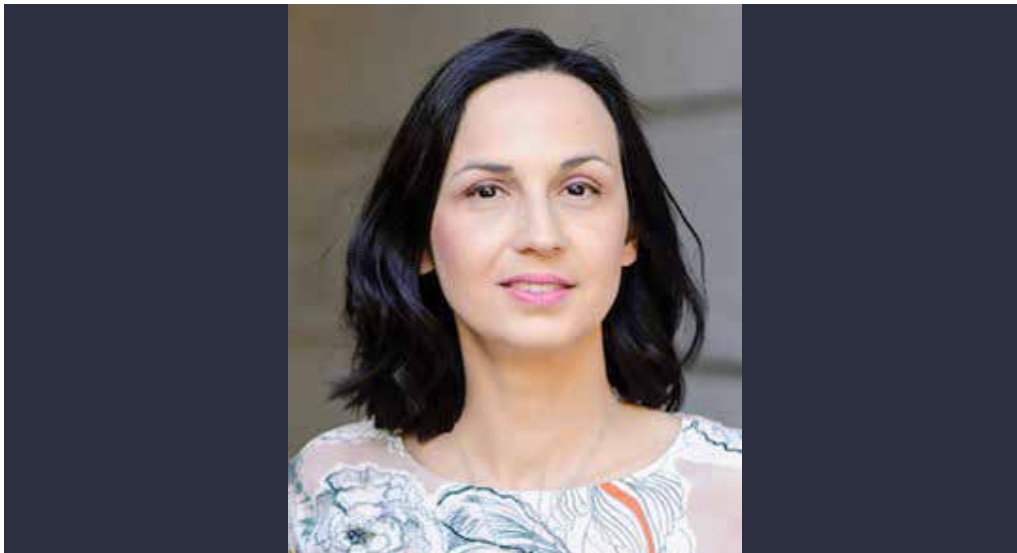
Sander, E. (2016). The Movement Profile of Complex (Sexual) Traumatized Women and its Relation to Trauma-Compensative Mechanisms. Unveröffentlichte Bachelorthesis.

Sander, E., Schedlich, C. (2001). Tanztherapeutische Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit traumatisierten PatientInnen. In Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Vorhang auf! Tanz- und Dramatherapie im Rheinland (S. 230–240). Pulheim: Rhein-Eifel-Mosel-Verlag.

Sander, E., Schedlich, C. (2007). Traumaadaptierte Tanz- und Ausdruckstherapie (TATT). Eine Einführung. In S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), Körper und Kunst in der Psychotraumatologie (S. 223–234). Stuttgart: Schattauer.

Sander, E., Schedlich, C. (2008). Stabilisierung in der Trauma-adaptierten Tanz- und Ausdruckstherapie – TATT. In G. Fischer & P. Schay (Hrsg.), Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte – Praxis – Perspektiven (S. 169–178). Wiesbaden: VS.

The Safe Place: Kunsträume zwischen Fantasie und Wirklichkeit



Avgustina Stanoeva

Kunsttherapeutin M.A., München

Einführung

Wie entstehen innere Räume im therapeutischen Prozess und wie werden sie definiert? Welche Rolle spielt dabei unser Körper? Brauchen wir eine sichtbare, reale Abgrenzung, um zwischen Fantasie und Wirklichkeit unterscheiden zu können? Welche Funktion haben die Räume, die in der Kunsttherapie sichtbar werden? Diese und noch viele weitere Fragen zum Thema Tapetenwechsel – Innere und äußere Räume der Künstlerischen Therapien wurden während der KreativtherapieTage 2019 untersucht. Es sind keine Fragen, die sich eindeutig beantworten lassen. Vielmehr eröffnen sie eine gemeinsame Diskussion, in der alle kreativen Therapien ihre Erfahrungen austauschen können.

Die gegenwärtige Arbeit beschäftigt sich mit den Raumerfahrungen, die durch Bewegung, Verortung und Abgrenzung als Spur in der Kunsttherapie zum Ausdruck

kommen. Diese Differenzierung wird nicht vorgenommen, um eine klare Grenze zu ziehen, sondern um nach Berührungspunkten und Wechselwirkungen unterschiedlicher Komponenten zu suchen.

Räume in der Psychotherapie

In der Therapie sind Bilder von einsamen Inseln, Steinhöhlen oder Festungen kein Einzelfall. Handelt es sich um Zufluchtsorte oder um Sackgassen? Wie sicher ist der sichere Ort? Oft bewegen sich die Patient*innen in einem Grenzbereich zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit und haben ein eigenes Zeit-Raum-Erleben (Weiß, 2009, S. 42, 47-49). Die als „Zustände des seelischen Rückzugs“ beschriebenen pathologischen Organisationen werden von Weiß in Bildern von Höhlen, fernen Ländern oder einsamen Inseln beschrieben, Orte die Frieden und Sicherheit gewähren (Weiß, 2009, S. 35-38). Erfahrungsgemäß können sich solche Zustände in der Kunsttherapie auch



Foto: Avgustina Stanoeva

in Weltallbildern mit einem fernen Blick auf die Erde oder in märchenhaften Bergschlössern zeigen. Die sicheren Orte, die ursprünglich die Funktion hatten, Entlastung und Schutz vor innerer Spannung, Ängste und Schmerz zu bieten, verwandeln sich oft in Sackgassen (Steiner, 1993, S. 33; Steiner, 2014, S. 106-109; Weiß, 2009, S. 20-21). Dadurch kann die Bewegung zurück in die Realität häufig erschwert sein. Neben den statisch definierten Räumen des Rückzugs beobachtete ich auch die Entstehung von dynamischen Orten, die Abgrenzung und Bewegung zugleich implizieren: Die Patient*innen bewegen sich mithilfe fliegender Häuser und Heißluftballons zwischen Himmel und Erde (oder Wasser) oder befinden sich auf einsamen Segelreisen ohne Richtung und Anhaltspunkt.

In ihrem Modell führte Melanie Klein (Fonagy, 2009, S. 92; Klein, 1946, S. 8; Weiß, 2009, S. 23) zwei Positionen in einer dynamischen Beziehung zueinander ein: paranoid-schizoide und depressive Position. Diese sah die Autorin in einem engen Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung und beschrieb die letzte als „ein beständiges Oszillieren zwischen

projektiven und introjektiven Bewegungen, zwischen Phasen von Integration und Desintegration“ (Weiß, 2009, S. 23). John Steiner (1993, S. 30-31) modifizierte Kleins Modell und führte eine zusätzliche, dritte Position der seelischen Rückzugsorte (Borderline-Position) ein. Laut Steiner befindet sich diese an der Grenze zwischen innerer und äußerer Realität und steht mit den anderen zwei Positionen in einem dynamischen Gleichgewicht (Steiner, 1993, 30-31; Weiß, 2009, S. 33; Abb. 1). Während die Bewegung zu einem Rückzugsort als Stagnation des therapeutischen Prozesses gesehen wurde, stellte die Bewegung aus dem Rückzugsort zur depressiven Position eine Möglichkeit für psychische Entwicklung und Veränderung dar (Steiner, 1993, S. 30-34; Steiner, 2014, S. 123). Steiner zufolge spricht die dynamische Qualität für sinnvolle Fortschritte in der Therapie, da er in der Bewegung ein Veränderungspotenzial sieht. Für die Erforschung der seelischen Rückzugsorte spielt auch der Begriff des Übergangsraums (Potential Space) (Winnicott, 1971) eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zum Zufluchtsort ist dieser „ein Ort persönlicher und kultureller Entwicklung“ (Steiner, 2006, S. 71). In welchem Zusammenhang

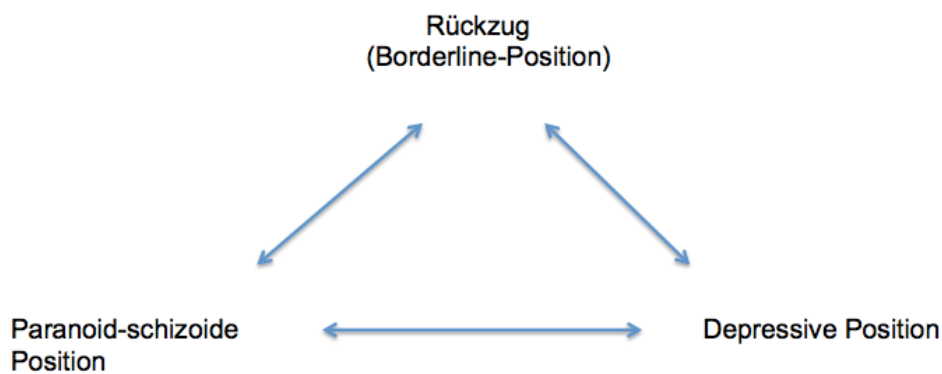


Abb. 1 Psychischer Rückzug (Borderline-Position) in Relation zur paranoid-schizoide und depressiven Position
 (modifiziert nach Steiner, 1993)

die oben beschriebenen dynamischen Orte in der Therapie mit der Entstehung von Übergangsräumen stehen und welche Rolle die Bewegung dabei spielt, sollte noch erforscht werden.

Es existieren bereits zahlreiche psychoanalytische Modelle, die die verschiedenen Zustände als Positionen eines Entwicklungsprozesses (Klein, 1946), als Orte der seelischen Rückzugs oder als Teil von Abwehrorganisationen (Steiner, 1993) schematisch zu veranschaulichen versuchen. Interessanterweise setzen diese eine Bewegung der Menschen zwischen den Orten voraus, legen den Fokus aber auf die entstehenden

statischen Räume. Inwieweit sollen wir die Untersuchung und Benennung dieser Orte im therapeutischen Prozess priorisieren? Viel wichtiger erscheint mir, sie in ihren charakteristischen Eigenschaften fassbar zu machen, ihre Qualitäten beschreibbar und im Raum sichtbar werden zu lassen. Die Vorstellungen der Patient*innen von ihrem Rückzug spiegeln sich sowohl in Beschreibungen als auch in Fantasien wider, die sich beispielsweise in Träumen enthüllen. Im Rahmen der Kunsttherapie entstehende Bilder bieten einen weiteren Zugang zum Unbewussten und können das Sichtbarwerden der bildhaften Vorstellungen durch Inszenierungen unterstützen.

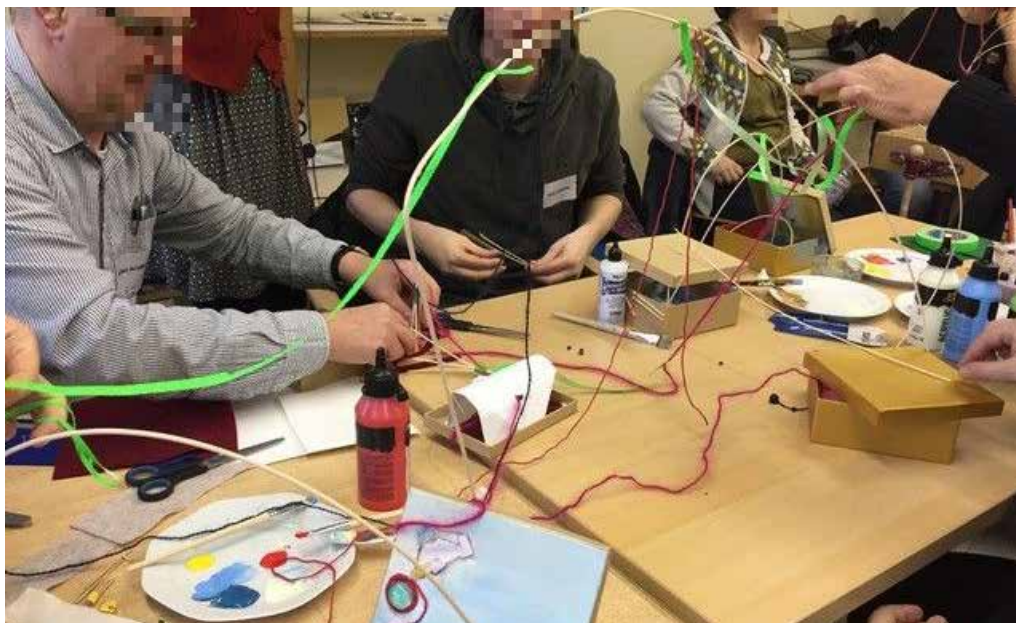


Foto: Avgustina Stanoeva



Räume in der Kunsttherapie:

Konzept und Methodik

Mit ihren imposanten Arbeiten, die Zellen, zeigte Louise Bourgeois (2015) eindrucksvoll eine künstlerische Auseinandersetzung mit den Orten der Isolation, der Angst und der Abgrenzung. Ihre Installationen sind oft begehrbar und dadurch körperlich erfahrbar, somit ermöglichen sie die Erfahrung von Bewegung und Grenzen, aber auch den Perspektivenwechsel und das Erleben unterschiedlicher atmosphärischer Eindrücke. Wie können diese Erfahrungen in der Kunsttherapie förderlich werden? Die in der Theorie als Räume des seelischen Rückzugs bezeichneten psychischen Zustände können sich in der Kunsttherapie in einem kreativen Potenzial verwandeln, um unterschiedliche Erfahrungen zu verbinden und zu integrieren. Die Räume können unmittelbar in eine sichtbare und körperlich erfahrbare Gegenwart transformiert werden und dadurch eine neue Bedeutung gewinnen. Diese Untersuchung interessiert sich für die Bewegung in Verbindung mit dem Kreativakt und berücksichtigt sowohl die äußeren, im Raum real ausgeführten Bewegungen, wie auch innere, die infolge von Imagination oder Dissoziation entstehen. Das Interesse richtet sich speziell an die Bewegung als eine nach außen gehende kreative Handlung (Koch, 2017b), die Spuren im Raum hinterlässt (Beuys' Konzept von Plastik, Famulla, 2009) und in Relation zum künstlerischen Prozess steht (Stanoeva, 2018). Die Zugehörigkeit der Zufluchtsorte, die sich auf verschiedenen Flächen befinden, wird mithilfe einer Linie gewährleistet (Stanoeva, 2018, S. 74–76). Ein Integrationsprozess kann durch die Verknüpfung der Orte in einer Bewegungslinie unterstützt werden, da diese bereits unabhängig von Kontext und Realität irgendwo existieren. Durch die Verbindung werden die Verortungen auf eine Linie verschoben, die die Autorin als Erlebnislinie bezeichnet

(Stanoeva, 2018, S. 74–76). Auf diese Weise werden in der Therapie diejenigen Orte der Patient*innen integriert, die in der Theorie als Ortlosigkeit oder Nirgendwo bezeichnet werden (Steiner, 1993; Weiß, 2009). Ein Zeit-Raum-Erleben ist von besonderer Bedeutung in der Therapie, nicht zuletzt weil die Verbindung unterschiedlicher zeitlicher Verortungen (Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft) die Konstruktion des inneren psychischen Raums der Patient*innen unterstützt (Rey, 1975, zit. nach Steiner, 1993). Als ein zweiter Schritt wird die Erfahrung von Emotion und Bedeutung als Aspekte der psychischen Realität ermöglicht.

Um den Körperausdruck als wichtig in der Therapie hervorzuheben, sollten wir zuerst anerkennen, dass die Sprache und die Bilder nicht die einzigen Kommunikationskanäle im kunsttherapeutischen Raum sind. In ihrem Modell der verkörperten Ästhetik stellt Koch (Fuchs & Koch, 2014, S. 4–6; Koch 2017a, S. 87–89; Koch, 2017b, S. 46) die Bewegung bidirektional dar: Zum einen verursacht unsere Wahrnehmung der Umgebung eine innere Bewegung in uns, ein unmittelbares Körperfeedback (Koch, 2014, S. 1), zum anderen ist sie die aktive Handlung einer Person, die als ein Kreativakt in der Therapie zum Ausdruck kommen kann (Koch, 2017a, S. 87–88; 2017b, S. 46). Mit der Darstellung „ich bewege mich und werde gleichzeitig bewegt“ knüpft Koch (2017b, S. 46) an andere Autoren an, die bereits das Wechselspiel zwischen Bewegung und Wahrnehmung erforschten (Gibson, 1966; Merleau-Ponty, 1962, 1964). So wird der Körper in der Tanztherapie als Objekt und Subjekt betrachtet, da wir ihn gleichzeitig von innen und von außen wahrnehmen können (Koch, 2017a, S. 88; Koch 2017b, S. 46). Eine wichtige Rolle bei der Innen- und Außenwahrnehmung des Körpers wird unserer Atmung zugeschrieben: „Breathing is a constant reminder that we have

an inside and an outside. Our bodies are containers“ (Meekums, 2002, S. 58).

Unser Körper definiert und löst Grenzen auf, teilt den Raum in eigen und fremd, gleichzeitig ist er auch eine räumliche und zeitliche Grenze zwischen Materie und Geist. Somit erscheint unsere Körperbewegung als eine primäre nonverbale und zusätzliche Kommunikationsebene zwischen Therapeut*innen und Patient*innen. Die klassische Triade in der Kunsttherapie (Therapeut*in-Patient*in-Bild) ist eine Idealvorstellung, die keinesfalls isoliert betrachtet werden soll. Erstrebenswert wäre es, das Modell nach neusten Erkenntnissen zu modifizieren und weiterzuentwickeln, da die drei Parteien im Gegensatz zu Ortlosigkeit in einem konkreten Raum situiert sind. Im Fall eines Gruppensettings wird die Dynamik umso komplexer (Abb. 2). Oft werden auch zusätzliche Variablen nicht berücksichtigt, die einen Einfluss auf

das Setting und auf die therapeutische Beziehung haben. Zum Zweck meiner Forschung bezog ich eine zusätzliche vierte Ebene in die Evaluation der kunsttherapeutischen Prozesse ein: Neben der Beziehung zu den Therapeut*innen, zum Werk und zur Gruppe wird auch die Beziehung zum Raum berücksichtigt (Stanoeva, 2018, S. 76; Abb. 3).

Mein Konzept hat nicht das Ziel, die Existenz oder die Funktion der Zufluchtsorte in Frage zu stellen. Vielmehr bietet es einen kreativen Umgang mit ihnen und ist am Weg interessiert, der zwischen den Orten entsteht. Ich sehe meine Aufgabe darin, einen Raum in der Kunsttherapie zu bieten, in dem innere und äußere Räume in Relation gestellt werden sowie die Bewegungslinien mithilfe unterschiedlicher Medien sichtbar werden können, was das Erkunden der eigenen inneren Landschaft der Klient*innen ermöglicht.

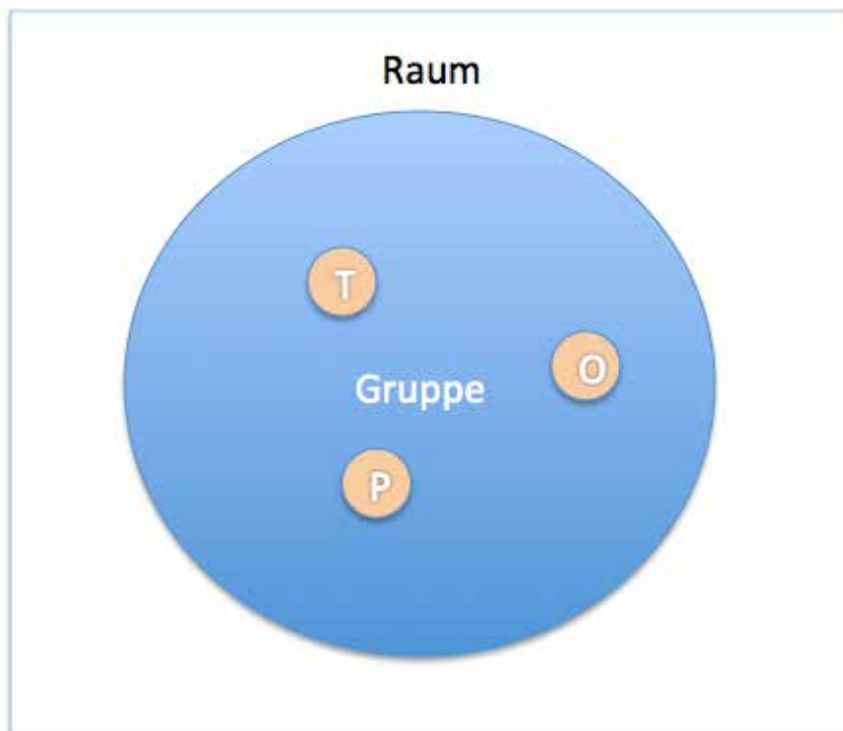


Abb. 2 Die therapeutische Triade (Therapeut-Patient-Objekt) in Relation zur Gruppe und zum Raum

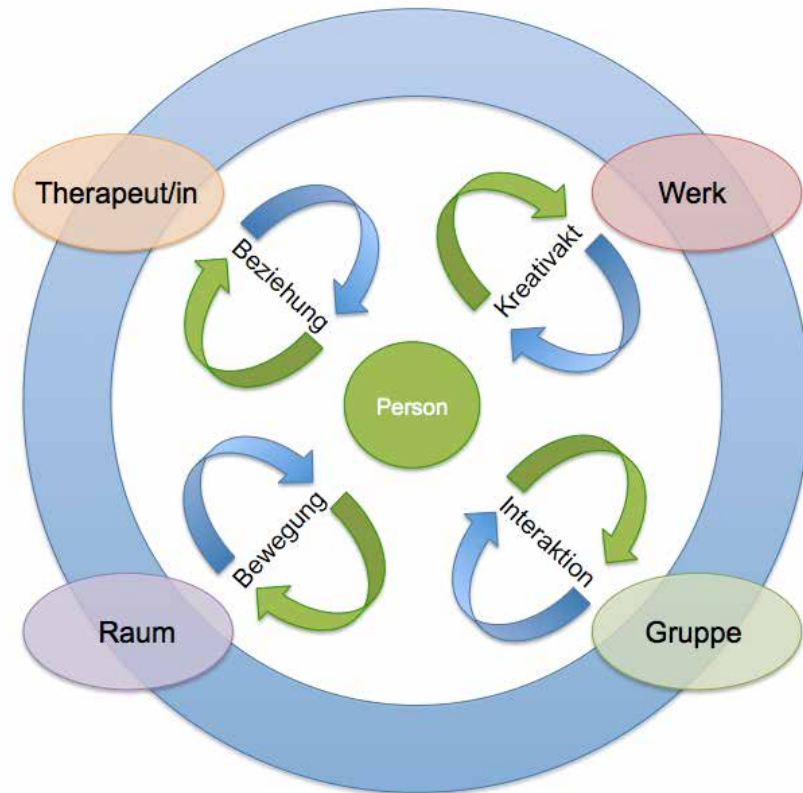


Abb. 3 Vier Ebenen der Evaluation im kunsttherapeutischen Prozess

Ergebnisse

In diesem Workshop gingen wir gemeinsam mit den Teilnehmenden der Frage nach, wie individuelle und kollektive Räume im kunsttherapeutischen Prozess entstehen, welche Problematik diese mit sich bringen und wie sie sich durch Benennung und kreative Gestaltung in Wirklichkeit verwandeln. In Anlehnung an die theoretischen Modelle bekamen die Teilnehmenden die Möglichkeit zwei praktische Aufgaben kreativ zu bearbeiten: Die Reise nach innen, bei der ein sicherer Ort dreidimensional dargestellt wurde sowie die Reise nach außen, die Gruppenprozesse anregte und kollektive

Räume spielerisch kreierte. In der Interaktion mit der Gruppe wurden sowohl Beziehungsdynamiken als auch individuelle Verortungen im Raum sichtbar, die als „innere, subjektive Wirklichkeiten“ des Einzelnen zu verstehen sind, und parallel zur objektiven Wirklichkeit existierten (Fischer-Lichte, 2001, S. 27–49). Diese eigenständigen Wirklichkeiten trugen den individuellen Abdruck des Einzelnen und eröffneten teilweise ihr Innenleben für den Betrachter. Nicht zuletzt wurde das Konzept des sicheren Orts als Abwehrausstattung aller Individuen sowie als Realitätsverlust in der Psychopathologie diskutiert.



Foto: Avgustina Stanoeva

Fazit

Die Arbeit mit künstlerischen Medien erleichtert die Enthüllung unsichtbarer Phänomene wie Bewegung, Raum und Grenzen im therapeutischen Prozess. Die Gegensatzpaare Innen-Außen, Eigen-Fremd, Individuell-Kollektiv, die in der kreativen Phase entstehen, werden durch eigene Bewegung und körperliche Verortung im Raum erlebt. Eine Ausdehnung des Handlungsrahmens zwischen Blatt, Raum und Objekt ermöglicht das Verorten in unterschiedlichen Raumkontexten und eröffnet verschiedene Erfahrungsräume. Die Beteiligung des Körpers

durch raumergänzende Bewegungen kann das Austesten der damit verbundenen Grenzen unterstützen. Ferner könnte dies zur Erweiterung des Repertoires der Kunsttherapie über die Bilder hinaus beitragen. Meinen Beobachtungen zufolge verhalten sich die Menschen in verschiedenen Situationen vergleichbar und situieren sich im Raum ähnlich wie im Bild. Die Möglichkeit, die Orte zu definieren, für sich abzugrenzen, farblich zu gestalten und körperlich zu erfahren, knüpft an emotionale und vorsprachliche Erlebnisse an, unterstützt die Reflexion und erleichtert somit die Integration.



Literatur

- Bourgeois, L. (2015). *Strukturen des Daseins: Die Zellen* (Ausstellungskatalog). München: Prestel.
- Famulla, R. (2009). *Joseph Beuys: Künstler, Krieger und Schamane. Die Bedeutung von Trauma und Mythos in seinem Werk*. Gießen: Psychosozial.
- Fischer-Lichte, E. (2001). *Ästhetische Erfahrung: Das Semiotische und das Performative*. Tübingen, Basel: Francke.
- Fonagy, P. (2009). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied Affectivity: On Moving and Being Moved. *Frontiers in Psychology*, 5, 508. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508>
- Gibson, J. J. (1966). *The Senses Considered as Perceptual Systems*. Boston: Houghton Mifflin.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. *Gesammelte Schriften 1946–1963*. Bd. III (S. 1–41). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- 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. doi 10.1026/1612-5010/a000191
- Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy. A Creative Psychotherapeutic Approach*. London: Sage Publications Ltd. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446217986.n3>
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Eye and Mind* (Translation by C. Dallery). In: J. Edie (Hrsg.), *The Primacy of Perception* (S. 159–190). Evanston: Northwestern University Press.
- Stanoeva, A. (2018). Bewegung. Verortung. Abgrenzung. Gruppendynamische Prozesse in der Kunsttherapie bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 2018/1, 72–94.
- Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. London: Routledge.
- Steiner, J. (2006). *Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steiner, J. (2014). *Seelische Rückzugsorte verlassen. Therapeutische Schritte zur Aufgabe der Borderline-Position*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, H. (2009). *Das Labyrinth der Borderline-Kommunikation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.

Musikerleben und Musikgestaltung unter dem Aspekt des musikalischen Zeitraums



Dr. Peter Hoffmann

Dipl.-Musiktherapeut, Leiter Kreativtherapie, Sport und Bewegungstherapie am LVR-Klinikum Düsseldorf

Innere und äußere Räume der Künstlerischen Therapien, so lautet das Thema dieser Kreativtherapietage. Mit dem Begriff des Raumes wird auch die Musik häufig in Verbindung gebracht, wie Begrifflichkeiten wie Klangraum, Tonraum, Gestaltungsraum, Erlebnis- und Begegnungsraum, Spielraum etc. illustrieren. Allen Begriffen ist das Verständnis gemeinsam, dass sich über Musik ein besonderer Raum eröffnet, der jenseits visueller und mehrdimensional geometrischer Kategorien ist. Für eine Betrachtung des besonderen Raumes der Musik scheinen eher zeitliche Aspekte relevant, ist ein grundsätzliches Charakteristikum von Musik doch ihre Bindung an Zeitlichkeit. Doch wie zeigen sich zeitliche Aspekte im Erleben und Gestalten von Musik? Welche Bedeutung haben sie? Wie werden Aspekte von Zeit und Zeitlichkeit im Medium Musik absichtsvoll für die musiktherapeutische Arbeit genutzt? Welche Bedeutung haben Zeitlichkeit,

Zeiterleben und Zeitgestaltung grundsätzlich in Gesundheit und Krankheit?

Musik als Entfaltung in der Zeit

Die Gestaltung und die Wahrnehmung von Musik sind notwendigerweise an Zeit gebunden. Musik kommt nur durch Ereignisse zustande, die eine Dauer in der Zeit haben und in einer zeitlichen Abfolge erfolgen. Musik benötigt Zeit, um erklingen zu können und gehört zu werden. Doch ist es mehr als nur diese Eigenschaft, welche die Besonderheit des musikalischen Zeitraums ausmacht. Musik zieht uns beim Hören und Spielen in einen eigenen Zeithorizont, sie stiftet eine eigene Zeitlichkeit (Eggebrecht, 2001; Mohr, 2012). Musiker*innen und Hörende halten sich in einem besonderen Zeitraum auf, jenseits des alltäglichen Erfahrungs- und Gestaltungsraums. Das Alltagsgeschehen tritt beim Hören und Gestalten von Musik in den Hintergrund und gleichzeitig eröffnet sich das Erlebnis einer



sinnlichen Gegenwärtigkeit und Wachheit sowie einer intensiven Verbundenheit mit dem Selbst. Innerhalb dieses Zeitraums lassen sich einige Aspekte unterscheiden, durch die das subjektive Erleben und Wahrnehmen charakterisiert ist und die für die Nutzung im therapeutischen Kontext bedeutsam sind.

Musik als Gliederung der Zeit

Beim Hören von Musik folgen wir nicht nur einem bloßen Nacheinander von Tönen, sondern nehmen Strukturen im Ablauf der Musik wahr. Wir erleben Musik durch die Wahrnehmung zeitlicher Untergliederungen als ein im Verlauf gegliedertes Geschehen. Dieses Erlebnis kann durch unterschiedliche musikalische Komponenten geprägt sein. Gliederungen ergeben sich im Kleinen durch die Dauer von Tönen und Klängen sowie im Größeren durch metrische Strukturen, Rhythmen, Phrasen, Formen usw. Die durch sie geprägte Gliederung einer Musik stellt eine Ordnung des musikalischen Geschehens in der Zeit dar. Über sie wird die Wahrnehmung von Sinneinheiten und Bedeutungszusammenhängen in der Musik möglich.

Verlaufsqualitäten im ZeitRaum Musik

Zeitliches Erleben von Musik ist weiter geprägt durch die Wahrnehmung von Bewegung oder durch die Wahrnehmung einer Dynamik im zeitlich musikalischen Verlauf (Zuckerlandl, 1963). Dieser Aspekt zeigt sich im Erleben von Verlaufsqualitäten der Musik zum Beispiel in einer spezifischen Dynamik auf einen Zeitpunkt hin. So erleben wir Musik als fließend, als strömend, als sich entwickelnd, strebend und werdend. Genauso können wir Musik als stockend, bremsend, hemmend oder stauend erleben. Darüber hinaus kann Musik als verharrend, still stehend oder als ewig und zeitlos wahrgenommen werden. Eine solche Bewegungsdynamik ist z.B. deutlich bei Tempoveränderungen

zu spüren. Beschleunigungen werden oft begleitet mit Empfindungen des Angetriebenseins auf etwas hin, einer Gerichtetheit auf etwas oder einer steigenden Erwartung auf etwas hin. Verlangsamung in der Musik kann mit dem Erleben einer Beruhigung verbunden sein und ebenso mit der Ausrichtung auf einen Zielpunkt hin. Melodische und harmonische Gesetzmäßigkeiten in funktionsharmonischer Tonalität können ebenfalls derartige Qualitäten beeinflussen, indem durch die tonalen Zusammenhänge ein Streben von Ton zu Ton erlebbar wird und damit eine Dynamik des zeitlichen Verlaufs geprägt wird. Genauso kann dieses Erleben durch andere musikalische Parameter geprägt sein, z.B. durch Lautstärkeveränderungen oder sukzessive Veränderungen im Klang.

Zeitliche Dimensionen in der Musik

Mit der Wahrnehmung unterschiedlicher musikalischer Bewegungsdynamiken und Verlaufsqualitäten ist das Erlebnis verschiedener Dimensionen von Zeit verbunden. Wir hören etwas in der Gegenwart. Wir erleben uns dabei im Hören präsent und auf die Gegenwart bezogen. Gleichfalls erinnern wir uns an das, was gerade verklungen ist, zum Beispiel an ein gerade verklungenes Motiv oder an eine Phrase und richten unser Hören im Spannungsfeld von Vergangenen und aktuell zu Hörendem. Wir erinnern Strukturen oder Melodien, die verklungen sind, und erkennen sie im augenblicklich Erklingenden wieder. Wir nehmen sie als Wiederholung aus der Vergangenheit wahr, sodass von „Wieder-Holung als einem Zurückholen in die Gegenwart“ (Schnebel, 1993, S. 28–29) gesprochen werden kann. Genauso stellen wir beim Hören nicht nur eine Verbindung zu Verklungenem her, sondern richten uns im Hören gespannt in die Zukunft auf das, was zu hören sein wird, aber was noch nicht erklingen ist. Dadurch stellt sich eine Art Vorweg-Sein ein. So sind wir im

Hörvorgang beständig ausgerichtet auf Zukünftiges und stellen Verbindungen her zwischen dem, was wir gehört haben, dem, was wir aktuell hören und dem, was wir erwarten. Bei der Rezeption von Musik und bei ihrer aktiven Gestaltung findet eine ständige innere Bewegung zwischen den verschiedenen Zeitdimensionen der Gegenwart, der Zukunft und der Vergangenheit statt. Es kommt zu einer Synthese von bereits Gehörtem, aktuell zu Hörendem und Erwartetem (Gülke, 1994; Eggebrecht, 2001) und einer ständigen Ausrichtung und Verknüpfung der Gegenwart in Vergangenes und Zukünftiges.

Zeitlich interaktionelle Abstimmung in der Musik

Ein weiterer Aspekt von Zeitlichkeit in der Musik zeigt sich in der zeitlichen Koordination bzw. Abstimmung musikalischer Akteure. Kaum ein anderes Medium vermag Menschen unterschiedlichster Gruppengrößen in eine so feine zeitliche Abstimmung miteinander zu bringen, wie Musik dies vermag. Ein universaler Aspekt musikalischer Tätigkeit scheint zu sein, dass die gemeinsame Aktivität verschiedener Menschen in der Regel anhand der Orientierung an einem zugrunde liegenden zeitlichen Maß geschieht, einem gemeinsamen Beat zum Beispiel (Pavlicevic, 1997, S. 40ff.). Die gegenseitige Orientierung richtet sich dann an ein solches Maß. Darüber hinausgehende Parameter, wie z.B. rhythmische Strukturen oder die Phrasierung der Musik, können jedoch ebenso für solche Abstimmungsaktivitäten von Bedeutung sein. Hierüber kann eine sensible gegenseitige Synchronisation in der sozialen Interaktion jenseits von Worten erfolgen.

Zum Zusammenhang von musikalischer Gestalt(-ung) und ihrer Wahrnehmung

Das Erlebnis von Zeit und Zeitlichkeit in der Musik gründet auf der Wahrnehmung der jeweiligen Musik, ihrer Charakteris-

tika bzw. der Wahrnehmung des verwendeten musikalischen Materials unabhängig davon, ob eine Musik komponiert oder improvisiert ist. Diese Charakteristika werden geprägt durch die jeweiligen Komponenten einer Musik und ihrem Zusammenwirken, wie Form, Rhythmus, Harmonie, Tonalität, Tempo, Dynamik, Melodieverlauf und Timing (des/der Gestaltenden). Die spezifische Gestaltung dieser Parameter beeinflusst das subjektive zeitliche Erleben, zum Beispiel das übergeordnete Erleben eines Zeitraums, das Erlebnis der Gliederung des zeitlichen Verlaufs, Wiedererkennen/Rückbezug, eine konkrete Erwartung bezüglich des musikalischen Fortgangs im Verlauf, das Erlebnis zeitlicher Orientierung und zeitlicher Ordnung, die Wahrnehmung von Bewegungsqualität, Verlaufsqualität, Richtungserleben und die Wahrnehmung eines inneren Zusammenhangs. Dabei ist nicht nur die Gestaltung der Musik im zeitlichen Hintereinander prägend, sondern auch die Gestaltung und der Bezug auf vertikaler Ebene in den Schichtungen einer Musik, wie in der Beziehung von Puls, Metrum, Rhythmus, Phrasierung und Form (Hoffmann, 2010, 2018).

Musik ist immer zeitlich, sie ist immer an einen Verlauf in der Zeit gebunden. Welche Aspekte von Zeitlichkeit allerdings in einer Musik wahrnehmbar werden, welches Zeiterleben damit verbunden ist, unterliegt der Verwendung des musikalischen Materials, der spezifischen Gestaltung einer Musik sowie der subjektiven Wahrnehmung dessen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass das Erleben einer Musik mit Zeitlosigkeit oder mit Stillstand, mit Stagnation, mit Momenthaftigkeit oder mit zeitlicher Zersplitterung beschrieben wird.

Zeit und Zeitlichkeit im Leben

Individuelles Sein vollzieht sich in einem Spannungsfeld zwischen Vergangenen und Zukünftigem. Das Gelingen individu-



ellen Lebens steht unter entwicklungspsychologischen Aspekten in einem engem Zusammenhang mit einem gelingenden Umgehen mit den zeitlichen Dimensionen des Seins. So sind die Fähigkeit zur Synthese unterschiedlicher zeitlicher Ebenen und die absichtsvoll ausgerichtete Verbindung mit unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen für ein gelingendes Leben von Bedeutung. Ebenso ist die innere Beweglichkeit im Spannungsfeld von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bedeutungsvoll. Der konstruktive Umgang mit Vergangenem, die Verwandlung von Erfahrungen aus der Vergangenheit gehört genauso wie eine grundsätzliche Offenheit und Ausrichtung auf Zukünftiges zu einer gelingenden Lebensbewältigung. Nur wer Erfahrungen sammeln und sie in sein aktuelles Sein und Handeln integrieren kann, nur wer aus Erfahrungen der Vergangenheit lernen kann und diese Erfahrungen in seinem Handeln aktuell anwenden kann, der entwickelt sich und kann sich in die Zukunft ausgerichtet verwirklichen.

Ausgesprochen bedeutungsvoll ist dabei die Erfahrung der Gestaltbarkeit des eigenen Lebens in diesen zeitlichen Horizonten, die Erfahrung und das Wissen

um die Möglichkeit, die eigenen Lebensumstände zu gestalten und in die Zukunft zu entwickeln. Ebenso sind zeitliche Abstimmungsprozesse im intersubjektiven Miteinander und deren Gelingen von Bedeutung. Zeitliche Abstimmung, zeitliche Koordination oder Synchronisation im Sozialen zeigen sich beispielsweise bei allen kommunikativen Situationen oder in Abstimmungssituationen am Arbeitsplatz oder in der Familie (wie an der frühentstimmlichen Eltern-Kind-Interaktion bedeutungsvoll nachzuvollziehen ist). Die Bedeutung zeitlicher Abstimmungsfähigkeiten für die individuelle psychische Gesundheit ist nachgewiesen, „frühe Abstimmungserfahrungen mit unseren Hauptbezugspersonen beeinflussen uns wohl lebenslang“ (Jost, 2010, S. 225).

Neben der Entwicklung zeitlicher Anpassungs- und Synchronisationsfähigkeiten im sozialen Gefüge ist für den Einzelnen ebenso die Akzeptanz persönlicher Rhythmen bedeutungsvoll, und die Achtsamkeit für individuell unterschiedliche Eigenzeiten, wie sie sich z.B. im Schlafrythmus, im Wechsel von Bewegung und Ruhe, in der Einhaltung von Essens- wie Ruhezeiten usw. zeigen. Persönliche Identität entwickelt sich in einem gelin-

genden Umgang mit Zeit und andererseits prägt das Umgehen mit Zeit(-lichkeit) die Persönlichkeit. Insbesondere die konstruktive Aneignung der eigenen Lebenszeit, die Integration und absichtsvolle Ausrichtung zeitlicher Dimensionen, die Synchronisationsfähigkeit bei Interaktionsprozessen und die Offenheit und Flexibilität im Erleben von Zeitlichkeit wie im Umgang mit Zeit sind von Bedeutung. Aufgrund der vorgenannten Aspekte wird bereits deutlich, warum die Berücksichtigung individuellen zeitlichen Erlebens und Gestaltens auch für (musik-)therapeutische Zusammenhänge von Bedeutung ist.

Zeit und Erkrankung

Krisen und Krankheiten können mit einer Störung oder dem Herausfallen aus zeitlichen Ordnungen und Orientierungen und einer Einengung der Gestaltungsfähigkeit im Zeitlichen verbunden sein (Jost, 2000). Für psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen ist vielfach dargestellt worden, dass sie von

- Veränderungen des Zeitsinnes und des Zeiterlebens,
- einer Einschränkung der Orientierung im Zeitlichen,
- der Verzerrung zeitlicher Perspektiven,
- einer eingeschränkten Verfügbarkeit zeitlicher Dimensionen im Denken und Handeln und übergeordnet
- von einem Verlust individueller Autonomie im Umgang mit der Zeit

begleitet sein können. Dies zeigt sich bei vielen Störungsbildern in der Alltagsgestaltung der Patient*innen. Und es kommt eindrücklich in Gestaltungsprozessen der Musiktherapie auf musikalischer Ebene zum Ausdruck und kann dort thematisch aufgegriffen werden. Über Bereiche der Psychiatrie und Psychosomatik hinaus zeigen sich Veränderungen im Zeiterleben und in der Zeitgestaltung auch in anderen klinischen Feldern. Nachfolgend

werden einige Aspekte zum Zeiterleben und zur zeitlichen Gestaltung beispielhaft an zwei psychiatrischen Störungsbildern skizziert.

Zeiterleben und -gestaltung depressiver Patient*innen

Die Depression gehört zu den Erkrankungen, die in Bezug auf Veränderungen des Zeiterlebens wohl am besten erforscht ist (für andere Störungsbilder siehe z.B. Fuchs, 2015; Jost, 2000, 2010). In Äußerungen zum Zeiterleben depressiv Kranker kommt eine quälende Verlangsamung, ein schweres Dahinschleppen in der Zeit, eine Hemmung und eine Auflösung des Zeitflusses bis hin zu einem Stillstehen der Zeit zum Ausdruck. Die dynamische Qualität des Zeiterlebens löst sich auf. In vielen Beschreibungen von Betroffenen drückt sich ein Verlust an Zukunft oder deren gänzlich Verschwinden, ein Schwinden einer Ausrichtung auf Ziele, einer Einschränkung von Entwicklungsmöglichkeiten und Lust- sowie Interesselosigkeit aus. Verbunden damit ist oft eine Erstarrung der Vergangenheit, indem z.B. an Geschehen oder Erlebnissen der Vergangenheit festgehalten wird. Beschrieben wird eine „arretierte Zeitlichkeit. Stets gegenwärtig erstickt das Gewesene wie ein Spuk jede Möglichkeit des Werdens und Wandelns“ (Bock, 1975, S. 234). Die Festlegung durch Vergangenes führt zu einer Hoffnungslosigkeit und dem Empfinden der Determiniertheit alles Zukünftigen. Emrich spricht in Anlehnung an Theunissen von der „Herrschaft der Zeit“, die in dieser Fesselung an Vergangenes ein „Erdrücktwerden“ verursache, „ohne kreative Wahlmöglichkeit und freie Optionen für zukünftiges intentionales Handeln“ (Emrich, 2010, S. 280f; Theunissen, 1997). Entwicklung als Bewegung auf etwas hin wird unmöglich, es kommt zu einer Stagnation, zu einem Stillstand der Lebensgeschichte. Zeitliche Perspektive wird verzerrt, schlimmer



noch: Sie wird vernichtet. Damit verlieren Tätigkeiten und Aktivitäten ihre Bedeutung, die Sinnhaftigkeit des Lebens geht verloren (für weitere Beschreibungen siehe Fuchs, 2015; Mundt, Richter, Hees & Stumpf, 1998). Aspekte des hier Beschriebenen kommen z.B. in den Beschreibungen des niederländischen Psychiaters Piet C. Kuiper über seine Depression zum Ausdruck:

„Noch viereinhalb Stunden bis wir zu Bett gehen durften. Ich saß in einer Ecke und schaute auf die Uhr, nach einiger Zeit noch einmal. Zweieinhalb Minuten waren vergangen, während es nach meiner Schätzung eine Stunde hätte sein müssen. [...] Den Stillstand der Zeit habe ich als eines der quälendsten Symptome meiner Krankheit erfahren.“ (Kuiper, 1991, S. 168-169)

Im Gegensatz zum zermürend langsamen Vergehen der Zeit ist Kuiper der Verlust des Zukünftigen, der Verlust des Werdens erst später bewusst geworden, als seine Befindlichkeit nicht mehr von einer alles bestimmenden Angst geprägt war. Es sind aber auch andere Erlebnisweisen der Zeit in der Depression möglich. Tellenbach berichtet von einer Patientin, deren Zeiterleben davon geprägt ist, lauter Jetzt-Punkte – wie einzelne Uhrschläge – in einer Art Zwang registrieren zu müssen. Dadurch vergegenwärtige sich für sie in quälender Weise das unaufhörliche Vergehen des Lebens und das Nahen des Todes (Tellenbach, 1990, S.56).

Zeiterleben und -gestaltung bei Borderline-Erkrankungen

In Äußerungen von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt häufig ein Erleben des Selbst ohne Perspektive auf Zukunft und ohne Bindung zur Vergangenheit zum Ausdruck. Die Gegenwart wird mitunter als bedeutungslos, leer und endlos beschrieben. Betroffene fühlen sich in sie einge-

schlossen und verloren, können mit ihr nichts anfangen (Rhode-Dachser, 1987, S. 283). Der Gedanke an Zukunft macht Angst, eine integrierte Vergangenheit scheint nicht verfügbar. Erfahrungen und Erlebnisse können nicht oder nur mangelhaft in die Zukunft getragen werden. Auffallend ist die häufige Beschreibung einer ‚Geschichtslosigkeit‘, die von einer endlosen Gegenwart geprägt ist, in der Orientierungslosigkeit vorherrscht (Jost, 2000). Die Identität der Erkrankten wird von ihnen als unzusammenhängend und brüchig erlebt. „Gemachte Erfahrungen werden nicht in die Zukunft hineingetragen, es fehlt die Fähigkeit zur zeitlichen Synthese und zur Integration von Erfahrungen. Menschen mit Borderline-Störungen müssen immer wieder von vorne anfangen“ (Jost, 2000, S. 159).

In Schriften des englischen Pianisten James Rhodes finden sich zahlreiche Bemerkungen zum fragmentierten Zeiterleben, durch das ein Zugang zur Gegenwart verhindert und Zukünftiges als bedrohlich wahrgenommen wird.

„Für mich als Kind war Dissoziation die einzige Möglichkeit, mit der Welt zumindest ansatzweise klarzukommen. Wenn man sich an nichts erinnert, kann die Vergangenheit einen nicht terrorisieren. [...] Ich bin dazu konstruiert und konditioniert, immer das Schlimmste zu befürchten, jeder negativen Stimme im Kopf Glauben zu schenken und grundsätzlich mit der Katastrophe zu rechnen.“ (Rhodes, 2016, S. 53, S. 232)

Musik als zeitliches Medium in der Musiktherapie

In der Musiktherapie ist es über das Medium Musik möglich Patient*innen jenseits sprachlicher Verständigung (und ihrer Begrenzungen) über ihre Gestaltung kennenzulernen, ihre individuelle Art und Weise in der Welt gegenwärtig zu sein, diese zu gestalten und mit sich und anderen

umzugehen. Dies umfasst auch den individuellen Umgang mit Zeit und das Sein in der Zeit. Darüber hinaus dient der Gestaltungsraum in der Musik im therapeutischen Rahmen dazu, gezielt Veränderungen von Ausdrucks-, Wahrnehmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bei Patient*innen anzuregen und zu ermöglichen neue Verhaltensweisen zu erproben, die sich z.B. auch im Umgang mit Zeit und Zeitlichkeit zeigen können. Die Zeit-Genossenschaft gemeinsamen Musizierens ermöglicht das unmittelbare Erlebnis und Mitvollziehen musikalisch-zeitlicher Zusammenhänge im Spiel des anderen und dessen Entwicklung. Qualitäten individueller Befindlichkeit und individuellen Vermögens werden in der Tätigkeit aufgegriffen und hörbar. Die jeweilige musikalische Gestaltung der Patient*innen kann einen Eindruck geben von deren Umgehen mit Zeitlichkeit und Sein in der Zeit. Dabei sind zuvor genannte Merkmale zeitlich musikalischer Gestaltung von Bedeutung: Gliederungsaspekte, Verlauf- und Bewegungsqualitäten, zeitliche Dimensionen, Synchronisation in der Interaktion. Die musikalische Gestaltung der Patient*innen kann hinsichtlich der zeitlich-musikalischen Charakteristika zum Beispiel geprägt sein von

- einer mechanisch-motorischen Gestaltung,
- einem stereotyp, redundanten Gestaltungsgestus,
- einem ungeordneten, strukturlosen Spiel,
- einer Gestaltung ohne Wiederholungen,
- einer Gestaltung, die durch einzelne, isolierte Spielimpulse geprägt ist,
- einem Zusammenspiel, indem es kein gemeinsames Tempo oder keine gemeinsamen Ausrichtungen gibt.

Beispielhaft lassen sich so über die Musik im Zusammenspiel z.B. folgende Qualitäten von Zeitlichkeit erleben:

- das Auseinanderfallen zeitlicher Zusammenhänge,
- unbelebte, ‚leere‘ Zeit, eingeschränkte Präsenz,
- eine eingeschränkte zeitliche Ausrichtung,
- eine Einengung zeitlicher Flexibilität,
- eine eingeschränkte Gestaltung und Gliederung der Zeit,
- eine eingeengte zeitliche Perspektive und Ausrichtung,
- ein eingeschränkter Bezug zur Vergangenheit,
- das Auseinanderfallen der Zeit, momenthaftes Zeiterleben,
- eine eingeengte zeitliche Synchronisationsfähigkeit.

Modi wie z.B. der Stillstand von Zeit, die Fragmentierung oder Zersplitterung von Zeit, die Auflösung zeitlicher Kontinuität, die Vermischung von Vorher/Nachher, der Ausdruck mechanischen Gleichmaßes oder ein Erstarren in der Zeit werden in Gestaltungsprozessen der Musiktherapie so eindrücklich erlebbar (siehe z.B. Hoffmann, 2010, S. 203 ff) und können im Medium selbst sowie darüber hinaus in der Reflexion aufgegriffen werden.

Für die diagnostische Einschätzung der Patient*innen, für ein umfassendes Verständnis ihres Leidens und für die Entwicklung von Therapiezielen sind diese Aspekte bedeutungsvoll. Im Hinblick auf die therapeutischen Interventionen im Medium Musik ist dabei die Reflexion folgender Aspekte bedeutsam: Durch welche zeitlichen Merkmale soll die musikalische Tätigkeit der Therapeut*innen geprägt sein, um eine erwünschte Atmosphäre, eine bestimmte Beziehungsqualität zu gewährleisten? Welche zeitliche Qualität, welche zeitliche Struktur benötigt die Situation bzw. benötigen die Patient*innen? Brauchen die Patient*innen eine bestimmte zeitliche Orientierung (z.B. rhythmische Verlässlichkeit und Sicherheit)? Wie kann diese



Orientierung auf das Spiel der Patient*innen bezogen hergestellt werden? Verlangt die Situation eher Ungeordnetes, nicht zu Antizipierendes? Wie muss dann die zeitliche Gestaltung organisiert sein? Ermöglicht die angebotene zeitlich musikalische Struktur Orientierung, Halt oder begrenzt sie in einem negativen Sinne, engt sie etwa ein? Fördert das eigene Spiel der Therapeut*innen anhand der Sinngliederung Orientierung oder eher Desorientierung, vermittelt es Offenheit oder Festlegung? Ermöglicht die Musik, ihre spezifische zeitliche Struktur Fasslichkeit, Wiedererkennen, Antizipation oder begrenzt sie, legt sie fest oder macht sie den Zusammenhang unübersichtlich, unüberschaubar? Ist eine angebotene zeitlich musikalische Struktur erinnerbar? Ermöglicht die zeitliche Gliederung bzw. die zeitliche Gestalt der Musik Entwicklung oder verhindert sie diese? Mit welcher Bewegungsqualität ist eine zeitliche Struktur (z.B. ein Rhythmus) verbunden? Ist diese Qualität im therapeutischen Kontext angemessen? Weckt der gewählte Rhythmus innere oder äußere Bewegung oder verhindert er sie? An welcher Ebene zeitlicher Gliederung knüpft das Angebot an? Bezieht sich das musikalische Angebot der Therapeut*innen auf die Ebene, die für die Patient*innen sinnvoll ist?

Wiedereroberung der Zeit

Der musikalische Ausdruck in der Musiktherapie verdeutlicht einerseits den individuellen Umgang mit Zeit, andererseits bietet die Musik ein Erprobungs- und Entwicklungsfeld, über das ein anderes, neues Umgehen mit zeitlichen Komponenten vermitteln kann.

Im Mittelpunkt steht dabei die Wahrnehmung und Förderung

- individueller Zeitlichkeit,
- von Eigenzeit (im Sinne eines individuellen Tempos, eigener Rhythmen etc.)
- von Gegenwärtigkeit, von ‚Jetzt‘-Erleben,
- von perspektivischer Ausrichtung,

- zeitlichen Erlebens, zeitlicher Orientierung,
- der Gliederung von Zeit,
- von ‚Gestaltbarkeit‘,
- der Selbstbestimmbarkeit individueller Zeitgestaltung,
- der Einordnung negativer wie positiver Erfahrungen individueller Zeitlichkeit,
- absichtsvoller intersubjektiver Koordination/Synchronisation,
- die Erprobung und Eroberung neuer Verhaltensweisen.

Musik ermöglicht, Patient*innen mit unterschiedlichen Störungsbildern in ihrem Zeiterleben und ihrem gestaltenden Umgang mit Zeit wahrzunehmen und darüber einen bedeutungsvollen Aspekt ihres Befindens wahrzunehmen und zu verstehen. Seins- und Erlebnisweisen wie der Stillstand von Zeit, die Fragmentierung oder Zersplitterung von Zeit, die Auflösung zeitlicher Kontinuität, die Vermischung von Vorher/Nachher, der Ausdruck mechanischen Gleichmaßes oder ein Erstarren in der Zeit werden in Gestaltungsprozessen der Musiktherapie erlebbar und teilbar und können bearbeitet werden. Musiktherapeutische Prozesse können so zu einem gelingenden Umgehen mit Zeitlichkeit beitragen und Einschränkungen des Zeiterlebens und der Zeitgestaltung überwinden helfen.

Literatur

Bock, L. (1975). Musiktherapie und Zeiterleben in der Depression. In G. Harrer & C. G. Allesch (Hrsg.), Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie (S. 231–236). Stuttgart: Fischer.

Eggebrecht, H. H. (2001). Musik als Zeit. Hrsg. von Albrecht von Massow, Matteo Nanni, Simon Obert und Hans Heinrich Eggebrecht. Wilhelmshaven: Noetzel.

- Emrich, H. M. (2010). Rhythmus und Synchronie: Die Einbettung des menschlichen Lebens in rhythmische Prozesse und die Musik. *Musiktherapeutische Umschau*, 31 (3), 276–287.
- Fuchs, T. (2015). Zeiterfahrung in Gesundheit und Krankheit. *Psychotherapeut*, 60 (2), 102–109.
- Gülke, P. (1994). Tönende Zeitbäume. Vom musikalischen Umgang mit einer undefinierbaren Kategorie. *Aus Forschung und Medizin*, 9 (1), 75–83.
- Hoffmann, P. (2010). Rhythmus als Zeit-Gestalt in Musik und Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 31 (3), 192–211.
- Hoffmann, P. (2018). ... zur Wiederentdeckung der Zeit ... Zeitgestaltung und zeitliches Erleben in Musik und Musiktherapie. In R. Kortum, D. Wohler & H. Gruber (Hrsg.), *Zeit und Zeiterfahrung in den Künstlerischen Therapien. Ein interdisziplinärer Dialog* (S. 149–172). Berlin: EB-Verlag.
- Jost, A. (2000). *Zeitstörungen. Vom Umgang mit Zeit in Psychiatrie und Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jost, A. (2010). Rhythmen aus neurowissenschaftlicher und psychiatrischer Sicht. *Musiktherapeutische Umschau*, 31 (3), 220–232.
- Kuiper, P. C. (1991). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Mohr, G. (2012). Musik als erlebte Zeit. *Philosophia naturalis*, 49 (2), 319–347.
- Mundt, C., Richter, P., Hees, H. v. & Stumpf, T. (1998). Zeiterleben und Zeitschätzung depressiver Patienten. *Der Nervenarzt*, 69 (1), 38–45.
- Pavlicevic, M. (1997). *Music Therapy in Context. Music, Meaning and Relationship*. London: Kingsley.
- Rhode-Dachser, C. (1987). Zeitbegriff und Zeitbegrenzung in der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 32, 277–286.
- Rhodes, J. (2016). *Der Klang der Wut. Wie die Musik mich am Leben hielt*. Zürich: Nagel & Kimche.
- Schnebel, D. (1993). *Anschläge – Ausschläge. Texte zur neuen Musik*. München: Hanser.
- Tellenbach, H. (1990). Aspekte der Zeit. Ihre Deformation in psychischen Störungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 52–60.
- Theunissen, M. (1997). *Negative Theologie der Zeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Zuckermandl, V. (1963). *Die Wirklichkeit der Musik. Der musikalische Begriff der Außenwelt*. Zürich: Rhein-Verlag.



Land Art – kunsttherapeutische Räume in der Natur



Prof. Dr. Christiane Ganter-Argast

Professur für Kunsttherapie, Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg und
Dipl.-Kunsttherapeutin und Dipl.-Pädagogin am Universitätsklinikum Tübingen.

Einleitung

Die Landschaft als äußerer Ort kann uns dabei unterstützen, zu unseren inneren Räumen oder Orten zu gelangen. Gebhard (2016) beschreibt, dass Naturerfahrungen und Naturphänomene Anlässe sind, uns auf uns selbst zu beziehen. Der Begriff Therapeutic Landscape wurde von Gesler (1992) zum ersten Mal verwendet und zielt auf Heilungsprozesse an gewissen Orten ab. Es gibt empirische Untersuchungen, die Beobachtungen stützen, dass Landschaften sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Claßen, 2016; Völker, 2016). In der Kunsttherapie nimmt die Naturlandschaft als Gestaltungsmaterial oder als Gestaltungsorte bisher eher eine marginale Position ein (Ganter-Argast, 2018). Die Umweltpsychologie, die Naturtherapie und auch die Land Art zeigen uns bereits die Kraft der Natur auf (Claßen, 2016; Völker, 2016; Gebhard, 2016; Petzold, o. J.; Schramm, 2014). Die Kunsttherapie sollte dieses Potential verstärkt nutzen

und sich im Zeitalter der Klimakrise damit beschäftigen.

Land Art – Geschichte

In den Jahren 1968/69 wurden in den USA die Begriffe Earth Art und Earthworks durch Ausstellungen eingeführt. Hier waren Arbeiten von Künstler*innen zu sehen, die im direkten Umgang mit der Natur entstanden sind (Schramm, 2014). In Europa etablierte sich wenig später der Begriff Land Art durch die Fernsehsendung von Gerry Schum (1969). In dieser Sendung wurden Kurzfilme über Land-Art-Künstler*innen wie De Maria, Smithson und Heizer gezeigt. Schum setzte damit das Konzept des erweiterten Wahrnehmungsrahmens fort (Werkner, 1992). Es ging ihm, ebenso wie den Land-Art-Künstler*innen, um die Kommunikation von Kunst anstelle des Besitzes von Kunst (Werkner, 1992). Schmid schreibt dazu: „[E]s ging um das temporäre und gemeinsame Erleben und Erobern von



Arbeiten im Moment der eben zeitlich festgelegten Betrachtung“ (2019, S.13). Land Art ist meist eine großräumige Arbeit in der offenen Landschaft, die das Werk mitkonstituiert. Sie bezieht sich auch auf Konzepte und Inszenierungspraktiken, da die Werke von den meisten Menschen nicht tatsächlich besucht werden können (Schramm, 2014).

Im Gesamtbild erscheint Land Art als ungenauer Begriff, der nicht auf bestimmte Gruppierungen, sondern verallgemeinernd für Arbeiten von Künstler*innen verwendet wird, welche ihre Werke aus natürlichen Materialien wie Erde, Gestein, Schnee etc. realisieren sowie ein Interesse an der Erfahrung in der Landschaft teilen (Werkner, 1992). Brâncuși bereite das Konzept von Landschaft als Skulptur im Jahr 1937 mit der Endlosen Säule vor. Hier setzt er den Raum als ein die Skulptur potentiell fortsetzendes Material ein. Zur Vorgeschichte der Land Art gehören auch Noguchi mit seiner Arbeit *The Sculpture To Be Seen from Mars* (1947) und die Landschaftsskulpturen von Bayer, wie z.B. *Earth Mound* (1955). Ebenso ist Pollocks Arbeitsweise, die den prozessualen, physischen Aspekt betont und den kreativen Vorgang somit aufgewertet hat, als Vorreiter der Land Art anzusehen. Pollocks Vermächtnis war die Beschäftigung mit dem Raum und den Objekten unseres täglichen Lebens. Für seine Bilder, auch *Environments* genannt, benutzte er u.a. Sand als Material (Number 29, 1950). Auch Rauschenberg integriert alltägliche Materialien wie Erde in seine Gemälde (*Naturpaintings*, 1952). Kaprow und Oldenburg machten 1960 Abfall zu Kunst und bezogen Besucher*innen in die Komposition mit ein. Die Absage an die persönlich-künstlerische Handschrift und an die Kommerzialisierung der Kunst spielten ebenfalls bei den späteren Land-Art-Künstler*innen eine Rolle. Das ungewöhnliche Material, die Vernachlässigung von Form und

Farbe, die Abkehr von der Komposition im traditionellen Sinn, die mehrdeutige Interpretierbarkeit und die Betonung des Ortes (es wurden z.B. keine Sockel verwendet, da die Werke nicht erhaben von der Welt präsentiert werden sollten, sondern flach auf ihr) sind Kennzeichen der Land Art (Werkner, 1992). Das Werk entsteht also für eine ganz bestimmte Situation. Es ist Veränderungen durch die Natur ausgesetzt und hat deshalb keine definitive Form. Die Land-Art-Künstler*innen wollten nicht nur den Ankauf von Werken, sondern auch Kunstprojekte außerhalb der Museen fördern. Es entstand ein „museum without walls“ (Leavitt, 1970, S. 2). Weitere Künstler*innen, die mit der Landschaft und Natur arbeiteten, sind Long, der sich gegen die „kapitalistische“ Kunst (Andrews, 1999, S. 215) der amerikanischen Land Art abgrenzen wollte (*A Line Made by Walking*, 1967; *Sandy Lane Stones*, 1995), Mendieta, die ihren Körper in Bezug zur Natur setzte (*Siluetas Series*, 1978) und Johanson, die die ökologische Verbesserung durch Kunst thematisierte (*Leonhardt Lagoon in Dallas*, 1981–1986).

Land Art als kunsttherapeutische Methode mit spezifischen Erlebensaspekten

Land Art als kunsttherapeutischen Ansatz im klinischen Setting anzubieten ist noch kaum verbreitet. Des Weiteren gibt es bisher nur sehr wenige Veröffentlichungen zum Thema Land Art und Kunsttherapie (Kirchner & Kirschenmann, 1997; Keßler, 2005; Jimenez-Alonso, 2005; Hénin, Joulia & Mengual, 2008; Ganter-Argast, 2018; Ganter-Argast, Diekmann, Buchmann, Ham & Müller, 2020). Im Bereich der Natur- und Gartentherapie sind hingegen mehr Publikationen zu finden. Zudem sind die theoretischen sowie empirischen Erkenntnisse der Umweltpsychologie und der medizinischen Geographie (Claßen, 2016; Kistemann & Claßen, 2012) von Bedeutung für einen Land-Art-Ansatz in

der Kunsttherapie. Jedoch wurden diese Bereiche bisher noch kaum zusammengeführt. Ein Therapiemanual des Land-Art-Ansatzes für Patient*innen in der Psychosomatik ist in Vorbereitung und eine Evaluation ist geplant. Mögliche Vorgehensweisen des Land-Art-Ansatzes im kunsttherapeutischen Setting sind nachzulesen in Ganter-Argast (2018) sowie Ganter-Argast, Diekmann, Buchmann, Ham und Müller (2020).

Im Folgenden wird zusammengefasst aufgezeigt, welche Aspekte der Land Art bedeutsam für die Kunsttherapie sein könnten und durch was sich die in der kunsttherapeutischen Praxis durchgeführte Land Art auszeichnet. Diese spezifischen Erlebensaspekte wurden mithilfe von 14 Patient*innenverläufen anhand einer teilnehmenden Beobachtung dokumentiert und mit theoretischen Überlegungen verbunden. Spezifische Erlebensaspekte der Land Art im kunsttherapeutischen Setting der Psychosomatik und Psychiatrie sind:

- Eine ungewisse Reise in die Außenwelt oder in die Realität ist vor allem bei einem langen Krankenhausaufenthalt von Bedeutung. Land Art im kunsttherapeutischen Setting ist eine Reise in die Natur mit ihrer Vielfalt. Durch das Wahrnehmen dieser Vielfalt können eigene (Schönheits-)ideale hinterfragt werden.
- Der Land-Art-Ort als alternativer Ort zur Klinik: Die Patient*innen haben die Möglichkeit sich zeitweise vom Patient*innen-Dasein zu distanzieren und wieder vermehrt gesunde Anteile wahrzunehmen.
- Der Land-Art-Ort ist Entstehungsort und Ausstellungsort zugleich. Das Werk gehört zu seinem Ort, ansonsten verändert es sich (Schramm, 2014).
- Der Land-Art-Ort ist auch als Raum der Betrachter*innen zu verstehen. Der Ort entsteht, indem sich die Betrachter*innen ihrer körperlichen Wahrnehmung zuwenden. Durch die physische Präsenz der Betrachter*innen und ihrer körperlichen Wahrnehmungen vollenden sie die ortsspezifischen Werke (Schramm, 2014). Der Raum der Betrachter*innen und des Kunstobjektes sind nicht mehr getrennte Räume (Schramm, 2014). Hierbei benennen Patient*innen oft Kindheitserinnerungen oder Bedürfnisse.
- Der Land-Art-Ort entsteht also durch den Prozess der Wahrnehmung und ist als visuell-körperlicher Akt zu verstehen, der sich in den Betrachter*innen und Gestalter*innen vollzieht. Dadurch ist der Land-Art-Ort durch subjektive Erfahrungsprozesse mitbestimmt (Schramm, 2014). Neben der Ortswahrnehmung findet auch eine Körperwahrnehmung statt, die zumeist eher beiläufig erfolgt und häufig als angenehm erlebt wird. Hier spielt möglicherweise der positive Einfluss der Natur eine Rolle (Kaplan, 1995; Claßen, 2016). Diese ortsspezifische Erfahrung tragen die Betrachter*innen nach dem Verlassen des Ortes weiter mit sich (Schramm, 2014). Das können bei der kunsttherapeutischen Arbeit mit Patient*innen die Sinnesempfindungen im Hier und Jetzt sein, aber auch Körperwahrnehmungen, die über die Land-Art-Gestaltung mit Gefühlen und Erinnerungen in Verbindung gebracht werden.
- Die Vergänglichkeit des Materials und schließlich des Land-Art-Werkes wird miterlebt und wirkt als existentielles Thema häufig stärker als sonst in die Kunsttherapie hinein. Fotografien bieten hierbei eine Möglichkeit die Land-Art-Gestaltung festzuhalten.



- Die Erhabenheit der Natur wird im kunsttherapeutischen Setting als positive Kraft verstanden und von vielen Patient*innen als etwas beschrieben, das in ihnen Stärke und Ruhe erzeugt. Außerdem ist die Erhabenheit der Natur in der natürlichen Ästhetik des Materials zu finden. Dies erleichtert häufig den Schaffensprozess und dadurch gelingt eine Distanzierung zu negativen Gedanken.

Insgesamt scheint Land Art als kunsttherapeutische Intervention ressourcenfördernd und stärkend erlebt zu werden.

Workshop

Die Gruppe begab sich auf eine kleine Reise in die Natur. Es wurde gemeinsam ein Land-Art-Ort aufgesucht, an dem wir gestalterisch-künstlerisch arbeiten konnten. Durch kurze Achtsamkeitsübungen wurden die ortsspezifischen Aspekte sowie der eigene Körper mit allen Sinnen wahrgenommen und die vorhandenen Naturmaterialien wurden entdeckt.

Beispiel einer Achtsamkeitsübung: Panoramaübung

„Sie stehen und drehen sich sehr langsam im Kreis, schauen zur Horizontlinie und nehmen den Ort an dem sie sich befinden mit einem ‚Anfängerblick‘ bewusst wahr. Im zweiten Durchgang nehmen sie einen Perspektivwechsel vor und schauen in den Himmel, betrachten Wolkenformationen und Bewegungen. Im dritten Durchgang achten sie auf ihren Untergrund, auf dem sie stehen und drehen sich ebenfalls um die eigene Achse. Spüren sie den Boden.“ (Huppertz & Schataneck 2015, S.111)



Abb.: 1 Foto: L. Fanac

Anschließend ging es darum, den eigenen Platz zu finden, sich Raum zu nehmen in der Natur und sich einen eigenen (Begegnungs-)Raum zu gestalten. Dabei wird hauptsächlich mit den Naturmaterialien vor Ort gearbeitet. Ein Raum besitzt Schwellen, Übergänge, Grenzen und bestenfalls einen Ein- sowie Ausgang. Welche Raumqualitäten benötige ich? Wie sollte mein Raum aussehen? Wieviel Raum nehme ich mir? Wie nehme ich mich dort wahr? Wo sind die anderen? Wie steht mein Raum in Verbindung zu den Räumen der Anderen? Und wie können wir uns begegnen? Es konnten dabei Räume für die jetzige Situation oder ein Raum/Ort für die Zukunft entstehen.

Alternativ dazu konnten diejenigen, denen es langsam kalt wurde, nachdem sie einen angenehmen Platz gefunden hatten, sich für fünf Minuten einem kleinen Ausschnitt, beispielsweise dem Waldboden, widmen. Es ging darum, mit den Augen auf Entdeckungsreise zu gehen und sich für einen Moment ganz in diesem Mikrokosmos zu verlieren. Was für Muster, Oberflächen gibt es? Was ist das kleinste Element (Felber, 2018, S. 59)? Im Folgenden konnte mit diesem Raumausschnitt bildhaft mit Naturmaterialien und/oder Zeichen-/Malmaterialien im Kunsttherapieraum in Resonanz gegangen werden.



Arbeit zum Thema Ausschnitt, Foto: F. Krümpelmann

Nach einer kurzen Reflexionsrunde über die gemachten Erfahrungen zum eigenen Raum in der Natur wurden die Begegnungsräume aus einem Land-Art-Projekt mit Patient*innen aus der Hans-Prinzhorn-Klinik in Hemer und Studierenden der Hochschule für Künste im Sozialen in Ottersberg vorgestellt (Ganter-Argast, Diekmann, Buchmann, Ham & Müller, 2020).



Ortgestaltung einer Teilnehmerin

Kontakt: christiane.Ganter-Argast@hks-ottersberg.de

Literatur

- Andrews, M. (1999). *Landscapes and Western Art*. New York: Oxford University Press.
- Claßen, T. (2016). Empirische Befunde zum Zusammenhang von Landschaft und physischer Gesundheit. In U. Gebhard & T. Kistemann (Hrsg.), *Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften* (S. 71–91). Wiesbaden: Springer VS.
- Felber, U. (2018). *Waldbaden. Das kleine Übungshandbuch für den Wald*. Darmstadt: Schirner.
- Ganter-Argast, C. (2018). Land Art als kunsttherapeutische Methode in der Psychosomatik - ein Bildungsprozess? In H. Duncker, R. Hampe & M. Wigger (Hrsg.), *Kreative Lernfelder. Künstlerische Therapien in Kultur- und Bildungskontexten* (S. 144–156). Freiburg im Breisgau: Alber.
- Ganter-Argast, C., Diekmann, J., Buchmann, S., Ham, S. v. & Müller, M. (2020). Land Art als kunsttherapeutischer Ansatz. In P. Bettzieche & U. Apolte (Hrsg.), *Kaleidoskop kunsttherapeutischer Intervention* (S. 67–78). Lengerich: Papst.
- Gebhard, U. (2016). Natur und Landschaft als Symbolisierungsanlass. In U. Gebhard & T. Kistemann (Hrsg.), *Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften* (S. 151–167). Wiesbaden: Springer VS.
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic Landscapes. *Medical Issues in Light of New Cultural Geography. Social Science and Medicine*, 34(7), 735–746.
- Hénin, M., Joulia, M. & Mengual, F. (2008). Le land'art: une approche thérapeutique groupale à médiation artistique pour les adolescents souffrant de troubles de la personnalité. *L'information psychiatrique*, 84(3), 225–233.
- Huppertz, M. & Schataneck, V. (2015). *Achtsamkeit in der Natur*. Paderborn: Junfermann.
- Jimenez-Alonso, L. (2005). „Projekt Maulwurf“- Landart und Kunsttherapie. *Kunst & Therapie*, 2, 27–36.
- Kaplan, S. (1995). The Restorative Benefits of Nature: Toward an Integrative Framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169–182. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/222305048_The_Restorative_Benefits_of_Nature_Toward_an_Integrative_Framework
- Keßler, W. & Paul, M. (2005). Therapie im Wald-Kunst-Raum. *Kunst & Therapie*, 2, 16–26.



- Kirchner, C. & Kirschenmann J. (1997). Ästhetische Zugänge zur Natur. Kunst und Unterricht, 215, 22–34.
- Kistemann, T. & Claßen, T. (2012). Therapeutische Landschaften – Schlüsselkonzept einer post-medizinischen Geographie der Gesundheit. Berichte zur deutschen Landeskunde, 86(2), 109–124.
- Leavitt, T. W. (1970). Foreword. In Andrew Dickson White Museum of Art (Hrsg.), Earth Art (S. 1–4). Ithaca, New York: Cornell University.
- Petzold, H. G. (o. J.). Grüne Texte. Verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/>
- Schmid, K. (2019). Eingriff statt Darstellung. Kunstzeitung, (272), 7–11.
- Schramm, S. (2014). Land Art. Ortskonzepte und mediale Vermittlung. Zwischen Site und Non-Site. Berlin: Reimer.
- Schum, G. (1969). Land Art, SFB.
- Völker, S. (2016). Empirische Befunde zum Zusammenhang von Landschaft und mentaler Gesundheit. In U. Gebhard & T. Kistemann (Hrsg.), Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften (94-10). Wiesbaden: Springer VS.
- Werkner, P. (1992). Land Art USA. Von den Ursprüngen zu den Großraumprojekten in der Wüste. München: Prestel.

Tagungsimpressionen





Pflanzenfarben als Bindeglied zwischen dem natürlichen Außenraum und dem kreativen, künstlerischen Werk



Saskia Stülpnagel

Kunsttherapeutin B.A., Köln

In diesem Workshop beschäftigen wir uns mit dem Sammeln von Pflanzen und stellen daraus Farben zum Malen her. Vor unseren Augen, draußen in der Natur, wachsen Farben in Hülle und Fülle. Jede Pflanze enthält Farbstoffe, manchmal ganz unterschiedliche. So können in den Wurzeln andere Farbstoffe sein als in den Blättern und in den Blüten. Auch kann die Blüte einer Blume eine bestimmte Farbe haben, aber man entlockt ihr im Herstellungsprozess eine ganz andere. Oder die Farben verändern sich im Malprozess oder durch die Zugabe verschiedener Substanzen. All diese Dinge wollen wir in diesem Workshop ganz praktisch und aktiv herausfinden. Pflanzenfarben herzustellen bedeutet etwas Arbeit und Geduld, doch man wird mit wunderschönen zarten und kräftigen Farben belohnt. Auf diese Entdeckungsreise begeben wir uns gemeinsam. Grundsätzlich werden Pflanzenfarben schonend und umweltfreundlich aus nachwachsenden Rohstoffen

hergestellt. Somit haben wir im Ergebnis eine umweltfreundliche Farbe, die damit dem Nachhaltigkeitsgedanken Rechnung trägt.

Die Herstellung von Pflanzenfarben ist eine sehr prozessorientierte Methode. Man durchläuft diese Entwicklung von der Pflanze, so wie sie draußen wächst, über die Farbherstellung bis zum fertigen Werk. Es ist ein einheitlicher und umfassender Prozess, der viele Möglichkeiten bietet und viele Überraschungen bereithält. Er macht in erster Linie Spaß und kann sehr anregend sein. Andererseits ist es ein sehr ergebnisoffener Vorgang, denn die Farbergebnisse lassen sich nicht immer steuern. Es erfordert eine gewisse Hingabe sowie Vertrauen in das Material und es kann manchmal frustrierend sein, wenn nicht alles so klappt, wie es der eigenen Vorstellung entspricht. Hier gilt es, sich überraschen zu lassen, zu experimentieren und neue Wege zu gehen. Aus



diesem Grund ist es eine schöne Technik, um mit Kindern zu arbeiten. Die Herstellung der Pflanzenfarbe sowie die Farben selbst scheinen ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten zu folgen und sich zu verändern. Sie entziehen sich so der umfassenden Kontrolle der Kunstschaffenden und Betrachtenden. In diesem offenen Prozess liegen auch der Reiz der Farben und ein wichtiger therapeutischer Moment. Denn es braucht ein gewisses Vertrauen, sich diesem wandelbaren Vorgang hinzugeben und auf das Ergebnis einzulassen.

Pflanzen sprechen unsere Sinne auf allen Ebenen an: Wir können sie riechen, sehen, schmecken, fühlen, ertasten, hören, ihr Werden und Vergehen verfolgen; wir spüren die Kühle des Grases am Morgen und die Wärme der Baumrinde am Mittag. Pflanzen regen unser Erinnerungsvermögen und unsere Fantasie an, sie sind unsere Nahrungsgrundlage, dienen der Dekoration und haben einen hohen Symbolcharakter. Rote Rosen sind das Symbol für die Liebe, beim Vergissmeinnicht zeigt schon der Name die Bedeutung und der Baum symbolisiert das Leben. Pflanzen haben als Heilkräuter eine grundlegende und wichtige Bedeutung in der Medizin und finden ihren festen Platz

in verschiedenen Therapieformen wie der Gartentherapie und der Kunsttherapie.

„Es wird kaum einen Haushalt geben, der keine Zimmerpflanzen besitzt. Blumen werden verschenkt, um Freude, Liebe und Anteilnahme auszudrücken. Gärten haben eine kaum zu unterschätzende Bedeutung – und zwar sowohl im pragmatischen als auch im symbolischen Sinne. [...] Nun ist auch bei Erwachsenen die Vorliebe für Pflanzen nicht etwa gleichzusetzen mit einem Interesse für Botanik. Vielmehr vermitteln (symbolisch) Blumen oft ein Gefühl von Leben und Schönheit, was nicht unwesentlich die Anziehungskraft von Pflanzen ausmachen dürfte. [...] Der Gedanke, dass Pflanzen und Gärten einen heilsamen Effekt auf die Psyche auch von Kindern haben, wird im Übrigen in Kinderheimen und therapeutischen Einrichtungen seit langem genutzt.“ (Gebhard, 2013, S. 204–205)

Pflanzenfarben stellen, wie Pflanzen auch, eine unmittelbare Verbindung zum Naturerleben, zu unserer Umwelt und dem Außenraum her, doch nun kommt noch der Verarbeitungsprozess der Pflanze zur Farbe hinzu. Die Pflanzenfarbe steht sozusagen als Bindeglied zwischen dem



Außenraum, der natürlichen Pflanze, dem inneren, kreativen Prozess und schließlich dem Werk, welches daraus entsteht. In diesem Zusammenhang möchte ich auf Winnicott hinweisen, der einen „intermediären Bereich“ (2006, S. 21) folgendermaßen beschreibt:

„Dieser dritte Bereich des menschlichen Lebens, den wir nicht außer Acht lassen dürfen, ist ein intermediärer Bereich von Erfahrungen, in den in gleicher Weise innere Realität und äußeres Leben einfließen. Es ist der Bereich, der kaum in Frage gestellt wird, weil wir uns zumeist damit begnügen, ihn als eine Sphäre zu betrachten, in der das Individuum ausruhen darf von der lebenslänglichen menschlichen Aufgabe, innere und äußere Realität voneinander getrennt und doch in wechselseitiger Verbindung zu halten.“ (Winnicott, 2006, S. 11)

Bedenkt man dieses Spannungsfeld, in dem der Mensch lebt, so wird deutlich, welche Bedeutung der von Winnicott genannte „intermediäre Bereich“ (2006, S. 21) hat, in dem es dem Menschen erlaubt ist sich auszuruhen, aber auch die äußeren Einflüsse mit dem eigenen Innenleben zu verarbeiten und zu integrieren.

Des Weiteren möchte ich mich auf Herbert Renz-Polster und Gerald Hüther beziehen, die in ihrem Buch *Wie Kinder heute wachsen* (Renz-Polster & Hüther, 2013) sich mit der Natur als Entwicklungsraum beschäftigen. Sie haben beschrieben, wofür Kinder Umwelten brauchen (Renz-Polster & Hüther, 2013, S. 61), und diese Kriterien möchte ich auf den Herstellungsprozess und die Anwendung von Pflanzenfarben übertragen:

- Naturerfahrungen durch Pflanzenfarben bieten einen Raum, um selbst wirksam sein zu können, und dieser Raum ist frei und individuell zu gestalten.

- Sie bieten die Möglichkeit, sich selbst organisieren zu können und gemeinsam etwas zu erforschen und zu bewegen. Hier kann Aktivität und Aufmerksamkeit selbst reguliert werden.
- Das Arbeiten mit Pflanzenfarben spricht die Sinne an und ist somit unmittelbar und vielschichtig erlebbar.
- Durch die Möglichkeit der „Selbstaneignung“ (Renz-Polster & Hüther, 2013, S. 61) können Bindungen entstehen, z.B. an den Ort, den Garten, an das Werk, die Gruppe und vieles mehr, und zu einer Heimat oder einem geschützten Ort werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Freiheit und dieser Aspekt findet sich sowohl im Naturerleben als auch im kreativen, künstlerischen Prozess wieder. Das Arbeiten mit Pflanzenfarben bedeutet beides: Die Hinwendung zur Natur sowie den freien, kreativen und künstlerischen Gestaltungsprozess.

Pflanzenfarben können mit einfachen Mitteln und in vielen Räumlichkeiten hergestellt und verarbeitet werden, z.B. am Küchentisch, im Klassenraum, im Atelier oder im Kindergarten. Schön ist es, wenn man einen Färbegarten zur Verfügung hat, notwendig ist es allerdings nicht, denn wie oben schon beschrieben umgeben uns Pflanzen im Alltag überall. So sind z.B. die Blüten der Geranie als verbreitete Balkonpflanze eine wunderschöne und intensive Färbepflanze. Auch ein Blick in die eigene Küche lohnt sich. Hier gibt es Gewürze, Tees und Gemüse (z.B. Rotkohl), die vortrefflich färben. Allerdings braucht der Herstellungsprozess viel Zeit, die eingeplant werden sollte. Positiv ausgedrückt bietet dieser Prozess Raum für Entschleunigung und Entwicklung sowie die Möglichkeit, ganz in die Tätigkeit einzutauchen. Der Zeitaspekt spielt über das fertige Werk hinaus



noch eine wichtige Rolle, denn Pflanzenfarben sind in der Regel nicht lichtecht. Sie können sich sowohl beim Auftragen auf das Papier wie beim Trocknungsvorgang und vor allem auch danach noch verändern. Sie reagieren auf ihre Umwelt und sind in gewisser Weise vergänglich. Diesen Prozess kann man bewusst verfolgen, indem man z.B. den Veränderungsprozess eines Pflanzenfarbenbildes über einen längeren Zeitraum genau beobachtet.

Pflanzenfarben, so wie wir sie in diesem Workshop herstellen, sind für die Natur unbedenklich und schonend. Allerdings ist es wichtig die Zielgruppe, mit der man arbeiten möchte, zu kennen, um gewisse Vorkehrungen zu treffen. So sind einige schöne Färberpflanzen sehr giftig und dürfen auf keinen Fall gegessen werden. Andere Pflanzen können Allergien, Hautreizungen und Heuschnupfen hervorrufen. Hierbei ist Vorsicht geboten. Auch Menschen mit körperlichen Einschränkungen, z.B. Spastiken, bringen vielleicht nicht die Kraft oder Koordinationsfähigkeiten auf, um die Pflanzen zu mörsern. Dann muss Hilfestellung gegeben oder

die Pflanzen müssen entsprechend vorbereitet werden. Fruchteees, Kaffee, Kurkuma und andere Gewürze können z.B. eine Alternative sein. Die gemeinsame Farbherstellung kann in der Gruppe ein Gewinn sein, da soziale Prozesse und ein Austausch zustande kommen. Es kann aber auch eine Überforderung für den Einzelnen darstellen, zum einen durch die Fülle des Materials, zum anderen durch die Lautstärke. Hierbei muss das Setting gut vorbereitet und das Material evtl. begrenzt werden.

Ziel dieses Workshops ist es, dass die Teilnehmenden diesen ganzheitlichen Prozess erleben, angefangen beim Pflanzensammeln auf dem Klinikgelände über das manuelle Herstellen der Farbe mit Mörsern und Zusätzen wie Zitrone, Natron und Alaun bis hin zum Anlegen von Probestafeln der Farben und Beschriftungen, um später nachvollziehen zu können, wie die einzelnen Farben entstanden sind. In der Abschlussrunde wird das Erlebte reflektiert und mögliche Anwendungsmöglichkeiten in den einzelnen Arbeitsfeldern der Kunsttherapie angesprochen.

Literatur

Gebhard, U. (2013). Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Renz-Polster, H. & Hüther, G. (2013). Wie Kinder heute wachsen. Natur als Entwicklungsraum. Ein neuer Blick auf das kindliche Lernen, Denken und Fühlen. Weinheim: Beltz.

Winnicott, D. W. (2006). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.



Perspektivenwechsel mit inneren und äußeren Räumen in der Theatertherapie



Prof. Johannes Junker

Dipl.-Dramatherapeut (NL), Philosoph, Studiendekan für Theatertherapie,
Professur an der Hochschule für Wirtschaft und Umwelt, Nürtingen-Geislingen

Verlaufsbeschreibung

Der Workshop hatte 32 Teilnehmer*innen und ein schlafendes Baby im Kinderwagen in einem Raum, in dem sich alle nahe aneinander in einen Kreis stellen können, ohne sich jedoch zu berühren.

Willkommen im Raum mit mir selbst und den anderen

Alle Teilnehmer*innen werden gebeten, einen Kreis zu bilden, die Füße hüftbreit und parallel zueinander zu stellen, die Knie entspannt zu lassen und nach ihrem eigenen Gefühl gerade zu stehen: „Ein Draht geht durch Ihren Körper, der genau in der Mitte Ihres Schädels herauskommt und an dem von oben gezogen wird, so als wären Sie die Puppe einer Puppenspielerin. Ziehen Sie so stark am Seil, dass Sie etwas unnatürlich geradestehen, und lassen Sie nun wieder etwas los. Fühlen Sie bitte den Unterschied zu der Position, wie sie vor dem Ziehen am Draht war. Nun stellen Sie sich vor, dass der Draht durch

Ihren Körper an der Unterseite, genau zwischen Ihren Beinen, durchgeht, und er nach unten gezogen wird, sodass Sie eine Schwere fühlen können. Gleichzeitig ziehen Sie nun bitte auch diesen nach oben, damit Sie sich immer länger gestreckt fühlen. Nun loten Sie beide Zustände so aus, bis Sie das Gefühl haben gerade zu stehen. Imaginieren Sie einen Draht, der durch Ihren Solarplexus in den Raum vor Sie geht, und ziehen Sie daran, sodass Sie ein leichtes Übergewicht nach vorne haben, ohne nach vorne zu fallen. Lassen Sie diesen nun wieder los, damit Sie gut die beiden unterschiedlichen Haltungen fühlen können. Stellen Sie sich nun vor, dass dieser Draht in der Höhe Ihres Solarplexus nach hinten hinausgeht. Ziehen Sie nun auch an diesem, bis Sie ein leichtes Übergewicht nach hinten bekommen, und lassen Sie ihn wieder los, sodass Sie den Unterschied nachempfinden können. Nun spielen Sie bitte mit diesen vier Drahtausgängen, damit Sie in eine gleichmäßige



Bewegung nach vorne, hinten, oben und unten kommen. Lassen Sie es schwingen, ohne aus dem Gleichgewicht zu gelangen, bis Sie das Gefühl haben, in einer für Sie natürlichen und geraden Haltung zu stehen.“

Name mit Bewegung

Alle stehen im Kreis. Die Teilnehmer*innen werden gebeten, nacheinander ihren Namen melodisch oder singend mit einer Bewegung vorzutragen.

Gehen im Raum

Alle werden gebeten, im Raum kreuz und quer im eigenen Tempo zu gehen. Alle nun folgenden Aufträge werden gehend ausgeführt. Erhöhen des Tempos, sodass niemand oder etwas berührt wird, bis sehr langsames Gehen. Gehen und bewusstes Wahrnehmen des Raumes und der Gegenstände, die sich im Raum befinden, sowie wahrnehmen, was sich außerhalb des Raumes befindet. Wahrnehmen der anderen Personen, die sich im Raum befinden, wahrnehmen der Augenfarbe der Person, der man gerade begegnet, ohne dabei stehen zu bleiben. Abschließendes Gehen im nun für sich in dieser Situation passendem Tempo.

Nun werden die Teilnehmer*innen gebeten, sich nach Berufsgruppen im Raum zu gruppieren (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theater-, Ergo-, Physiotherapeut*innen und Sonstige). Nach der geographischen Verteilung des derzeitigen Arbeitsortes und einem kurzen Raumlaf werden die Teilnehmer*innen darum gebeten, sich jeweils zu den folgenden Zahlen zu gruppieren: drei, fünf, sechs, eins, vier, zwei. Diese Gruppen bleiben nun für die folgenden Übungen zusammen.

Wetterhäuschen – Übungen

Zuerst wird die Idee des Schwarzwälder Wetterhäuschens erläutert. Es stehen zwei Figuren in einem Häuschen. Je nach Wetterlage dreht sich die Figur zur Öffnung des Häuschens, dessen Großwetterlage vorherrscht. Dann überlegen sich die je zusammengefundenen Paare eine Emotion oder Stimmung und die dazugehörige Gegenseite, wie Freude und Trauer, gut gelaunt und schlecht gelaunt etc. Im Anschluss stellen sie sich Rücken an Rücken, haken sich mit den Armen ein und vereinbaren einen Anfangsmoment. Bei diesem lassen sie von innen heraus dieses Gefühl in ihrem Gesicht und im Körper insgesamt aufsteigen und lassen





es sichtbar werden. Dann drehen sie sich wie ein Wetterhäuschen einmal herum, sodass für Zuschauende beide Seiten dieser Emotions- bzw. Stimmungsseiten erkennbar werden. Der Seminarleiter geht zu den einzelnen Paaren, um Fragen zu beantworten oder schlichtweg einen ermutigenden Kommentar zu geben. Danach stellen sich alle in einen großen Kreis auf und jedes Wetterhäuschen-Pärchen zeigt seine kleine Performance. Die Zuschauenden rufen danach den beiden Darsteller*innen einige Beobachtungen zu, solange bis diese ihre gespielten Emotionen bzw. Stimmungen, die sie zeigen wollten, gehört haben. Danach wählt dieses Pärchen die nächsten Spieler*innen aus. Alle Pärchen wollten ihre kleine Performance zeigen.

Textarbeit

Nun werden die gleichen Pärchen darum gebeten, sich pro Partner*in einen Einsatz-Text auszudenken, der einerseits eine Stimmung oder Emotion wiedergibt und andererseits komplementär zueinander passt. Die dem Text zugrundeliegende Emotion oder Stimmung soll sowohl stimmlich als auch körperlich ihren Widerhall in der Präsentation finden. Zur Illustration werden einige Beispiele

ausgetauscht. Die Paare arbeiten nun zehn Minuten für sich, um danach ihr Wetterhäuschen mit Text zu präsentieren.

Wetterhäuschen-Text-Präsentationen

Es wird ein großer Sitzkreis gebildet, in dessen Mitte die Präsentationen gezeigt werden. Dies entspricht dem Zuschauerraum als Atrium, so wie z.B. im Londoner Theater Young Vic. Alle Schauspieler*innen sind jederzeit von allen Seiten zu sehen. Nach jeder Präsentation zeigt der Workshopleiter, wie an dieser Szene weitergearbeitet werden könnte, indem er kurze Kommentare zu den Spielstilen und Regieanweisungen gibt, wie z.B. Verlangsamung, ein höheres Timing, verschiedene Höhenlagen der beiden Spieler*innen oder das Hinzufügen eines Requisits.

Jedes Pärchen wollte präsentieren, da sich ohne Ausnahme wunderbare, witzige, groteske, herzerwärmende, flotte oder tiefgründige Präsentationen vor den Augen der Zuschauer*innen drehten. Zum Schluss gab es einen überwältigenden Applaus für alle Spieler*innen, da keines der Wetterhäuschen dem anderen glich, keines den gleichen Spielstil hatte und viele sehr anmutig oder auch sehr lustig



waren und damit zum Lachen anregten. Somit hatte es ein Zuschauerabenteuer pur gegeben!

Wahrnehmung des inneren Raumes und der Umgebung

Als spielerischer Abschluss werden alle Teilnehmer*innen gebeten, wieder kreuz und quer durch den Raum zu laufen und nun die inneren und äußeren Räume – im Vergleich zu ersten Raumlafübung – wahrzunehmen und für sich selbst nachzugehen, wie sich die Wahrnehmungen verändert haben. Zum Abschluss werden

alle beim Kreuz-und-Querlaufen gebeten, die anderen Teilnehmer*innen noch einmal bewusst wahrzunehmen und sich innerlich für diese Arbeit zu bedanken. Der Workshopleiter bezog sich theoretisch auf die vier Lesungen der beiden vergangenen Morgen, gerade auch die Wirksamkeit dieser künstlerischen Methoden, ohne dass ein reflektierendes Gespräch unbedingt notwendig ist, wie dies z.B. im Vortrag von Sandra Anklam eindrücklich beschrieben worden war. So auch hier: Alle Teilnehmer*innen verabschiedeten sich mit einem kurzen Abschiedswort.

Kunsttherapeutische Möglichkeiten und Prozesse im gebauten Raum



Barbara Wokurka

Dipl.-Ing. Architektin, LVR-Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement in Köln

Basierend auf Wirtschaftlichkeit und Auslastung sind kunsttherapeutische Raumangebote (welche durchschnittlich mit 3–5 m² pro Teilnehmer*in bemessen sind) begrenzt. Diese Räume erinnern nicht an großzügige Ateliers, sondern an Kunst- und Werkräume in Schulen. Kann man dies aufbrechen? Im Workshop galt es unkonventionelle Möglichkeiten auszuloten, um Kunsttherapie im zur Verfügung stehenden Raumangebot und temporär geschaffenen Räumen durchzuführen. Dabei spielen die Techniken und Arbeitsmittel eine ebenso große Rolle wie die Teilnehmer*innen, kunsttherapeutischen Konzepte und Gruppendynamiken.

Teil A – Situation der Therapieräume

Was steht zur Verfügung (Raum)?

Wie sehen die (individuellen) Arbeitsplätze jetzt aus?

Ergebnis Teil A

Die 21 Teilnehmer*innen tauschen sich mit ihren Kolleg*innen über Raumangebote und Arbeitsplätze aus und beschreiben diese anschließend. Ziel des Austausches war das Bewusstmachen der derzeitigen Raumsituation und Bedingungen. Die Teilnehmer*innen berichten anschließend über ihre unterschiedlichen Situationen.

Teil B – Therapeutisches Angebot in diesen Räumen

Es wurden Techniken untersucht, um alternative Möglichkeiten auszuloten und Voraussetzungen deutlich zu machen. Bei den verschiedenen Techniken wird über die dazu nötigen Materialien und Voraussetzungen deutlich, welche von ihnen raumgebunden sind und welche flexibel in der Kunsttherapie eingesetzt werden können: Collage, Zeichnung, Aquarell, Acryl, Pastell, Ton, Stein, Holz, Pappmache, Textil etc. Es wird diskutiert, welche Techniken an Räume gebunden

sind. Die Teilnehmer*innen besprechen in Gruppen ihre Techniken und tragen die Ergebnisse vor. Hierbei sollte deutlich werden, dass die Beschreibung des kunsttherapeutischen Konzeptes klar definiert werden muss, um Raumanforderungen deutlich zu machen und keine Kompromisse eingehen zu müssen (Beispielsweise Keramikarbeiten mit einem Brennofen oder lufttrocknendem Material). Müssen erst einmal Kompromisse gefunden werden, ist es schwer Anforderungen an qualifiziertere Ausstattungen zu stellen und durchzusetzen.

Ergebnis Teil B



Abb. 1: Beispiel Werktherapie mit Ton

Die Kunsttherapie ist ein stark individualisierter Bereich. Hier werden Mittel und Möglichkeiten über die gewählte bildnerische Methode der Therapeut*innen umgesetzt. Im formenden Tun mit Ton liegt die therapeutische Bedeutung für die Patient*innen sich im Prozess des Gestaltens wahrzunehmen. Das archaische Medium bedient darüber hinaus die vier Elemente Erde, Wasser, Luft und Feuer. Um die Umsetzung dieses Gestaltungsprozesses zu gewährleisten, ist das therapeutische Konzept und die daraus abgeleitete Raumanforderung durch die Therapeut*innen zu beschreiben.

Neben dem Werkbereich für Klient*innen sind Lagerflächen für Werkzeuge, Ton und Glasuren, Tonabscheidebecken, Brennofen sowie Lagerregale für die ungeschührten und geschührten Exponate notwendig. Erst durch das Benennen dieser Fakten durch die Kunsttherapeut*innen können Planer*innen die Raumanforderungen ableiten und umsetzen. Ohne diese Nutzungsanalyse und Beschreibung würden weder Tonabscheidebecken eingebaut noch Vorrichtungen für einen Brennofen getroffen.

Teil C – Alternative Arbeitsplatzgestaltung Ideen

Die vorausgegangene Übung wird vertieft, indem der Arbeitsplatz untersucht und weiterentwickelt wird. Im Raum werden Möglichkeiten ausgelotet und Arbeitsbereiche entwickelt, die auch außerhalb des Tisches möglich sind (z.B. Wand, Boden oder Staffelei). Flexible und festgelegte Raumvoraussetzungen werden untersucht und innovative Formen des Angebotes daraus entwickelt (z.B. Aquarellieren im Kirchenschiff, im Grünen oder Hausbesuche). Was ist nötig, um flexibler zu arbeiten (Utensilien, Koffer, Abdeckfolie, Feldstaffelei, Klapphocker)?



Abb. 2: Beispiel Raumvoraussetzungen

Technik	Ort	Möglichkeiten	Utensilien
	Überall		
Beispiel: Aquarell	Kirche	in den Kirchenbänken	Materialkistchen
	Wiese		Angelkiste
			Feldstaffelei
	Hausbesuch	Balkon/Küchentisch	Kosmetiktrolley
	Innenhof		

Ergebnis Teil C

Beispiel Speckstein

Speckstein ist ein geeignetes Material, um gestalterisch zu arbeiten. Da dieses Material geringe Mengen von Asbestfasern enthalten kann, welche beim Schleifen und Feilen freigesetzt und eingeatmet werden können, ist ein Arbeiten im freien Sommeratelier eine Alternative zum geschlossenen Raum. Für diesen temporären Arbeitsplatz sind ein trockener Unterstand (evtl. Zelt) sowie Arbeitsplätze, Specksteine und Werkzeug notwendig. Die Materialien sind leicht zu transportieren und können zwischen den Bearbeitungszeiträumen im Werkraum aufbewahrt werden. Bei einigen Teilnehmer*innen des Workshops bestanden Bedenken bezüglich der Kontaminierung des Bodens durch den Talkstaub. Mir sind hierzu keine besondere Entsorgungs- und Sicherheitsmaßnahmen bekannt. Bei Bedenken kann die örtliche Gewerbeaufsicht hierzu eine Auskunft geben.



Abb. 3: www.langhans-kuenstlermaterial.de

Beispiel Kirche

An allen LVR-Klinikstandorten gibt es Simultankirchen, welche außerhalb der Gottesdienste nicht genutzt werden. Das gab den Anlass, über die Nutzung von Sakralbauten zu diskutieren. Bei den Teilnehmer*innen des Workshops gab es hierzu unterschiedliche Erfahrungen. Eine Therapeutin berichtete, mit einer Patientin einen sehr wertschätzenden Abschluss einer kunsttherapeutischen Arbeit in den Kirchenräumen durchgeführt zu haben. Sie hat mit ihrer innovativen Nutzungsidee ein erweitertes Raumangebot für diese Patientin geschaffen. Entgegengesetzt zu dieser Erfahrung berichtete ein Therapeut, dass durch die Indoktrination der Kirche bei einigen Patient*innen Traumasynndrome gegenüber Sakralgebäuden beständen, welche eine Nutzung dieser ausschließen würde. Wiederum andere Therapeut*innen gaben an, diese Nutzung noch gar nicht erörtert zu haben und die Möglichkeit zukünftig in Erwägung zu ziehen.



Abb. 4: Installation von Jo Pellenz im St. Agnes,

Foto: Jochen Seelhammer

Teil D – Gruppenprozess durch Arbeitsplatzgestaltung

Offene Diskussion

Es wurde diskutiert, ob Blockaden durch freie Arbeitsplatzgestaltung reduziert werden können oder ob das Gegenübersitzen am Tisch auch positive Aspekte hat. Welche Territorien ergeben sich? Und wie wirken sich diese Arbeitsbereiche auf die Teilnehmer*innen (bzw. Patient*innen) im Hinblick auf die Analyse eigener und fremder Arbeiten sowie kognitiver Bedürfnisse aus?

Ergebnis Teil D

Einige Teilnehmer*innen berichten, dass der Tisch von vielen Patient*innen als stabile Position erlebt wird, welcher die Möglichkeit des „sich Festhaltens“ bietet. Die Methode Körperbilder zeichnen erfordert ein Arbeiten am Boden oder an der Wand. Die Patient*innen stellen sich an einer Wand des Therapieraumes auf und lassen Ihre Umrisse nachzeichnen. Alternativ kann dies auf dem Boden erfolgen. Diese Technik macht deutlich,

dass verschiedene kunsttherapeutische Methoden auch unkonventionelle Herangehensweise ermöglichen. Im Workshop zeigte sich, dass die Nutzung eines Raumes sowie die Interaktion in diesem auch immer stark von der individuellen Herangehensweise der Therapeut*innen sowie der Patient*innen abhängig sind.



Abb. 5: Barbara Bach [raum-kunst-atelier.at]



Offener Spielraum in der geschlossenen Station – Musiktherapie in der Akutpsychiatrie



Dr. Eva Terbuyken-Röhm

Musiktherapeutin M.A., LVR-Klinik Viersen

2013 wurde die Musiktherapieabteilung in der Erwachsenenpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen neu aufgebaut. Heute besteht das Team der Musiktherapieabteilung aus vier Musiktherapeutinnen: Meike Höffken, Rahel Jansen, Astrid Körfges und Eva Terbuyken-Röhm. In einem offenen Setting wird seit 2013 eine milieutherapeutische Musiktherapiemethode in der Akutpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen eingesetzt. Das Besondere hieran ist, dass sich das therapeutische Angebot vor allem an akutpsychiatrische Patient*innen richtet, die sonst wenig an anderen therapeutischen Angeboten teilnehmen. Diese Methode wurde zunächst als Versuchsprojekt gestartet, etablierte sich jedoch nach kurzer Zeit, sodass sie heute als fester Bestandteil der Behandlung auf der geschlossenen Akut-Aufnahmestation der LVR-Klinik Viersen integriert ist (Terbuyken-Röhm, 2019b, S. 111ff). Effizienz und therapeutischer Background liegen zum einen in einem

milieutherapeutischen Konzept und zum anderen in einem selbstpsychologischen Behandlungsansatz begründet, welcher eigens für diese Musiktherapiemethode übersetzt wurde (Terbuyken-Röhm, 2019a). Die Methode selbst wurde 2015 bis 2019 im Rahmen der Forschungsarbeit Narzissmus in der Musiktherapie. Der narzisstische Musikgenuss in der Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen (Terbuyken-Röhm, 2019a) untersucht und im Hinblick auf ihre Effizienz als offenes Musiktherapiekonzept für geschlossenen psychiatrischen Akutstationen analysiert. Dafür wurde die Methode zur Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen in Zusammenhang mit Narzissmus in der Musiktherapie gestellt. Bei dieser Untersuchung standen eine eigene Definition von narzisstischem Musikgenuss sowie Beobachtungen von narzisstischem Musikgenuss in diesem Setting als Hauptursache für den Erfolg dieses Konzeptes im Zentrum.



Theoretischer Hintergrund

Den theoretischen Hintergrund bilden die Narzissmustheorie von Heinz Kohut (1995), sein darin beschriebenes Behandlungskonzept, weitere Theorien zum Narzissmus und zur Selbstpsychologie Kohuts (Kohut 1966, 1973, 1977, 1991, 1993; Kohut & Wolf 1980; Siegel, 2000) sowie eine eigene Definition des narzisstischen Musikgenusses, die sich unter anderem sowohl an Kohuts Theorien als auch an Theorien zum Zusammenhang von Musiktherapie und Selbstpsychologie (Tüpker, 2003) orientiert. Zudem findet die bereits beschriebene selbstpsychologische Grundhaltung (Kohut, 1995, S. 203ff; Wolf, 1998, S. 130) als theoretische Basis dieser Musiktherapiemethode Anwendung. Besonderheiten für den Umgang mit akut psychotischen Menschen (Wulff, 2003) prägen zusätzlich diese therapeutische Grundhaltung. Außerdem stellt das milieutherapeutische Arbeiten, so wie es in Soteria-Konzepten (Ciompi, 1989, 1993, 2001) für die Allgemeinpsychiatrie beschrieben wird, einen Baustein für das methodische Vorgehen dar, welches durch das offene Setting in diesem Musiktherapiekonzept realisiert wird. Des Weiteren beeinflussen Theorien zum Spielraum in der Musiktherapie (Loos, 1986; Weymann, 1991) und zum Arbeiten mit therapeutischen Atmosphären (Deuter, 2005; Sonntag, 2005, 2013) dieses Konzept. Demnach gilt hier, dass alles, was in dem offenen Setting der Musiktherapie auf den geschlossenen psychiatrischen Stationen angeboten wird, therapeutisch ist. Das Offizielle der Therapiesituation entfällt und es entsteht ein stressreduzierendes Therapieangebot für akutenpsychiatrische Patient*innen. Auf diese Weise wächst in der geschlossenen Akutstation ein offener Spielraum für die Musiktherapie.

Voraussetzungen des milieutherapeutischen Konzepts

Die Musiktherapie findet an zwei Vormittagen offen im Tagesraum statt, z.B. in einer Sitzecke. Die Therapieeinheiten sind ca. 90 Minuten lang, die die Musiktherapeutin jedoch frei einteilen kann und den Gegebenheiten auf der Station anpasst. Je nach Bedarf kann somit Gruppentherapie oder Einzeltherapie angeboten werden. Wie bereits benannt, richtet sich das Angebot vor allem an akutenpsychiatrische Patient*innen, die wenig an anderen Therapien teilnehmen. Trotz ihres akuten Zustandes wird ihnen eine Teilnahme nach ihren Fähigkeiten ermöglicht. Das bedeutet, dass Patient*innen nach ihren Möglichkeiten kommen und gehen dürfen und weitestgehend frei teilnehmen. Auf diese Weise entsteht immer wieder eine neue Gruppenzusammenstellung und auch eine ganz besondere Therapiesituation. Durch das offene Setting wird zudem die Stimmung der Station direkt in der Musiktherapie spürbar und das Stationsleben wird Teil der Musiktherapie. Genauso wird auch anders herum die Musiktherapie Teil des Stationslebens und färbt ihre Atmosphäre über die Musik.

Arbeitsweisen und musikalische Mittel des Konzepts

Um einen entsprechenden Spielraum zu schaffen, in dem es akutenpsychiatrischen Patient*innen gelingt, möglichst stressfrei an der Musiktherapie teilzunehmen, werden die musikalischen Mittel immer situativ gewählt, den Gegebenheiten auf der Station angepasst und vor allem einfach gestaltet. Freie Improvisation wird dabei wenig dosiert eingesetzt. Vielmehr stehen sehr strukturierte und beruhigende musikalische Elemente im Vordergrund. So werden in diesem Musiktherapieangebot vor allem Lieder gemeinsam gesungen und auf Instrumenten dazu gespielt. Das Singen und Spielen für die Patient*innen mit beruhigenden Impro-

visationen und Klängen bzw. Liedern stellt einen weiteren wichtigen Aspekt der Arbeitsweise dar. Über die Struktur der Liedform können Patient*innen in einem sicheren Rahmen aktiv teilnehmen. Zwischendurch wird frei erzählt. Die Stille zwischen den Liedern ist ebenfalls oft Teil der Musiktherapie.

Zentral steht grundsätzlich ein einfach strukturiertes Angebot in einem offenen Konzept mit viel Spielraum, in dem zum einen flexibel auf die Musikwünsche der Patient*innen eingegangen wird und zum anderen eine feste Struktur mit Spielregeln Sicherheit und Halt bietet.

Für die Musikwünsche der Patient*innen werden verschiedene Instrumente, insbesondere kleine Perkussioninstrumente, Trommeln, Glockenspiele, Kalimba, Gitarre oder ähnliches, sowie sorgfältig zusammengestellte Liederbücher angeboten. Die Liederwünsche werden grundsätzlich respektiert und wertschätzend behandelt. Auf diese Weise soll auch ein gegenseitiger Respekt in der Stationsgemeinschaft über die Individualität des Musikgeschmacks vermittelt werden. Ausnahme bilden jedoch Lieder, die im therapeutischen Setting nicht live umsetzbar sind, oder auch zu negativ wirkende Lieder, wie zum Beispiel jene mit zu depressiven, politisch fragwürdigen oder drogenverherrlichenden Texten. Die Auswahl, wann ein Lied ungeeignet ist in diesem Setting, trifft die Musiktherapeutin nach eigenem Ermessen.

Trotz aller Freiheit in der Auswahl der Lieder ist es wichtig, immer strukturiert vorzugehen und einen Spielraum in einem abgesteckten Rahmen anzubieten. So soll über eine Struktur in der Musiktherapie als wichtige Intervention ein Gefühl von Sicherheit, insbesondere für sehr akut kranke Patient*innen, ermöglicht werden. Diese Struktur entsteht zum einen über

Wiedererkennung im Stundenablauf und zum anderen durch Spielregeln und Begrenzungen. Durch diese Struktur wird die Musiktherapiestunde überschaubar und vorhersehbar, was das Gefühl von Sicherheit erhöht und möglichen Stress oder Ängste bei der Teilnahme reduziert. Dies wiederum stellt einen Gegenpol zur sonstigen Flexibilität und Freiheit bei der Teilnahme in diesem Konzept dar. Erst durch die richtige Balance zwischen Freiraum und Begrenzung entsteht ein Spielraum in dieser Musiktherapie. Vielen akut kranken Patient*innen ist es jedoch noch nicht möglich, ein Lied mitzusingen oder sogar auf einem Instrument dazu zu spielen. Doch allein durch das Auswählen eines Liedes oder das Mitlesen des Liedtextes kann ihnen schon eine stressfreie Teilnahme an der Musiktherapie ermöglicht werden.

Freies Instrumentalspiel besteht in erster Linie aus einem Explorieren der Instrumente. Das Instrumentalspiel zu den gesungenen Liedern hingegen führt oftmals zu einem musikalischen Miteinander. Wichtigste Spielregel in diesem offenen Setting ist, dass das Singen und Spielen angemessen und die Leitung der Therapie in der Hand der Musiktherapeutin bleibt. Wann etwas stört, obliegt dem Ermessen der Musiktherapeutin. Massiv lautes Spielen oder Singen gilt es sofort zu begrenzen, da die Stimmung auf einer Akutstation grundsätzlich etwas sehr Reizbares ist. Aus diesem Grund wird immer Musik, die die Stationsatmosphäre beruhigt, bevorzugt. Außerdem muss die Musiktherapeutin neben der Musik stets wachsam sein und immer das allgemeine Stationsleben beobachten, um jederzeit auf plötzliche Veränderungen im Stationsgeschehen reagieren zu können. Dabei hilft in besonderem Maße, immer Übertragungen wahrzunehmen und in einer guten Verbindung zum eigenen Gefühl in der Therapiesituation zu stehen, z.B. wenn



unangenehme Gefühle spürbar werden. Der ständige Austausch mit dem Team (auch während der Musiktherapiestunde) und den Musiktherapeuten*innen unterstützt zusätzlich die Introspektion und Reflexion zum eigenen therapeutischen Handeln.

Das wichtigste therapeutische Mittel dabei ist eine akzeptierend annehmende und empathisch verstehende therapeutische Grundhaltung, die sich an einer selbstpsychologischen therapeutischen Grundhaltung (Kohut, 1995, S. 203ff; Wolf, 1998, S. 130) orientiert, zusammen mit Containing (Bion, 1992, S. 146), dem Halten und Entgiften der Spannungen und Emotionen der akutpsychiatrischen Patient*innen.

Für die Musiktherapeutin gilt grundsätzlich, viel Gelassenheit, Geduld und Ruhe sowohl mit den Patient*innen als auch im Umgang mit dem Stationsgeschehen und dem Team zu haben, mehr als in anderen Arbeitsbereichen der Psychiatrie. Dies bezieht sich insbesondere auf eine Erwartungshaltung, jede Stunde unbedingt mit vielen Patient*innen Musik machen zu müssen oder jede Stunde neue Lieder anbieten zu müssen. Manchmal wird den ganzen Morgen Musik gemacht, manchmal auch gar nicht wegen einer Krisenintervention auf der Station. Flexi-

bles (Re-)Agieren ist hier stets gefragt. Alles kann und darf sein und allem sollte die Musiktherapeutin mit Gelassenheit und Ruhe begegnen. Diese abwartende Haltung beinhaltet auch, dass die Musiktherapeutin hier keine musikalische Leistung fordert oder die Patient*innen zur Teilnahme auffordert. Eine sanfte Einladung zur Musik, gleich einem Straßenmusiker (Sonntag, 2013, S. 234), sollte Teil der musiktherapeutischen Arbeit sein.

Narzisstischer Musikgenuss

Als therapeutisches Ziel steht ein musikalischer Genussmoment im Vordergrund: Sobald dieser spürbar wird und die Patient*innen sich diesem Genuss hingeben, wird dieser gezielt eingesetzt zum Selbsterleben im Hier und Jetzt, zum Gefühlserleben, zur zwischenmenschlichen Kommunikation, Kontaktaufnahme und Abstimmung, zum Realitätsbezug, zur Aktivierung bei apathischen bzw. Beruhigung bei akut manischen Patient*innen und zum Aufbau einer narzisstischen Übertragung.

Was ist narzisstischer Musikgenuss? Es ist ein Musikgenuss, der dem Selbst dient. Er beinhaltet wohl die kultivierteste Form des Genusses (Terbuyken-Röhm, 2019a, S. 200ff). Hiermit ist demnach keine Trieb- oder Lustbefriedigung gemeint,

sondern Selbstfindung und Selbstbestätigung beim Musikgenuss. Narzisstische Übertragungen, wie sie in Kohuts Theorien definiert werden, werden über die Musik reaktiviert. Im Moment des Musikgenusses erfahren Musikgenießende eine Bestätigung des eigenen Größenselbst. Die Reaktivierung der idealisierten Elternimago zeigt sich in einer Bewunderung für ein musikalisches Vorbild, das für Wohlsein sorgt. Diese Rolle übernimmt meist die Musiktherapeutin.

Zur Untersuchung der Musiktherapie auf geschlossen psychiatrischen Akutstationen

Für die Forschungsarbeit wurden in 105 Falldarstellungen verschiedene Beobachtungen zum narzisstischen Musikgenuss in diesem Setting dokumentiert und anhand des genannten theoretischen Hintergrundes, insbesondere der eigenen Definition von narzisstischem Musikgenuss sowie der Übersetzung des Behandlungsmodells von Kohut für die Musiktherapie, analysiert (Terbuyken-Röhm, 2019a, S. 317 ff). Hierzu wurden zudem Kategorien zusammengestellt, die beschreiben, in welcher genauen Erscheinungsform sich narzisstischer Musikgenuss äußern

kann (Terbuyken-Röhm, 2019a, S. 202). Beobachtungen in Bezug auf Momente des narzisstischen Musikgenusses sind z.B.:

- Genuss wird hörbar an einem lauterem Singen/Spielen der Patient*innen oder Äußerungen wie „das habe ich jetzt gebraucht“ oder „ist das schön“.
- Genuss wird sichtbar durch eine entspannte Mimik und Gestik, motorische Beruhigung, Sitzenbleiben und/oder Augen schließen beim Zuhören.
- Genuss wird verbal deutlich, wenn Patient*innen sich öffnen und von sich erzählen.
- Genuss wird in der Motivation deutlich, wenn Patient*innen Instrumente ausprobieren, Lieder aussuchen oder wenn eine Kooperation unter ihnen entsteht.

In der Analyse dieser Beobachtungen kam es zu folgenden Ergebnissen (Terbuyken-Röhm, 2019a, 317 ff): Durch den narzisstischen Musikgenuss werden Selbstobjektfunktionen reaktiviert. Diese zeigen sich bei akutpsychiatrischen Patient*innen vor allem in einer Verschmelzung mit der Musik. Musikalisch wird dies darin erkennbar, dass das Spiel oder der





Gesang der Patient*innen und der Musiktherapeutin wie eine Stimme klingen oder im Lied mit dem Gesamtklang der Gruppe verschmilzt. Wenn eine Gruppenephorie in der Musiktherapie entsteht im Sinne eines Gruppengrößenselbst, wird dies an einer zunehmenden Dynamik und Intensität der Musik erkennbar. Durch das positive Erleben musikalischer Leistungsfähigkeit wird das Größenselbst des einzelnen bestärkt. Die Reaktivierung der Selbstobjektfunktionen zeigt sich an einem veränderten Verhalten, z.B. dass Patient*innen etwas selbstsicherer alleine vorspielen können und dabei die Aufmerksamkeit der anderen genießen. Besonders auffällig ist, dass akutpsychiatrische Patient*innen feste, musikalische Strukturen wie die Liedform und häufige Wiederholungen in der Musiktherapie, insbesondere ständige Wiederholungen von denselben Liedern, bevorzugen. Auf diese Weise kann ein Gefühl von Sicherheit, das gerade diese Patient*innen brauchen, vermittelt werden. Die Musiktherapeutin übernimmt vor allem die Rolle des musikalischen Vorbildes, das laut theoretischen Hintergrund einem idealisierten Objekt entspricht. Sobietet sie sich dazu an, für ihr musikalisches Können bewundert zu werden. Im Moment des narzisstischen Musikgenusses können die Patient*innen zudem hieran teilhaben (Verschmelzung mit dem idealisierten Objekt). Im musikalischen Spiel für die Patient*innen steht ein Containing zentral.

Erst bei stabilen Patient*innen wird eine Alter-Ego- bzw. Zwillingübertragung musikalisch hörbar. Im gemeinsamen Musizieren entsteht mehr freies, variiertes Spiel, in dem sie einen eigenen Part spielen, der jedoch zunächst noch dem Spiel der Musiktherapeutin sehr ähnelt. Es kann auch zu einem Duettspiel kommen oder die Patient*innen übernehmen einen begleitenden Part in der gemeinsamen Musik. Variation in der

Musik wird auch daran erkennbar, dass Patient*innen neue Instrumente ausprobieren, sich neue Lieder wünschen oder bei Liedwiederholungen langweilen. Bei den Fallanalysen fiel als Besonderheit für die Musiktherapie mit Patient*innen mit einer Schizophrenie auf, dass diese häufig das Gespräch mieden, gerne aber bei der Musik teilnahmen. Kontakt mit akut psychotischen Patient*innen entstand meist nur in der Musik selbst.

Für akut manische Patient*innen erwies sich das offene Musiktherapieangebot auf den geschlossenen psychiatrischen Stationen in einigen Fällen als kontraindiziert. Grund dafür schien hier in der freien Gestaltung des Angebots zu liegen. Grundsätzlich taten sich Eskalationen, Spannungen, Geduld, Durchhaltevermögen und etwas mit den Patient*innen „aussitzen müssen“ sowie Musiktherapie in der Isolation als die großen Herausforderungen und Besonderheiten dieser musiktherapeutischen Arbeit hervor.

Zum Workshop

Neben dem theoretischen Hintergrund und einer Veranschaulichung anhand von Beispielen stand eine praktische Übung mit häufig eingesetzten Liedern im Vordergrund des Workshops. Anhand dieser Lieder wurde verdeutlicht, wie auf Basis des vorgestellten theoretischen Hintergrundes Songs und Lieder in diesem offenen Setting bewusst eingesetzt werden und mit musiktherapeutischen Interventionstechniken verbunden werden. Dies wird besonders durch das Anpassen von Tempo, Dynamik und Phrasierung an die Erlebniswelt der Patient*innen und an der Stationsatmosphäre mit dem gleichzeitigen Beibehalten von Struktur und sicherer Ordnung in der Musik ermöglicht. Die Schwierigkeit des musikalischen Gestaltens liegt dabei darin, das richtige Gleichgewicht zu finden zwischen einem Anpassen an das

emotionale Niveau der Patient*innen und dem Beibehalten einer positiv wirkenden Struktur.

Um ein Gefühl für einen verantwortungsbewussten und sorgfältigen Umgang mit dem Einsatz von Songs und Liedern in diesem offenen Setting zu vermitteln, wurden einige Lieder gemeinsam gesungen und auf Instrumenten dazu gespielt, so wie es in der Musiktherapie auf den geschlossenen psychiatrischen Stationen auch praktiziert wird. Die Teilnehmenden wurden danach angehalten, freie Assoziationen zu notieren und sich in einem Gruppengespräch darüber auszutauschen. Anschließend wurde der Umgang mit Songs in diesem Setting und das Wahrnehmen von eigenen Gefühlen dabei gemeinsam bearbeitet. Zuletzt wurden Ergebnisse von Testgruppen aus der Forschungsarbeit vergleichend dazu vorgestellt.

Literaturverzeichnis

- Bion, W. R. (1992). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ciampi, L. (1989). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung (2., vom Autor bearb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (1993). Die bisherigen Forschungsergebnisse. In E. Aebi, L. Ciampi & H. Hansen (Hrsg.), Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung (S. 180–184). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ciampi, L. (2001). Soteria Bern. Konzeptuelle und empirische Grundlagen, Wirkhypothesen. In L. Ciampi, H. Hoffmann & M. Broccard (Hrsg.), Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet (S. 43–68). Bern: Huber.
- Deuter, M. (2005). Atmosphären. Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. Musiktherapeutische Umschau, 26(3), 222–235.
- Kohut, H. (1966). Formen und Umformungen des Narzißmus. Psyche, 20(8), 561–563.
- Kohut, H. (1973). Narzißmus und narzißtische Wut. Psyche, 27(6), 513–554.
- Kohut, H. (1977). Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In H. Kohut (Hrsg.), Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst (S. 9–35). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1980). Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In U. H. Peters (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 10. Ergebnisse der Medizin, Bd. 2 (S. 667–683). Zürich: Kindler.
- Kohut, H. (1991). Die Heilung des Selbst. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1993). Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1995). Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Loos, G. K. (1986). Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. Stuttgart: Fischer.



- Siegel, A. M. (2000). Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sonntag, J.-P. (2005). Akustische Lebensräume in Hörweite der Musiktherapie. Über das Sonambiente stationärer Betreuung von Menschen mit Demenz. *Musiktherapeutische Umschau*, 26(3), 263–274.
- Sonntag, J.-P. (2013). Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Terbuyken-Röhm, E. (2019a). Narzissmus in der Musiktherapie. Der narzisstische Musikgenuss in der Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen. Münster: Readbox Unipress.
- Terbuyken-Röhm, E. (2019b). Offener Spielraum in der geschlossenen Station. Musiktherapie auf der psychiatrischen Akutstation. In R. Tüpker (Hrsg.), *Spielräume der Musiktherapie* (S. 111–120). Wiesbaden: Reichert.
- Tüpker, R. (2003). Selbstpsychologie und Musiktherapie. In B. Oberhoff (Hrsg.), *Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjekt-funktion der Musik* (S. 99–138). Gießen: Psychosozial.
- Weymann, E. (1991). Spielräume. Zur Wirkungsweise des Improvisierens in der Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Musik und Kommunikation. Dokumentation der Fachtagung Musiktherapie auf den MUSICA-Kongressen Hamburg 1988 und 1990*, Bd. 2 (S. 86–97). Bremen: Eres.
- Wolf, E. S. (1998). Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wulff, E. (2003). Wahnsinnslogik. Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Workshop Mitmachen?!



Beatrix Evers-Grewe

Musiktherapeutin (DMtG), Leitung der Fachtherapeutischen Dienste am LVR-Klinikum Essen, 1. Vorstandsvorsitzende der BAG Künstlerische Therapien.



Anna Raettig

Klinische Gestaltungs-/Kunsttherapeutin, 2. Vorstandsvorsitzende der BAG Künstlerische Therapien in Berlin

Bei den KreativtherapieTagen 2017 hielten Marianne Eberhard-Kaechele und Beatrix Evers-Grewe einen Vortrag (Eberhard-Kaechele & Evers-Grewe, 2018) zur berufspolitischen Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT). Im anschließenden Gespräch gab es von den Tagungsteilnehmer*innen den ausdrücklichen Wunsch nach weiteren Beiträgen zu diesen Fragestellungen. Daraufhin nahmen wir das Thema im neuen Vorstand der BAG KT 2018 wieder auf und hielten bei dem Kunsttherapeutischen Symposium in Nürtingen einen Folgevortrag. Auch hier gab es wieder eine rege Beteiligung und die Bitte, die berufspolitische Arbeit der BAG KT Arbeit für Interessierte noch ‚mitmachbarer‘ vorzustellen. Dies führte uns für die diesjährigen KreativtherapieTage zu dem Workshop Mitmachen?!, von dem wir hier zusammenfassend berichten. Die Idee war, Kolleg*innen mit Interesse an berufspolitischer Arbeit

einen aktuellen Überblick zur Arbeit der BAG KT und zu konkreten Beteiligungsmöglichkeiten zu geben. Im Gespräch mit den Teilnehmer*innen sollten ihre individuellen Kenntnisse und Interessen abgeglichen werden, um so eine konkrete Mitwirkung zu verabreden.

Der Workshop startete mit einer Vorstellungsrunde. In diesem Rahmen wurden die Teilnehmenden von uns gebeten, auch ihr persönliches Interesse an der berufspolitischen Arbeit, das sie in diesen Workshop geführt hatte, zu beschreiben. Die Teilnehmer*innen machten sich kurz bekannt und stellten die Themen vor, die für sie von besonderem Interesse sind. Diese erstreckten sich über ein breit gefächertes Spektrum. Ein Schwerpunkt in der Arbeit der Anwesenden war im Bereich Rehabilitation. Daneben waren u.a. Themen und Berufshintergründe aus den Fachgebieten Kultur und Inklusion, wissenschaftlichem Arbeiten und Evalua-



tion sowie Öffentlichkeitsarbeit vertreten. Anhand einer PowerPoint-Präsentation stellte Frau Evers-Grewe zusammenfassend die Geschichte und Arbeitsweise der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien vor. Sie ging auf Erfahrungswerte und Entwicklungen aus über 20 Jahren berufspolitischer Arbeit ein. Dabei wurden die Themenbereiche deutlich hervorgehoben, in denen wir Mitwirkende und Mitarbeit in der BAG KT besonders dringend suchen.

Chronologisch stand am Anfang der Aktivitäten, schon vor dem Jahr 2000, die erfolgreiche Arbeit an Anträgen zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG-PVA). Diese wichtigen Arbeitsprozesse führten dazu, dass wir heute als Künstlerische Therapien im OPS genannt sind und über Komplexziffern u.a. für Palliativ- und Schmerzmedizin abrechenbar sind. Bis heute fällt hier kontinuierlich Arbeit an. Es werden immer wieder Änderungsanträge zu bestimmten Themen erforderlich, für die Mitarbeit engagierter Kolleg*innen gesucht wird. Sie könnten sich beispielsweise besonders gut in

dem Gebiet einbringen, in dem sie bereits Vorkenntnisse durch ihre Arbeit oder ihre Forschung o.ä. haben.

Nach der guten Erfahrung mit der Zusammenarbeit zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) über alle Fachbereiche der Künstlerischen Therapien hinweg wurde als nächster gemeinsamer Arbeitsschritt die Beteiligung der BAG KT an Konsensprozessen zu Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (kurz: AWMF-Leitlinien) organisiert. Auch in diesem Arbeitsbereich ist die BAG KT weiterhin auf das Engagement von Kolleg*innen angewiesen, die sich bei ihrer praktischen oder wissenschaftlichen Arbeit für Studien in spezifischen Diagnosebereichen engagieren und/oder bereit sind, sich bei Leitlinienprozessen in diesem Bereich einzubringen. Bei näherem Interesse können Sie sich gerne an die BAG KT Geschäftsstelle wenden.

Spätestens seit der Erarbeitung der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) im Jahre 2007 liegen in der BAG KT Erfahrungen mit den Arbeitsvorgängen der Rehabilitation, insbesondere mit der Deutschen Rentenversicherung Bund



(DRV), vor. Auch im Reha-Bereich wird regelmäßig an den Grundlagen der KTL und den Reha-Therapiestandards (RTS) gearbeitet, sodass auch in der Begleitung und Unterstützung dieser Vorgänge eingearbeitete Kolleg*innen immer wieder gesucht werden. Aktuell ist in dem Fachgebiet ein weiteres wichtiges Thema, eine mögliche eigene Reha-Zusatzqualifikation für die Künstlerischen Therapien zu entwickeln. In unserem Workshop gab es Interessent*innen, die sich diesem Aspekt widmen möchten. Insgesamt werden weitere Kolleg*innen für diese Arbeit gesucht, die sich aktiv einbringen können. Ein weiterer Bereich mit einer speziellen Abrechnungsmöglichkeit ist der Fond sexueller Missbrauch, über den auch Künstlerische Therapien finanziert werden können. Sie wurden von Betroffenen als besonders hilfreich beschrieben. Für unseren Berufsstand wäre es sehr wichtig, dass diese Therapien evaluiert werden. Falls Sie in dem Bereich Erfahrungen oder sogar Projektarbeit geleistet oder in Planung haben, möchten wir Sie bitten dies zu berücksichtigen.

Bereits seit 2004 befasst sich die BAG KT durchgängig mit Empfehlungen zu einem Berufsbild. Dabei wurde über die Jahre viel Recherchearbeit geleistet, bei der wir uns unter anderem mit anderen Berufsgesetzen, Regelungen und Berufsbeschreibungen auseinandergesetzt und über Aktualisierungen in der Politik informiert haben. Hier wären als Beispiele u.a. die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Studiengang Ergotherapie, und die Entwicklung zur Regelung der zukünftigen Psychotherapeutenausbildung zu nennen. Wir studierten auch Regelungen in anderen Ländern mit dem Schwerpunkt auf Europa, wie bspw. in der Schweiz, in Österreich oder England, aber auch darüber hinaus in den USA, wo sich die künstlerisch-therapeutischen Berufe schon stärker etablieren konnten. Mit dem

Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) bzw. dem Europäischen Qualitätsrahmen (EQR) fanden wir schließlich ein Instrument für unser erstes Konsenspapier für eine Empfehlung eines Berufsbildes aus der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien. Dies versteht sich als Grundlage für die Formulierung eines übergeordneten Berufsbildes Künstlerische Therapeutin/ Künstlerischer Therapeut. Das Ziel ist für uns die Qualitätssicherung der künstlerisch-therapeutischen Praxis auf der Basis eines umfassenden und zeitgemäßen fachbereichsübergreifenden Kompetenzerwerbs. Diese Inhalte wurden in der Arbeitsgruppe Berufsbild im Rahmen der BAG KT entwickelt. Die Alleinstellungsmerkmale, die eine eigenständige Berufsregelung erfordern, mit Abgrenzungen zu ähnlichen Berufen, aber auch einer Anlehnung an bereits vorhandene Instrumente und Cluster, waren uns in der Entscheidungsfindung ein großes Anliegen und wurden manifestiert, indem wir uns von verschiedenen Seiten Beratungen einholten, bevor im vergangenen Jahr unser Arbeitspapier auf der Website der BAG KT veröffentlicht wurde.

Im März 2020 findet auf der Basis des aktuellen Berufsbildentwurfs ein Strategieworkshop mit Vertreter*innen aller in der BAG KT vertretenen Fachverbände und der von ihnen anerkannten Ausbildungen zur Erarbeitung berufsrechtlicher Regelungen statt. Auch in diesem Arbeitsprozess sind wir auf die Unterstützung durch interessierte Kolleg*innen angewiesen.

Ein weiteres Arbeitsfeld, für das uns aktuell Ressourcen fehlen, ist die grundlegende Öffentlichkeitsarbeit für die BAG KT, in die auch die Weiterentwicklung der Website fällt.

Aktuell engagieren wir uns auch mit einem Projekt zur Vernetzung von gesundheitsfördernder Kulturarbeit, das noch bis



März 2020 läuft und anschließend in einem neuen Projekt weitergeführt werden soll. Die Vernetzung und Bekanntmachung von Möglichkeiten der Partizipation und Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich der Kultur ist uns ein wichtiges Anliegen. Für die aktuelle Arbeit und für die Weiterarbeit in dem geplanten neuen Projekt ist jede Form der Mitwirkung sehr erwünscht.

Neben der direkten Arbeit innerhalb und für die BAG KT ist die Kooperation mit anderen Organisationen sehr wichtig und zwingend für die fortschreitende Vernetzung im Gesundheitssektor erforderlich. Hier sind ebenfalls Kolleg*innen gesucht, die sich z.B. im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, im Referat Gesundheitsfachberufe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), in der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien (WFKT) sowie im Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes (NGBR) engagieren möchten. Die BAG KT arbeitet in jeder dieser Fachgesellschaften aktiv mit und ist an der Verstärkung der jeweiligen Teams bzw. der Unterstützung einzelner, dort mitwirkender Personen interessiert, um langfristig die vielfältigen Arbeitsbereiche insgesamt besser abdecken zu können.

Wir möchten den am Workshop beteiligten Kolleg*innen ganz herzlich für ihr Interesse und ihre Teilnahme danken. Wir freuen uns auf die geplante gemeinsame Arbeit in den im Workshop thematisierten Arbeitsbereichen, die wir in weiteren Gesprächen und Treffen vertiefen und adressieren möchten. Allen Kolleg*innen, deren Interesse über diesen zusammen-

fassenden Bericht geweckt wurde und denen die Vielfalt und die Wichtigkeit unserer Arbeit für eine gesicherte und etablierte Zukunft im Gesundheitssystem am Herzen liegt, beantworten wir gerne weitere Fragen. Jederzeit können Sie auch über die Website der BAG KT bzw. die Adresse info@bagkt.de Kontakt zu uns aufnehmen. Falls Sie an eine aktive Mitwirkung denken, werden wir immer eine Möglichkeit finden, Sie bei unseren vielfältigen Arbeitsfeldern aktiv zu integrieren. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

Beatrix Evers-Grewe
Anna Raettig

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus. Verfügbar unter <http://www.bag-pva.de/>

Deutsche Rentenversicherung. Verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html

Rechtsinformationssystem des Bundes. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005868>

British Association of Art Therapists. Verfügbar unter <https://www.baart.org/>

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien. Verfügbar unter <https://bagkt.de/wordpress/>

American Art Therapy Association. Verfügbar unter <https://arttherapy.org/>

Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes e.V. Verfügbar unter www.nationalergesundheitsberufat.de/

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. Verfügbar unter <http://wfkt.de/>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Sektion Künstlerische Therapien. Verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/sektion-kuenstlerische-berufe.html>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. Referat Gesundheitsfachberufe. Verfügbar unter <https://www.dgppn.de/die-dgppn/referate/gesundheitsfachberufe.html>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS). Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/>

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin. Arbeitsgruppe Künstlerische Therapien. Verfügbar unter <https://www.dkpm.de/de/forschung/ag/kuenstlerische-therapien.php?thisID=54>

Eberhard-Kaechele, M. & Evers-Grewe, B. (2018). Reisebericht der Bundearbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien. In LVR (Hrsg.), *KreativtherapieTage 2017. Ihre Route wird neu berechnet. Kreativtherapie im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Beziehung* (S. 29–43). Köln: LVR.

Organisation der Arbeitswelt für Kunsttherapie. Arte Cura. Verfügbar unter <https://www.artecura.ch/downloads.php>



Abendveranstaltung Tagungsimpressionen





Posterpräsentationen der KreativtherapieTage 2019

Innere Räume in der Kunsttherapie

Der Einfluss künstlerischer Aktivitäten auf die Emotionsregulation (ein narrativer Review)

Dr. Renate Oepen

Land Art als kunsttherapeutische Methode in der Psychosomatik

Prof. Dr. Ch. Ganter-Argast

Der Life/Art Process im Spiegel von Leibphänomenologie und Psychoanalyse

Exzerpte aus „Tanz auf dem Es“ – zu Körper- und Kreativtherapien in der psychodynamischen Psychotherapie

Sonja Seng M.A.,RMT, ISMETA

„Das Potenzial negative Bilder in sich zu bergen“

Kunsttherapie in der multimodalen Behandlung mit systematischer Bildanalyse

Yuko Miyata M.A.

PAINT

Preventive Art Intervention Therapy in geriatric patients

Johanna Masuch

Erst improvisationen in der Musiktherapie mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Rahel Jansen



Innere Räume in der Kunsttherapie – der Einfluss künstlerischer Aktivitäten auf die Emotionsregulation –



Dr. Renate Oepen

Innere Räume in der Kunsttherapie

- der Einfluss künstlerischer Aktivitäten auf die Emotionsregulation – (ein narrativer Review)

Renate Oepen & Harald Gruber, Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alter

Highlights

Positive **Kurzzeitstimmungsverbesserung** durch künstlerische Aktivität
Effektivere Stimmungsverbesserung bei Einsatz einer künstlerischen Aktivität im Vergleich zu anderen Aktivitäten
 Strategie der **Aufmerksamkeitslenkung auf positive bzw. neutrale Sachverhalte** effektiver als die Anwendung einer reaktiven, emotionsintensivierenden Strategie
 Einfluss der **Wahl der künstlerischen Technik** und der **Art der Instruktion** auf den Grad der Emotionsregulation

Hintergrund

In der Psychotherapieforschung existiert eine breite empirische Basis darüber, dass eine effektive Emotionsregulation mit psychischer Gesundheit, sozialer Einbettung und beruflicher Zufriedenheit assoziiert ist. Zahlreiche psychische Störungen, z. B. Depressionen, Substanzmissbrauch, beinhalten Symptome einer maladaptiven Emotionsregulation.

In der kunsttherapeutischen Literatur und Praxis wird übereinstimmend aufgezeigt, dass ein bedeutender Teil der kunsttherapeutischen Arbeit auf die Veränderung von Emotionen fokussiert. Trotz dieser hohen Bedeutung wurde bisher wenig Aufmerksamkeit darauf verwendet, kunsttherapeutische Studien zum Einfluss künstlerischer Aktivitäten auf die Regulation von Emotionen zu entwickeln.

Ziele der Übersichtsarbeit

- Identifikation und Analyse von Studien, die den Einfluss künstlerischer Aktivitäten auf die Veränderung von Emotionen untersuchten, Regulationsstrategien und deren Effekte aufzeigten
- Generierung grundlegender Aspekte für die weitere kunsttherapeutische Forschung in diesem bedeutenden Feld

Methoden

Umfangreiche Datenbankrecherche:

Zeitraum: 1933 – 2015
 Suchbegriffe: „art therapy“ und „mood“
 Treffer: 442
 Psyn dex (49), PsycINFO (315), Medline (107), PsycARTICLES (7)

Eingeschlossene Studien: n = 10
 Einschluss-Kriterien: nach PICOS

Einschlusskriterien:

- Gesunde Erwachsene
- Intervention mit künstlerischer bzw. kunsttherapeutischer Aktivität (Bildende Kunst) unter Anwendung einer Emotionsregulationsstrategie oder mit dem Ziel einer Emotionsveränderung

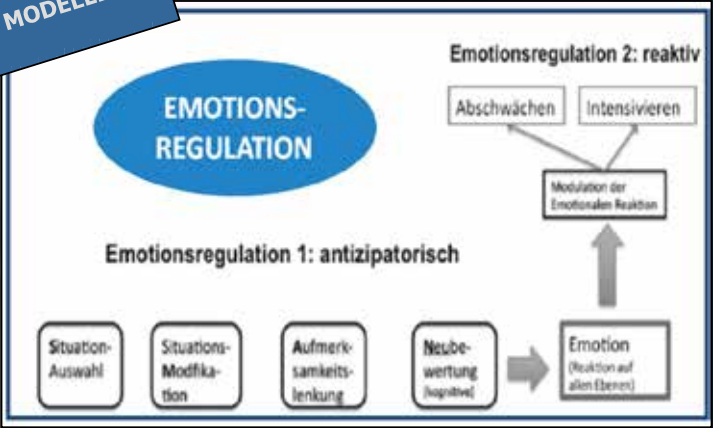
Ausblick

- Verstärkter Einbezug psychologischer Studien und psychologischer Modelle zu Emotionsregulation in die kunsttherapeutische Forschung
- Untersuchung der Effekte unterschiedlicher künstlerischer Materialien und unterschiedlich fokussierender Anweisungen auf den Grad der Emotionsveränderung
- Verstärkter Einbezug der Untersuchung geschlechts- alters- und störungsspezifischer Unterschiede

BEGRIFF



MODELLE



Literatur

Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations . In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 3-24). New York: Guilford Press.

Gruber, H. & Oepen, R. (2018): Emotion Regulation Strategies and Effects within Art-Making: A Narrative Synthesis. The Arts in Psychotherapy 59, 65-74.

Oepen, R. & Gruber, H. (2019): Mit positiven Emotionen zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden– ein kunsttherapeutisches Interventionskonzept zur Unterstützung belasteter Lehrer. Arts Therapies, Zeitschrift der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien.

Webb, T. L, Miles, E. & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. Psychological Bulletin, 138, 775–808.

Wilkinson, R. A. & Chilton, G. (2013). Positive Art Therapy: Linking Positive Psychology to Art Therapy Theory, Practice, and Research. Art Therapy, 30, 4–11.

Kontakt

Dr. rer. medic. Renate Oepen
 M.A. Kunsttherapie
 Wissenschaftliche Mitarbeiterin
 renete.oepen@alanus.edu

ALANUS HOCHSCHULE FÜR KUNST UND GESELLSCHAFT



Land Art als kunsttherapeutische Methode in der Psychosomatik



Prof. Dr. Christiane Ganter-Argast

Land Art als kunsttherapeutische Methode in der Psychosomatik

Ch. Ganter-Argast¹ ²

¹ Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

² Hochschule für Künste im Sozialen Ottersberg, Studiengang Kunst im Sozialen, Kunsttherapie

Hintergrund:

- Land Art (Landschaftskunst) ist eine Ende der 60er Jahre in den USA entstandene Kunstströmung der Bildenden Kunst. Von Land Art spricht man bei KünstlerInnen, die sowohl in der Natur als auch im öffentlichen Raum oder für Ausstellungen mit Naturmaterialien arbeiten, Hilfsmittel benutzen und in der Wahl ihrer Materialien offen sind (Werkner, 1992).
- Land Art als kunsttherapeutischen Ansatz im klinischen Setting anzubieten ist noch kaum verbreitet, ebenso gibt es bisher nur sehr wenige Veröffentlichungen zum Thema Land Art und Kunsttherapie (Keßler, 2005; Jiminez-Alonso, 2005; Henin 2008, Petzold, 2015; Ganter-Argast 2018).
- **Fragestellung:** Inwieweit kann Land Art als kunsttherapeutische Methode bei PatientInnen im Rahmen von psychosomatischen Behandlungskonzepten eingesetzt werden? Welche spezifischen Erlebensaspekte und Erfahrungsqualitäten können hier therapeutisch genutzt werden und für die PatientInnen hilfreich sein?

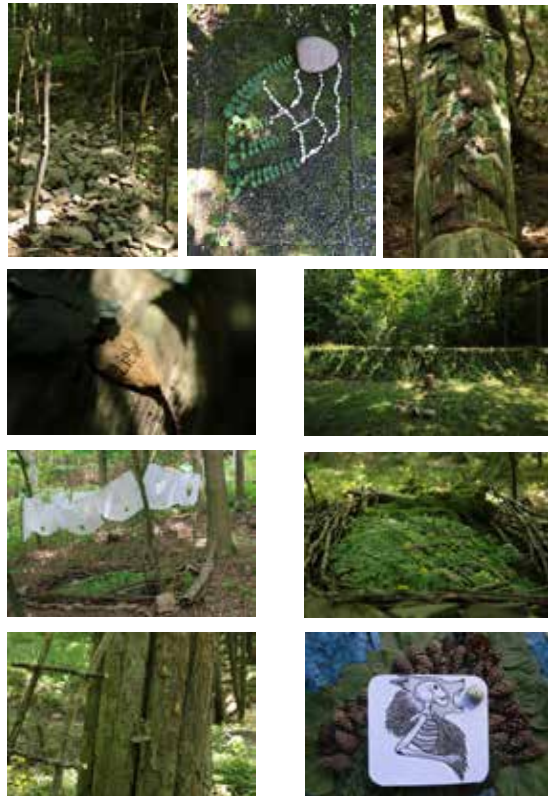
Ergebnisse:

Folgende Erlebensaspekte wurden deutlich:

- *Es ist eine Reise in die Außenwelt*
→ *konfrontiert mit der Realität (Wetter)*
- *Fördert Sinnesempfindungen und die körperliche Wahrnehmung im Hier und Jetzt*
→ *Eigene Bedürfnisse und Kindheitserinnerungen werden wachgerufen*
- *Der Land Art Ort ist ein alternativer Ort zur Klinik*
→ *Distanzierung vom PatientInnen-Sein*
→ *gesunde Anteile werden gefördert und erlebt*
- *Der Land Art Ort ist Entstehungsort und Ausstellungsort zugleich*
→ *seinen eigenen Platz finden*
→ *Schutzraum und Abgrenzung aktiv gestalten*
- *Natur wird mit Vielfalt wahrgenommen*
→ *eigene (Schönheits-)ideale werden hinterfragt*
- *Die Vergänglichkeit des Materials und des Werkes wird miterlebt*
→ *existenzielle Themen werden verstärkt aufgegriffen*
- *Stärke und Ruhe der Natur*
→ *als Kraftquelle wahrgenommen und wiederentdeckt*
- *Natürliche Ästhetik der Naturmaterialien*
→ *erleichtert den gestalterischen Schaffensprozess*

Methodik:

- Der Land Art Ansatz beinhaltet eine Achtsamkeitsübung in der Natur, danach folgt eine Gestaltungsphase in und mit der Natur/ Landschaft oder nur mit Naturmaterialien im Kunsttherapieraum. Es gibt hierfür eine themengeleitete Anleitung oder es wird non- direktiv gearbeitet¹.
- Von n = 14 PatientInnen wurden kunsttherapeutische Behandlungsverläufe anhand einer Teilnehmenden Beobachtung narrativ aufbereitet.
- Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) werden die spezifischen Erlebensaspekte des Land Art Ansatzes dargestellt.
- Die PatientInnen wurden im Rahmen eines multi-modalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Settings stationär behandelt.



Diskussion und Ausblick

Einige Erlebensaspekte der PatientInnen werden auch von Land Art KünstlerInnen benannt und in der Literatur beschrieben (vgl. Schramm, 2014). Zu beachten ist, dass das kunsttherapeutische Arbeiten in der Natur zeitweise in einem offenen Raum stattfindet, der nicht die gleichen Schutzfunktionen hat wie ein Kunsttherapieraum. Manche Werke haben einen Momentcharakter der fotografisch festgehalten werden kann. Sie werden danach wieder der Natur/ Welt überlassen. In zukünftigen Forschungsprojekten sollte der Land Art Ansatz anhand eines Therapiemanuals genauer untersucht werden.

Literatur:

- Ganter-Argast, Ch. (2018). Land Art als kunsttherapeutische Methode in der Psychosomatik- ein Bildungsprozess? In: Duncker, H., Hampe, R., Wigger, M. Kreative Lernfelder. Künstlerische Therapien in Kultur und Bildungskontexten. Karl Alber Verlag
- Henin, M., Joulia, M., Mengual, F. (2008). Le land'art: une approche thérapeutique groupale à médiation artistique pour les adolescents souffrant de troubles de la personnalité. In: L'Information psychiatrique; 84, S. 225-233
- Jimenez-Alonso, L. (2005). „Projekt Maulwurf“- Landart und Kunsttherapie. In: Kunst & Therapie; 2, S. 27-36
- Keßler, W., Paul, M. (2005). Therapie im Wald- Kunst- Raum. In: Kunst & Therapie; 2, S. 1
- Mayring P. (2010) Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. BELTZ-Verlag, Weinheim, Basel, 11. Auflage
- Petzold, H. (2015). Grüne Texte. <https://www.greue.de/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/Grue-Texte.pdf>
- Schramm, S. (2014). Land Art. Reimer, Berlin
- Werkner, P. (1992). Land Art in den USA. Prestel Verlag, München
- ¹zur kunsttherapeutischen Methode siehe: Ganter-Argast, Ch. et al. (im Druck). Land Art als kunsttherapeutische Methode. In Bettzieche, P., Apolte, U. (Hrsg.) Kaleidoskop kunsttherapeutischer Interventionen. Pabst Verlag

Christiane.Ganter-Argast@hks-ottersberg.de Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg
Christiane.Ganter-Argast@med.uni-tuebingen.de • Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Universitätsklinikum Tübingen • www.psychosomatik-tuebingen.de





Der Life/Art Process im Spiegel von Leibphänomenologie und Psychoanalyse



Sonja Seng

Der Life/Art Process im Spiegel von Leibphänomenologie und Psychoanalyse

Exzerpte aus „Tanz auf dem Es“ – zu Körper- und Kreativtherapien in der psychodynamischen Psychotherapie

Sonja Seng, M.A., RMT, ISMETA; BTD 2019

ASKLEPIOS
FACHKLINIKUM TIEFENBRUNN

UNIA
Universität Augsburg
Lehrstuhl für Musiktherapie

Introduction

In der psychodynamischen Körpertherapie wird unter Assistenz der Therapeutin und in Interaktion mit ihr die Auseinandersetzung mit der körperlichen Bewegung im Raum, mit Materialien oder Gegenständen initiiert. Auf dem Weg dahin ereignen sich therapeutische Episoden, innerhalb derer

- Wahrnehmungen aktiviert, dynamisiert bzw. affektiv unterlegt und zunehmend in Bezug zu Anderem (Außenwelt, Erinnerungen, Erwartungen etc.) gesetzt werden können;
- leibliche und seelische Bewegungen und Interaktionen intentional ausgerichtet und (ggfs. präreflexiv) als die Eigenen empfunden werden;
- unangenehmes bzw. bislang unbewusst-Gehaltenes, abgespaltenes intrapsychisches Erleben artikuliert und toleriert werden kann, indem Gegenmaßnahmen (Abwehr) verringert oder verändert werden;
- eine Struktur gefunden wird, in der einst unvereinbare Strebungen schrittweise integriert werden kann.

„Developmental findings have made it clear that experiences that are stored implicitly are not impoverished events limited to sensorimotor experiences or to the impersonal realms of procedural memory discussed in the cognitive research literature. Rather they can involve highly complicated knowledge involving affective responses, expectations and thoughts.“ (BCPSG 2007, 5)

„Und in seinen primären Manifestationen hat es weniger mit der Kognition als mit den Trieben zu tun. [...] Für unser Verständnis des Ichs und seine Weiterungen, zum Beispiel unsere Theorien der Psychopathologie und der klinischen Technik, hat dies gewaltige Konsequenzen. Dass Worte, also von äußerer Wahrnehmung hergeleitete und infolgedessen bewussteinfähige Erinnerungsspuren des Ichs, an die (in sich unbewussten) tieferen psychischen Vorgänge geknüpft werden müssen, bevor diese dem Subjekt zur Kenntnis kommen können, war schließlich die Quintessenz der ‚Redekur‘ (Solms 2013, 1005).“

„[...] as life experience deepens, personal art expression expands, and as art expression expands, life experiences deepen.“ (Halprin 2000, 20).

„Das Universum kommunikativer Aktionsmöglichkeiten in der Analyse hat sich als viel größer erwiesen als nur der Abwehrspekt. Außer dem Agieren im klassischen Sinn gibt es auch das Enactment, Aktualisieren, den präverbalen Ausdruck und das Spiel. [...] Korrigierende emotionale Erfahrung, Agieren und Regression sind auch Zeichen der Hoffnung. Im Behandlungsprozess bedeuten sie oft eine affektive Rückkehr zu dem Punkt, an dem der Entwicklungsstillstand begonnen hat, und sie haben zum Ziel, diesen nachträglich in Gang zu bringen.“ (Treumiet 1996, 26)

„Von den Werten, Valenzen oder affektiven Qualitäten einer Situation affiziert, d.h. betroffen zu werden, löst eine spezifische leibliche Resonanz aus (‚Affektion‘), die umgekehrt die Wahrnehmung der Situation beeinflusst und eine entsprechende Handlungsbereitschaft einschließt (‚Emotion‘). Das Gefühl (bzw. die affektive Intentionalität) besteht im *gesamten interaktiven Kreisgeschehen* (Hervorh. Im Original), das durch die Resonanz des empfindenden Leibes vermittelt wird.“ (Fuchs 2014, 16).

- Boston Change Process Study Group (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: A developmental perspective. *Journal of Psychoanalysis*, 83, 1-16.
- Fuchs T (2014). Verkörperte Emotionen. *Psychologische Medizin* 1, 13-20.
- Halprin A (2000a [1997]). *Dance as a Healing Art*. Menlo Park, Life Rhythm.
- Solms M (2013). Das bewusste Es. *Psyche – Z Psychosom* 67, 991-1022.
- Treumiet N (1996). Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. *Psyche – Z Psychosom* 50, 131-140.
- Metzner, S., Seng, S. (2016): *Tanz auf dem Es. Körper, Affekt und Interaktion in der psychodynamischen Körper- und Musiktherapie*. *Psychodynamische Psychotherapie* 1/2016, 49-58.



„Das Potenzial negative Bilder in sich zu bergen“ – Kunsttherapie in der multimodalen Behandlung mit systematischer Bildanalyse



Yuko Miyata



PAINT – Preventive Art Intervention Therapy in geriatric patients



Johanna Masuch

PAINT

Preventive Art Intervention Therapy in geriatric patients

Johanna Masuch¹, Yannick Heuss¹, Markus Gosch¹, Katrin Singler^{1,2}

¹ Medical Clinic 2, Geriatrics, Klinikum Nuremberg, Paracelsus Medical University (PMU), Nuremberg, Germany

² Institute for Biomedicine of Ageing, Friedrich-Alexander-University of Erlangen-Nuremberg, Germany

Contact: Johanna.Masuch@klinikum-nuernberg.de, Katrin.Singler@klinikum-nuernberg.de

Abstract

Art therapy is already used in geriatric medicine as part of an inter-professional therapy concept. Nevertheless, very few scientific evidence and study data are available. PAINT is a two-year, randomized, controlled and monocentric clinical trial. The aim is the scientific evaluation and investigation of art therapy as part of the geriatric interdisciplinary team. For this purpose PAINT was divided into two study arms. PAINT I focuses on one-to-one art therapy in a geriatric acute care unit. PAINT II concentrates on art-therapeutic group therapy in a geriatric day clinic. This study was fully financed by the Staedtler Foundation, Nuremberg.

PAINT I

Study Design and Methods

Included are patients ≥ 70 years with either the diagnosis of dementia, a positive Delirium-Screening or any level of care.

■ Hypothesis:

The use of art therapy in patients at high risk of delirium in a geriatric acute ward has a preventive effect and is a non-pharmacological treatment approach for patients with delirium.

■ At admission:

Geriatric assessment (MMSE, Parker-Score, Barthel-Index etc.)
Delirium-Screening (Nu Desc, 4AT)

■ During hospital stay (daily):

Standardized art therapy intervention
Delirium Screening

■ At discharge:

Delirium-Screening



Art therapy

During their stay in an **acute geriatric unit**, geriatric patients received a specific art-therapeutic cognitive stimulation twice a day.

■ Setting:

The art therapy takes place twice daily in a **single session of 25 minutes** each at the patient's **bedside** in the intervention group. A mobile studio with a very **reduced material stock** and two specially **developed templates** are available for this purpose.

■ Objectives:

- Focusing patient's attention
- Reinforcement of concentration
- Cognitive and emotional vitalization
- Empowerment of personal resources



In the last session, the patients receive their series of pictures accompanied by a reflective and summarizing final dialogue.

Results

■ Patient characteristics

- The number of eligible patients is 138. However, 5 patients terminated their participation. Therefore, data of 133 patients can be evaluated (interventions: 67, controls: 66).
- With a median age of 85, a median MMSE of 21 and a median Barthel-Index of 60 the **patients' general condition is poor**.
- 19 had a delirium at admission (14,3%), 12 are new cases (10,5%).
- The median length of stay was 11 days. Patients of the intervention group participated at nine art therapy sessions on average.
- Statistical outliers (length of stay < 4 or > 20 days) have been removed from analysis.

■ Preventive effect:

Considering the 112 patients without delirium at admission, only 12 developed delirium. These are equally spread among the two groups: controls (6 out of 52 patients = 10,3%), interventions (6 of 48 patients = 11,1%). Therefore **neither a statistically significant preventive effect nor a tendency can be shown**. Overall the sample size seems to be too small to really make a reliable statement.

■ Art therapy as a non-pharmacological treatment

In total 29 of the eligible patients had a delirium. The median number of days with delirium for people who received art therapy is 3, whereas it is 7.5 for patients without the treatment. The effect is statistically significant (Mann-Whitney-U = 53,00, $p = 0,02$) and large ($d = 0,88$). **Art therapy is an effective non-pharmacological treatment.**

Limitations and Conclusions

The acquisition of high risk patients for delirium on an acute geriatric ward is extremely difficult due to the poor general condition. Many patients ($n=907$) were included but the evaluated sample is very small ($n=138$).

First scientific results: → **Art therapy does not prevent delirium in this setting, but can be used as an effective non-drug delir therapy.**

PAINT II

Study Design and Methods

Included are patients ≥ 70 years with either the diagnosis of mild dementia, depression or chronic pain syndrom as principal diagnosis or comorbidity.

■ Hypothesis:

The use of art therapy in multimorbid patients of a geriatric day clinic affects well-being and quality of life.

■ At admission:

Geriatric Assessment (MMSE, Parker-Score, Barthel-Index, DIA-S, WHO-5, Frailty criteria (Fried), grip strength, BIA, VRS, GDS, CIRS-G, SF-12, TUG, etc.)
Art therapy anamnesis

■ During hospital stay:

Art therapy group twice a week

■ At discharge:

Geriatric Assessment
Feedback on art therapy
,Creative Set' for home use

■ Three months after discharge:

Telephone follow-up



Art therapy

During their stay in a **geriatric day clinic**, multimorbid patients received a special art therapy group offer twice a week.

■ Setting:

Art therapy takes place two times a week in a **small group session of 60 minutes** each in a separated **creative room**. A material stock specially adapted for geriatric patients and an **art therapy method plan** developed especially for this study are available.

■ Objectives:

- Enhancement of well-being
- Strengthening of self-esteem
- Activation of personal resources



In the last session, patients receive their pictures accompanied by a reflective and summarizing conversation and a "creative set" for home use to promote processes and sustainability.

Preliminary results

■ Patient characteristics

- The number of eligible patients is 409. However, 76 patients terminated their participation. Therefore data of 333 patients can be evaluated (interventions: 170, controls: 163).
- With a median age of 81, a median MMSE of 26 and a median Barthel-Index of 95 the patients' general condition in day clinic is way better than those of stationary cases.

■ Effects on geriatric assessments

- Several physical as well as mental measures of the geriatric assessment can be shown significantly improved at discharge. The effects seems to be long term.
- **No additional effect of the art intervention can be shown** to any of these measures. However, some improvements are higher at the intervention-group (e.g. DIA-S), but the difference is not statistically significant.

■ Adaption of art therapy

- At the beginning of the treatment 2/3 of the patients had no notion of art therapy (68,7%).
- Only 35,7% of the patients expected effects of the interventions on their personal well-being. After the treatment this rate rose to **71,0% of the patients** who assume a **positive effect of the art therapy intervention** which is a **significant change** of the attitude.
- Half of the patients (50,6%) said they would like to continue art therapy after discharge.

Limitations and Perspectives

Lack of art therapy measuring instruments and a small number of art therapy units.

Continuation of the art-therapeutic research within the framework of the **follow-up study (RCT) DUERER**. With the aim of **basic research** for the combination of art therapy and geriatrics. The focus is, for example, on the **development of an art-therapeutic measuring instrument for geriatrics** and the expansion of the research field to include **outpatient facilities**.



Erstimprovisationen in der Musiktherapie mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen



Rahel Jansen



Transferbindungen

Dramatherapie

Was macht Ihr Montag nach der Tagung anders?

- Weniger Reden / mehr Spielen
- Gefühle mehr in den Fokus
- Wetterhäuschen spielen
- Noch mutiger mit verschiedenen Methoden arbeiten
- Mehr mit Ritualen einen sicheren Raum kreieren
- Mehr resonieren lassen
- Wahrnehmen
- Öfter auf die Wirkung vertrauen, nicht alles reflektieren
- Es gibt keine allgemeingültige Richtigkeit

Was hat Euch inspiriert?

- Räume des Nicht-Wissens / Übergangsräume
- Grenzsituationen wahrnehmen
- Der Möglichkeitsraum kann überall sein
- Dynamischer Raum
- Statische Räume aufbrechen
- Der Wandertherapeut

Nutzt Ihr den Tagungsband? (Nicht alle haben den Tagungsband erhalten)

- Um die Vorträge nochmal nachzulesen > die Gedanken weiter zu führen
- Workshop-Übungen als konkrete Anweisungen
- Interventionen aus nicht-besuchten Workshops lernen
- Quellen / Literatur
- Erinnerungen / Bilder

Themenwünsche

- Trauma
- Übungen! > Intermedialer Transfer in Übungen und Methoden
- Was ist aktuell in der Therapie? Was gibt's Neues?
- Praxis
- Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Forensik / Deliktbearbeitung



Kunsttherapie

Was macht Ihr Montag nach der Tagung anders?

- Mehr in Bewegung, weniger in Motiven denken
- Sich Raum-nehmen
- Mit nicht-schönem Raum in Dialog gehen und sich aus dem Raum herausbewegen
- Zuversicht, Bestätigung, neue Impulse
- Möglichkeitsraum sich selbst entfalten lassen
- Überzeugung „Es ist richtig, was wir tun.“
- Arbeitsplatz dynamisch sehen
- Mit Prozessbeschreibungen arbeiten, feines Wahrnehmungsinstrument
- Wertschätzung in Beziehungen mit Patientinnen und Patienten
- Raum schaffen, Raum gestalten als besondere Kompetenz der Kreativtherapeut*innen
- Sich durch KreativtherapieTage wertgeschätzt fühlen
- Netzwerkarbeit (kollegialer Austausch, sich nicht als Kreativtherapeut*in alleine fühlen, voneinander lernen)
- Arbeit an einem einheitlichen Berufsbild + Behandlungsstandards i.S.v. gemeinsam stärker werden und sich nicht innerhalb der Berufsgruppe spalten
- Begegnung mit verschiedenen Gewerken schaffen
- Anderes Handwerkszeug bei gleichen Zielen
- Hochwertiger Input

Was hat Euch inspiriert?

- Einblick in andere Gewerke
- Prof. Wegmann „Sound Scape“
- Umgang mit Raum und Zeit, Diskussionsrunden, Patenschaften, Wege von A nach B begleitet: wurde als gelungen wahrgenommen
- Theorie und Praxis miteinander verbunden

Nutzt Ihr den Tagungsband? (Nicht alle haben den Tagungsband erhalten)

- Zum Nachlesen, Anregung für die Arbeit
- Entscheidungshilfe für die Anmeldung (zur Tagung)
- Dokumentation der hohen Qualität
- Qualitätsmerkmal
- Um Kolleg*innen das Wissen weiterzugeben
- Netzwerkarbeit, Werbung für Tagung

Themenwünsche

- Qualitäts-Zeit
- Gemeinsames der vier Gewerke
- Wie kann die Sprache der Kreativtherapie verständlich gemacht werden, Inhalte transportiert werden, verstehbar für z.B. BWLer, Ärzte etc.
- Die vier Elemente durch den Blick der vier Gewerke mit gemeinsamem Austausch
- Integrativer Ansatz (Petzold)
- Resonanz-Raum am Ende der Tagung: Jeweilige Gewerke reflektieren die Tagung, Variation zur Transferbindung

Musiktherapie

Was macht Ihr Montag nach der Tagung anders?

- Der „Sound Scape“ wird mehr beachtet auch im Hinblick auf Mitgestaltungsmöglichkeiten der Patient*innen
- Neuer Umgang mit alten Räumen
- Entwicklung von mehr Bewusstsein für die Umgebung
- Entwicklung von mehr Bewusstsein für das Zeiterleben und den Zeitraum
- Entwicklung von mehr Bewusstsein für die Frage, was die Atmosphäre in der Therapie kreiert
- Sensibilisierung für die Sorge um mehr Sicherheit / für den sicheren Raum für Patient*innen
- Die Vorstellung von RAUM hat sich verändert
- Das Potential des „SPACE“ in die Musiktherapie übersetzen

Was hat Euch inspiriert?

Für die Tagung:

- Beibehalten der Mischung aus Theorie und Praxis
- Beibehalten, dass alle Gewerke Bestandteil der Tagung sind

- Ein Begriff (Raum) und seine unterschiedlichen Perspektiven und ästhetischen Zugänge
- Potential des „SPACE“
- Integration aller Gewerke
- Hervorhebung der ruhigen und konzentrierten Atmosphäre der Tagung

Nutzt Ihr den Tagungsband? (Nicht alle haben den Tagungsband erhalten)

- Diese Frage wurde von vielen mit „JA“ beantwortet, z. B.
- um Vorträge nachlesen zu können
- um Anregungen für die tägliche Arbeit zu bekommen insbesondere, aus den Artikeln über die Workshops
- als Hilfe bei Literaturrecherche
- um Kolleg*innen anderer Berufsgruppen auf die Arbeit der Künstlerischen Therapien aufmerksam zu machen

Anregung: Die Videos von den Vorträgen auf YouTube einstellen

Themenwünsche

- Gemeinsamkeiten der Künstlerischen Therapien – Was ist das Verbindende?
- Multidisziplinäre Zusammenarbeit – störungsspezifisch
- Gibt es in den Künstlerischen Therapien übergeordnete Kategorien und Wirkfaktoren?
- Kreativtherapien und Traumatisierung



Tanztherapie

Was macht Ihr Montag nach der Tagung anders?

- Raumlanschaft fühlen
- im Raum mal liegen, mal sitzen, mal stehen mit Pat. (Transfer von MT-Vortrag in TT-Arbeit)
- Weniger darüber reden, mehr machen
- Spannweite Ernst – Spielraum bewusster
- Werbung machen für Künstlerische Therapien z.B. in der eigenen Institution im Rahmen von Fortbildungen, Journal Club etc.
- Wörter finden, greifbar machen
- TaTT-Übungen umsetzen (nach den 5 Wirkprinzipien)
- Gewärmt und gestärkt in den Alltag gehen
- Mehr Selbstverständlichkeit
- Mit Patient*innen mehr Reden

Was hat Euch inspiriert?

- Aspekt Raum
- Wertschätzung – auch untereinander
- WIR sind viele
- Fundierte Vorträge
- Kunst- Gestaltungs- Therapie – Zusammenhang quer durch die Verfahren
- Ergänzendes bewussteres Wahrnehmen
- Sinneswahrnehmung
- In die Rolle der Patientin/des Patienten rein-switchen

Nutzt Ihr den Tagungsband? (Nicht alle haben den Tagungsband erhalten)

- Literaturhinweise genutzt
- Als gute Erinnerung an die Tagung
- Für Neue

- Um sie Kolleg*innen zu zeigen
- Nachschlagewerk (z.B. Suche nach Expert*innen)
- Übungen daraus verwendet
- Ist präserter in Papier als im Internet
- Möglichkeit über's Googlen zu finden (online-Version)

Themenwünsche

- Berührungsängste vor TT abbauen
- Flüchtlingsarbeit (Fokus: non-verbale Funktion in der Therapie)
- Mehrgenerationenprojekt / Altersübergreifendes Arbeiten
- Selbstverständlichkeit für unsere Arbeit: Wie sag ich's meinem Chef? Wie bringe ich Kolleg*innen mit ins Boot?
- Spezifische Klientel
- Multidisziplinärer Fokus (mit Mischung der Medien > gemeinsame Workshops)
- Vertiefung von Thema „Raum“, beispielsweise hin zum Thema „Form“
- Bewusstes, erlaubtes „Fremdgehen“ (Workshops der anderen Verfahren besuchen)
- Sich „dem Fremden öffnen“, „Einlassen“

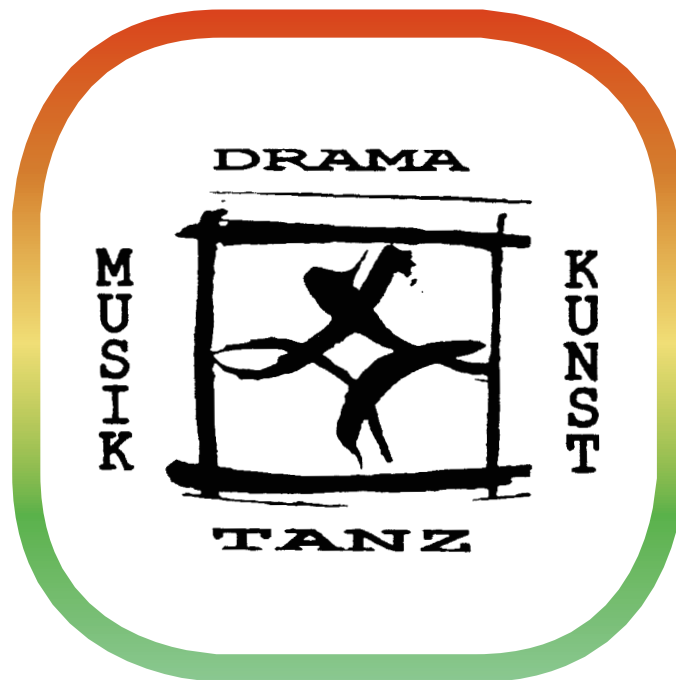




Veranstaltungsprogramm

KreativtherapieTage 2019

Tapetenwechsel – Innere und äußere Räume der Künstlerischen Therapien



Fachtagung in der LVR-Klinik Langenfeld

14. und 15. November 2019

Programm

Donnerstag, den 14.11.2019

- 09:00 Uhr **Tagungsbüro/Begrüßungskaffee**
- 10:00 Uhr **Begrüßung durch den Klinikvorstand**
- 10:15 Uhr **Grußwort**
Susanne Stephan-Gellrich
- 10:30 Uhr **Einführung**
Prof. Johannes Junker
- 10:45 Uhr **Vortrag mit Diskussion:
Zwischen-Räume hören**
Prof. Dr. Eckhard Weymann
- 11:45 Uhr Kaffeepause
- 12:00 Uhr **Vortrag mit Diskussion:
Die Bühne als Raum für Veränderungs-
prozesse**
Sandra Anklam
- 13:15 Uhr Mittagsimbiss
- 14:30 Uhr **Parallele Workshops** inkl. 15 min Pause
- 16:45 Uhr **Wissenschaftliche Posterpräsentationen**
- 19:00 Uhr Abendveranstaltung mit Feier



Freitag, den 15.11.2019

08:30 Uhr „Morning Mood“ – Einstimmung in den Tag

09:00 Uhr **Vortrag mit Diskussion:
Raumkorrelate zwischen Kunst
und Kunsttherapie**
Prof. Hartmut Majer

10:00 Uhr Kaffeepause

10:15 Uhr **Vortrag mit Diskussion:
Bewegung und Bewegtheit –
Leibliche Resonanz- und Aktionsräume**
Antje Scherholz

11:30 Uhr Mittagsimbiss

12:45 Uhr **Parallele Workshops** inkl. 15 min Pause

15:00 Uhr **„Transferbindung“
Medienspezifische Evaluation/Reflektion**

15:45 Uhr Ende der Veranstaltung

Moderation der Tagung: Prof. Johannes Junker

Team des LVR-Fachforum Kreativtherapie



v.l.n.r.: Uwe Blücher, Mechtild Witte, Beatrix Evers-Grewe, Eva Golloch, Ute Pirkl, Patric Driessen, Florian Urbas, Gudrun Gorski

Orga-Team der KreativtherapieTage 2019



LVR-Fachforum Kreativtherapie und Unterstützerteam der LVR-Klinik Langenfeld

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie bedankt sich bei den Kolleg*innen aus Langenfeld für die tatkräftige Unterstützung in der Vorbereitung und am Tagungsort. Ohne Euch wäre das nicht möglich gewesen. Herzlichen Dank im Speziellen an Herrn Dr. Begher für die qualitätsbewusste Umsetzung von vielen Tagungsmodalitäten in der Vorbereitung und auch während der Kreativtherapie-Tage.



Und dann noch ein Dank an unseren Moderator, Herrn Prof. Johannes Junker, der sich jedes Mal aufs Neue für uns einsetzt

und die Tage passend zu begleiten und zu leiten weiß.



Landschaftsverband Rheinland (LVR)

LVR-Fachbereich 84 Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

50663 Köln, Tel. 0221 809-0

www.lvr.de