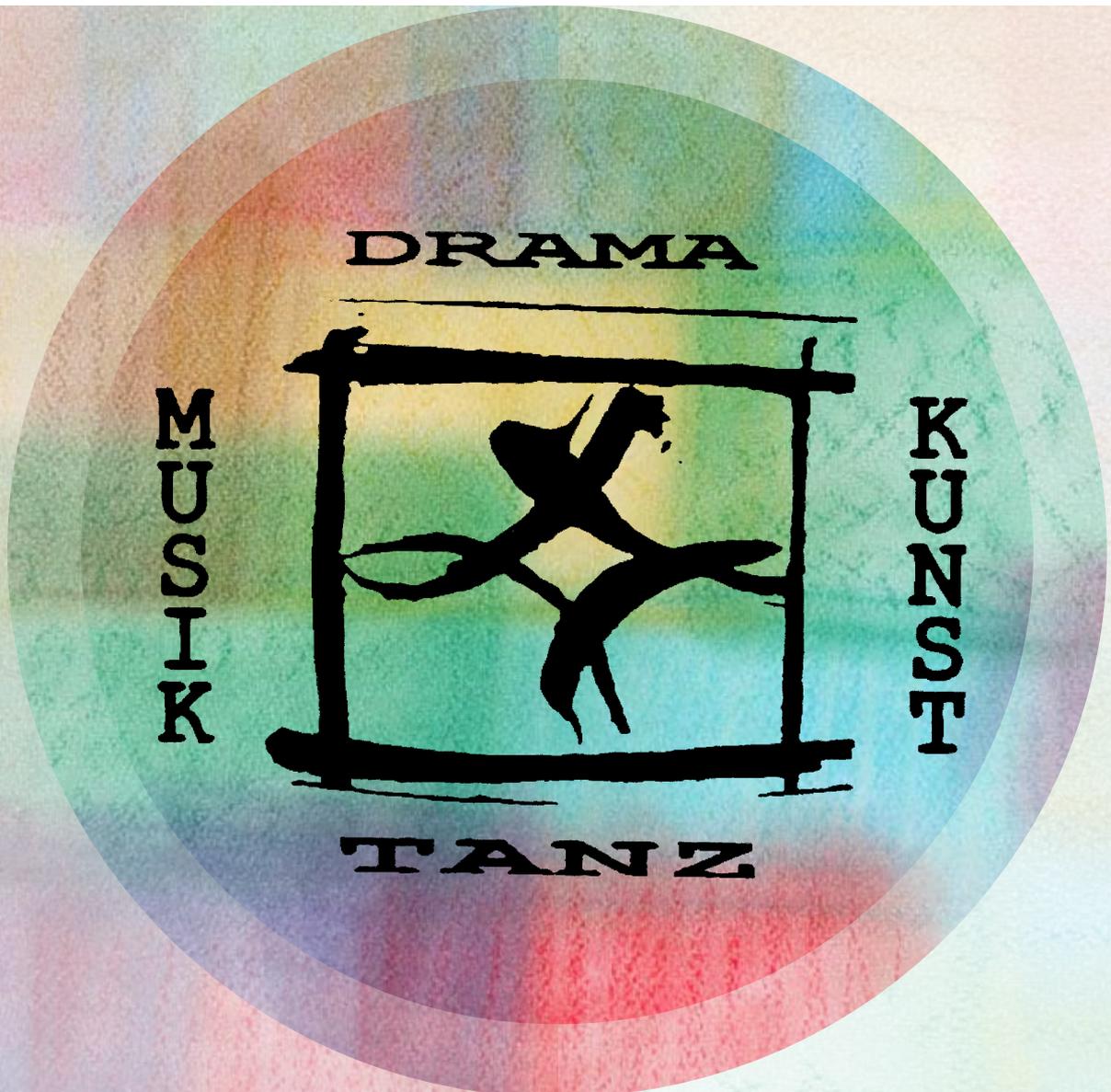


Tagungsband KreativtherapieTage 2015

Das Dritte im Bunde

Das Potential des künstlerischen Mediums in der Kreativtherapie



Kooperationspartner:

Deutsche Musiktherapeutische
Gesellschaft e.V. (DMtG)

Berufsverband der
TanztherapeutInnen
Deutschlands e.V. (BTD)

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

Anschluss e.V. Bildungswerk
Künstlerische Therapie und Bildende Kunst

Impressum:

Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich 84 Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement

Redaktion: Uwe Blücher
LVR-Fachbereich 84,
LVR-Fachforum Kreativtherapie

Layout: Fabian Siegel, LVR-Druckerei
Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Auflage 2 (100 Exemplare) korrigierte Fassung

Köln, April 2017

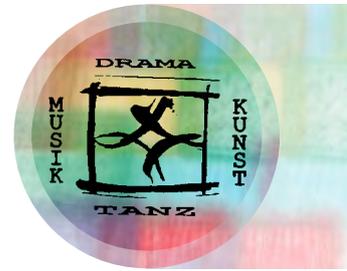
Inhaltsverzeichnis



Vorwort.....	3
Grußwort.....	5
Friedhelm Kitzig	
Begrüßung zur Eröffnung Eröffnung der Kreativtage am 12.11.2015.....	8
Herr Prof. Dr. Scherbaum	
Im Dreiklang: Die Medien in den künstlerischen Therapien.....	10
Prof. Doris Titze	
Das Dritte – Voraussetzung und Ziel kreativer Prozesse in Entwicklung und Therapie	24
Dr. phil. Jürgen Grieser	
Der Spielraum der Künste in Zeiten der Not	33
Prof. Dr. phil. Rosemarie Tüpker	
Tagungsimpressionen	45
„Mit den Sternen nächtlich im Gespräch“ – Kreativität Form geben	48
Katharina Conradi	
Was nutzt die Kunst? Modifikation kunstpsychologischer Behandlung in der Akutpsychiatrie.....	51
Gudrun Gorski	
Das Choreographische Porträt	62
Claire Gunther	
Berühren und Berührt werden – das Material Tonerde in der Kunsttherapie	72
Antje Hackenthal-Schulze	
(Wozu) Braucht die Musiktherapie die Musik?	75
Dr. rer. medic. Peter Hoffmann	
Rituelle Gesten und Körperhaltungen als Medium der Drama- und Theatertherapie	87
Ilil Land-Boss	

Workshop: Die heilsame Kraft der Poesie – Integrative Poesietherapie	90
Brigitte Leeser	
„Das musiktherapeutische Dritte: konkretes Ding oder symbolischer Raum?“	98
Dr. sc. mus. Nicola Nawe	
„Allgemeine und spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren: Forschung und Praxis“	105
Dr. rer. medic. Renate Oepen	
Gemeinsames Erleben in der Musiktherapie – ein magisches Band	110
Dr. phil. Heike Plitt	
Das Dritte im Bunde – Der künstlerische Tanz- und Ausdrucksraum als Wachstumspotential und Freiraum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung	118
Antje Scherholz	
Workshop „Kunsttherapeutische Identitätsarbeit“	134
Juliane Melches	
Abendveranstaltung im „Unperfekthaus“, Essen	137
Wissenschaftliche Posterpräsentationen	140
Das Netz werkt	144
Transferbindung	145
Moderation: Prof. Johannes Junker	

Vorwort



**Sehr geehrte Damen und Herrn,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

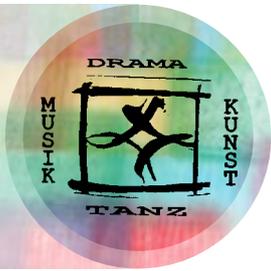
vor Ihnen liegt der Tagungsband der „KreativtherapieTage 2015“, die am 12. und 13. November 2015 im LVR-Klinikum Essen stattgefunden haben.

Diese Fachtagung wurde auch dieses Mal wieder vom LVR-Fachforum Kreativtherapie mit freundlicher Unterstützung durch das LVR-Dezernat 8 geplant und durchgeführt. Das LVR-Fachforum Kreativtherapie setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen LVR-Kliniken und kreativ therapeutischen Gewerke zusammen. Es besteht aktuell aus acht Personen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch den LVR ermöglicht. Die fachliche Zusammenarbeit soll den Austausch der Kliniken im LVR-Klinikverbund fördern, flankiert durch die im Zweijahresrhythmus stattfindenden Fachtagungen.

Die „KreativtherapieTage 2015“ wurden von folgenden Verbänden kooperativ unterstützt:

- 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

Das LVR-Fachforum möchte sich an dieser Stelle für diesen Beistand und die kollegiale Zusammenarbeit bedanken. Im Besonderen gilt unser Dank aber auch dem LVR-Klinikum Essen, welches als Austragungsort der Fachtagung ein hervorragender Gastgeber war und uns mit vielen kompetenten Helferinnen und Helfern während der Fachtagung unterstützend zur Seite stand. Hierbei sei besonders Frau Evers-Grewe erwähnt, die in Zusammenarbeit mit Herrn Schwartz die Koordination vor Ort auf sich genommen hat. Herrn Prof. Junker rechnen wir es hoch an, dass er mit viel Engagement die Fachtagung zwei Tage lang glänzend moderiert hat. Darüber hinaus möchten wir uns bei allen Referentinnen und Referenten sowie Workshopleiterinnen und Workshopleitern bedanken. Ihr inhaltlicher Beitrag hat uns informiert, inspiriert und gezeigt, welchen Stellenwert das Medium in seiner Vielfalt und Diversität in der Praxis, aber auch aus wissenschaftlicher Sicht haben kann. Abschließend möchten wir uns auch noch bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bedanken. Durch sie ist es auch dieses Jahr wieder gelungen, die Fachtagung in einer angenehmen und fast schon familiären Atmosphäre zu halten, in der sich ein inhaltlicher, fachlicher, persönlicher und kommunikativer Austausch vollziehen konnte. Die Party am Abend war gut besucht. Das köstliche Buffet, die vielseitigen Gespräche, der ausgelassene Tanz und die Musik fanden großen Anklang.



Die Fachtagung stand in diesem Jahr unter dem Motto: „**Das Dritte im Bunde. Das Potential des künstlerischen Mediums in der Kreativtherapie.**“ Mit insgesamt zwölf Workshops und Seminaren, drei Hauptvorträgen und drei Posterpräsentationen waren die „KreativtherapieTage 2015“ inhaltlich sehr vielfältig und interessant aufgebaut. Das Tagungsthema konnte von verschiedenen fachlichen Seiten beleuchtet werden und schlug einen Verbindungsbogen zwischen Wissenschaft und Praxis. Die Ergebnisse sind in diesem Tagungsband nachzulesen. Dabei wünscht Ihnen das LVR-Fachforum Kreativtherapie viel Vergnügen und spannende Ein- und Rückblicke.

Wir hoffen, mit diesem Tagungsband auch Ihr Interesse für die nächsten „KreativtherapieTage 2017“ gewinnen zu können und freuen uns auf gemeinsame kreative Begegnungen.

Freundliche Grüße

Uwe Blücher – LVR-Fachbereich 84

Patric Driessen – Leitung der Kreativtherapie, LVR-Klinik Bedburg-Hau

Beatrix Evers-Grewe – Leitung der Fachtherapeutischen Dienste, LVR-Klinikum Essen

Gudrun Gorski – Bildungsreferentin, LVR-Akademie für seelische Gesundheit Solingen

Kassandra Steffan – Dramatherapeutin, LVR-Klinik Bedburg-Hau

Ute Pirkl – Tanztherapeutin, LVR-Klinikum Düsseldorf

Daniel Schwartz – Kunsttherapeut, LVR-Klinikum Essen

Florian Urbas – Musiktherapeut, LVR-Klinikum Düsseldorf

Mechtild Witte – Musiktherapeutin, LVR-Klinik Düren

Grußwort

Friedhelm Kitzig

Sehr geehrte Frau Splett,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie hier und heute für den Landschaftsverband Rheinland zu den Kreativtherapietagen 2015 in Vertretung von Frau Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin und Leiterin des Dezernates Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, begrüßen zu können.

Mein Name ist Friedhelm Kitzig – ich bin Mitarbeiter dieses Dezernates in der Abtlg. Psychiatrische Versorgung des Fachbereiches Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagements. Seit vielen Jahren fördert der Landschaftsverband Rheinland die Kreativtherapien in seinen Einrichtungen.

Die psychiatrische Versorgung in den Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland basiert auf der sogenannten „sprechenden Medizin“. Doch wie erzeugt man Klang aus dem Nichts? – Wie erzeugt man Sprache, wenn Sprachlosigkeit herrscht?

Dann können kreativtherapeutische Interventionen ein Weg zur Seele sein.

Alle kreativtherapeutischen Verfahren – die Drama-, Kunst-, Musik- und Tanztherapie – verfügen über die besondere Fähigkeit, emotional zu begleiten und differenzierte Interaktionen zwischen kreativen und psychischen Geschehen zu gestalten. Die kreativtherapeutischen Verfahren sind handlungsorientierte Verfahren und leisten ihren Beitrag, gesundheitlichen Beeinträchtigungen präventiv, kurativ oder rehabilitativ, zu begegnen.

Unsere Kreativtherapien nutzen die jeweilige künstlerische Disziplin, um Menschen neben dem verbalen Ausdruck weitere Ausdrucksmöglichkeiten und Kommunikationsformen zu eröffnen. Neben der Sprache wird so ein besonderer Zugang zu seelischen Vorgängen eröffnet.

Der Wert der Kreativtherapien drückt sich darin aus, dass Grenzen überwunden werden können, die uns Worte und das rationale, an Worte gebundene Denken, setzen.

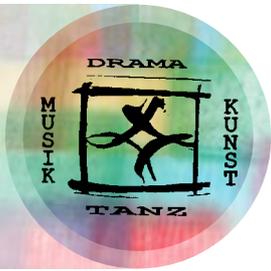
Insgesamt 63 Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten werden in den LVR-Kliniken im Rheinland beschäftigt.

Meine Damen und Herren,

sein kreativtherapeutisches Engagement hat der Landschaftsverband Rheinland als Klinikverbund erstmals 1995 mit der Ausstellung und Tagung „Kunst und Therapie im Rheinland“ öffentlich „gezeigt“ und reflektiert.

Sie sehen, wir haben eine Art Jubiläum, denn nach dem Auftakt vor 20 Jahren folgten – na ja, fast regelmäßig – im Zweijahresrhythmus 10?, nein, 9 kreativtherapeutische Veranstaltungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und unterschiedlichen Formaten.





Wie die Tagungen zuvor, so sind auch die Kreativtherapietage 2015 eine Kooperationsveranstaltung, deshalb begrüße ich Sie auch im Namen unserer Kooperationspartner der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. und dem Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V. Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie Anschluss e.V. – Bildungswerk Künstlerische Therapie und bedanke mich bei diesen Organisationen für die finanzielle, organisatorische und inhaltliche Mitarbeit – die diese Tagung in dieser Form erst ermöglicht hat.

Mein Dank gilt auch den Kolleginnen und Kollegen aus den LVR-Kliniken, die sich im LVR-Fachforum Kreativtherapie um die stetige Weiterentwicklung der Kreativtherapien im LVR-Klinikverbund kümmern und diese Fachtagung mit vorbereitet haben.

Darüberhinaus bedanke ich mich bei meinem Kollegen Herrn Blücher, ebenfalls Mitarbeiter des LVR-Dezernates Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen für sein Engagement für die Kreativtherapien und große Teile der organisatorischen Vorbereitung. Nicht zuletzt danke ich dem Klinikvorstand des LVR-Klinikums Essen, Frau Splett, dass Sie die Ausrichtung dieser Tagung hier in Ihrer Klinik ermöglichen und unterstützen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anforderung der Messbarkeit und des Qualitätsnachweises durch Kennzahlen durchdringt Wissenschaft und Praxis im Gesundheitswesen und damit auch in der Psychiatrie gleichermaßen. Grundsätzlich ist die Forderung, das, was man z.B. therapeutisch tut, auf seine erwünschte Wirkung auch zu überprüfen und die Wirksamkeit insbesondere gegenüber Patienten wie Kostenträgern nachzuweisen, durchaus legitim. Aber ganz besonders in der Psychiatrie besteht ein grundsätzliches Messbarkeitsproblem: Menschliche Zuwendung und Empathie, die Funktion der Assistenz und des Aushaltens, die Entwicklung einer therapeutisch tragenden und wirksamen Beziehung finden in der Qualitätsdiskussion kaum Relevanz, befinden sich in einer seltsamen Defensive der Berechtigung, weil häufig ohne messbaren Wirkungsnachweis, und geraten schnell in den Verdacht kostentreibender, Effizienz verhindernder, Ablauf hemmender Handlungen/Verhaltensweisen.

Das gilt auch und insbesondere für die Kreativtherapien: Künstlerische Therapien werden als „komplexe Interventionen definiert, in denen psychotherapeutische Techniken mit besonderen Aktivitäten kombiniert werden und darauf zielen, den schöpferischen Ausdruck der Patienten zu begünstigen:

Wirkung sollen die Kreativtherapien dadurch erreichen, dass der kreative Prozess genutzt werde, um den eigenen Ausdruck innerhalb eines spezifischen therapeutischen Rahmens zu fördern, die ästhetische Form genutzt werde, um die Erfahrungen der Patienten erfahrbar zu machen und ihnen eine Bedeutung zu geben und das künstlerische Medium als eine Brücke zwischen dem verbalen Dialog und einsichtsbasierter psychologischer Entwicklung genutzt werde (S3 Leitlinie).“

„Vergleichbar mit den Entwicklungen im Feld der Psychotherapieforschung wird auf dem Gebiet der Wirksamkeitsforschung künstlerischer Therapien immer wieder bezweifelt, ob das streng standardisierte Vorgehen der evidenzbasierten Medizin der Komplexität der Therapieformen und der Individualität der einzelnen therapeutischen Prozesse gerecht wird“ (nach: Gühne et al, 2012).

Umso bemerkenswerter aus meiner Sicht ist, dass es mittlerweile eine Reihe guter und anerkannter Wirkungsnachweise über Studien gibt.

Künstlerische Therapien werden in zahlreichen AWMF-Leitlinien von Neurologie

(Parkinson, Schlaganfall) über (Psycho-)Onkologie bis zu psychiatrischen Diagnosen genannt und empfohlen; weiter sind sie auch in der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation und im OPS aufgenommen.

Am besten beschrieben sind sie in der S3-LL „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.

Das Fazit für die Praxis von GÜHNE et al. in dem sehr aufschlussreichen Artikel im NERVENARZT 7/2012 sagt: „Werden herkömmliche Behandlungen durch künstlerische Therapien ergänzt, kann ein günstiger Effekt auf die psychopathologischen Symptome, insbesondere auf die Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophrenen Störungen gezeigt werden.“

Künstlerische Therapien sollten deshalb für Menschen mit schweren psychischen Störungen zur Verfügung stehen.“

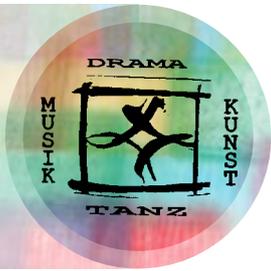
Meine Damen und Herren,

der Themenschwerpunkt der diesjährigen Tagung ist sehr zentral für den speziellen Ansatz der Künstlerischen Therapien, die über künstlerische Medien und Prozesse und die spezifischen Interventionen der Therapeutinnen/Therapeuten nicht so sehr auf das verbale Ausdrucksvermögen der Patientinnen und Patienten angewiesen sind.

Welche besonderen Wirkfaktoren besitzen also die Künste, die ihren therapeutischen Einsatz sinnvoll und notwendig machen?

Mit dieser grundlegenden Frage beschäftigen sich die KreativtherapieTage 2015.

Es ist, wie ich andeutete, ein Jubiläum – und ich möchte zum Schluss dies zum Anlass nehmen, den – ich sage mal – „Gründungsvater“ dieser besonderen Veranstaltungsreihe hier und heute zu begrüßen, mit großem Respekt und Anerkennung für diese Aufbau- und Entwicklungsarbeit, durch die Kreativtherapie zu einem herausragenden Qualitätszeichen des LVR geworden ist: Herrn Hartmut Hohm.



Begrüßung zur Eröffnung der Kreativtage am 12.11.2015

Herr Prof. Dr. Scherbaum

Sehr geehrte Referentinnen und Referenten,
sehr geehrte Frau Evers-Grewe,
liebe Gäste und Tagungsbesucher,

als Ärztlicher Direktor möchte ich Sie recht herzlich zu den KreativtherapieTagen 2015 im LVR-Klinikum Essen begrüßen. Es ist gut, dass die KreativtherapieTage in wechselnden Kliniken stattfinden. Dies bietet für die veranstaltende Klinik neben all der Mühe, die mit der Organisation einer solchen Tagung verbunden ist, auch die Möglichkeit, vielfältige Anregungen für die tägliche Arbeit zu erfahren. Für die Gäste ist es auch immer Gelegenheit, Behandlungsumstände und Konzepte anderer Kliniken kennenzulernen. Für alle bieten die KreativtherapieTage, wie das Programm belegt, Anlass zu vielfacher Bereicherung. Ich hoffe, dass Sie sich in unserer frisch renovierten Klinik – wir sind im Jahr 2014 zurückgezogen – bei Ihrer Tagung wohl fühlen werden.

Sie haben sich ein anspruchsvolles Thema gestellt: „Das Dritte im Bunde – Das Potential des künstlerischen Mediums in der Kreativtherapie“. Als Psychiater, insbesondere als Psychiater, der von der anthropologischen wie auch der psychodynamischen Psychotherapie in seiner Ausbildung geprägt wurde, ist das sogenannte Dritte eine wesentliche Kategorie zum Verständnis von psychischer Entwicklung sowie von Heilung bei psychischen Erkrankungen, allerdings auch zum Verständnis von psychopathologischen Phänomenen.

Schon die alten Griechen definierten den Menschen als soziales wie auch als vernunftbegabtes Wesen. Zeitgenössische Neurobiologen sprechen vom Gehirn als einem sozialen Organ, Psychologen sprechen von z.B. Exekutivfunktionen. Solche Theorien basieren grundsätzlich auf zwei Einsichten:

1) Der Mensch ist anthropologisch betrachtet ein Herdentier. Er ist als isoliertes Individuum nur bedingt lebensfähig, sondern vielmehr zum Überleben wie auch zum Wohlergehen auf soziale Interaktion angewiesen. Über die soziale Interaktion kommen der und das Dritte ins Spiel. Nach Freud beginnt die frühkindliche Entwicklung in der undifferenzierten Verschmelzung von Mutter und Kind. Ein wesentlicher Motor für die Weiterentwicklung aus dieser primär narzisstischen Position ist die Wahrnehmung des Dritten, in der von Freud beschriebenen bürgerlichen Familie also die Wahrnehmung des Vaters und die zuverlässige Interaktion mit diesem. Durch den Eintritt des Vaters in die Lebenswelt des Kindes wird die Mutter-Kind-Dyade bei gelingender Entwicklung aufgesprengt (auch wenn die Sehnsuchtsphantasie nach dem Paradies noch so manchem bleibt). Die Wendung zur Welt wird so für das Kind möglich. Sind wir in der sozialen Welt angelangt, benötigen wir zur Entwicklung weitere Dritte. Ohne sozial geteilte Zeichensysteme können wir uns nicht verständlich machen. Würden sich zwei Sprechende nicht auf das Dritte der überindividuell bestehenden Sprache einlassen,

würden sie autistisch in ihren Privatsprachen isoliert sein. Dennoch ist das Dritte der Sprache nicht einfach zu haben. Eine unmittelbare Übersetzung unserer Gefühle in Sprache gelingt uns nicht. Nach einem gewonnenen Fußballspiel sagt jeder zweite Fan, dass dies „Wahnsinn“ sei (nebenher bemerkt: ein unübliches Labeling für ein zentrales Thema der Psychiatrie). Lassen wir uns zu sehr auf die überindividuelle Sprache ein, klingen wir rasch unpersönlich, so wie manchmal Regierungssprecher. Der individuelle Ausdruck, im gewissen Sinne ein persönlich gewordenes Dritte, muss also erst erworben werden. Dieses Spannungsfeld beim Erwerben des Dritten der Sprache ist nach dem französischen Psychoanalytiker Jacques Lacan zentral für das Verständnis psychischer Störungen, die ja immer auch Beziehungsstörungen sind. Selbstverständlich gibt es durchaus auch nicht sprachliche Formen von Zeichen für die soziale Interaktion, wie z.B. die Mimik oder von Menschen hergestellte Objekte. Dann wären wir bei einem Aspekt des Tagungsthemas, nämlich dem künstlerischen Medium, angelangt.



2) Der zweite Aspekt, die Vernunftbegabung des Menschen, meint vor allem: Der Mensch ist in seinem Verhalten nicht einfach eingebunden in Reiz-Reaktions-Schemata. Er kann sich – zumindest bedingt – davon lösen und sozusagen in einem seelischen Innenraum innehalten, z.B. Handlungen für die Außenwelt probeweise durchspielen, unterschiedliche Affekte mit Handlungen und Situationen verknüpfen, die eigene Lebensgeschichte fortspinnen. Dieser seelische Innenraum ist auch eine wesentliche Quelle des Spiels und der Kreativität. Dieser Innenraum kann sich gegenständlich manifestieren und so z.B. als Kunstwerk als Drittes in die Interaktion treten.

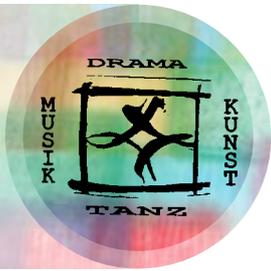
Psychische Entwicklung hängt in ihrem Gelingen wesentlich davon ab, ob soziale Entwicklungsräume erlebt und seelische Innenräume eröffnet werden können. Auch psychiatrische Kliniken sind jenseits ihrer Funktion als Schutzraum für die Patienten hoffentlich immer auch stimulierende Entwicklungsräume.

Fachtherapien und - im Sinne der hier zu eröffnenden Tagung - Kreativtherapien sind hierbei eine wesentliche Säule für das Verständnis der individuellen psychischen Probleme, sprich der Diagnostik, wie auch in Anschub und Erleichterung von psychischen Veränderungsprozessen, sprich der Therapie. In der Kreativtherapie ist hierbei das künstlerische Medium das stimulierende Dritte zwischen Patient und Therapeut.

Mit diesen einleitenden Worten aus der Sicht einer anthropologischen, psychodynamisch geprägten Psychiatrie möchte ich es an dieser Stelle bewenden lassen. Ich wünsche Ihnen allen eine informative, spannende und anregende Tagung. In gewissem Sinne bedeutet der Austausch bei einer Tagung auch die Konstituierung eines Dritten mit der Chance des Aufbrechens eigener Festlegungen und dem Stimulus zur Weiterentwicklung.

Last but not least möchte ich noch Frau Evers-Grewe für die Organisation dieser Tagung danken. Ihr Name steht hierbei auch stellvertretend für alle anderen Personen, die durch persönlichen Einsatz zum Gelingen der Tagung beitragen.

Ihnen allen eine erfolgreiche Tagung. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Im Dreiklang: Die Medien in den künstlerischen Therapien

Prof. Doris Titze



Seit 2002 Leitung des Aufbaustudiengangs „KunstTherapie“ an der HfBK Dresden mit Schwerpunkt der Formanalytischen KunstTherapie FaKT.

Erstes Staatsexamen für das Lehramt an Grund- und Hauptschulen (LMU München), Diplom der freien Grafik und Malerei bei Hans Baschang (Meisterschülerin) sowie des Aufbaustudiums „Bildnerisches Gestalten und Therapie“ (AdBK München). Seit 1980 künstlerisch, seit 1988 Kunsttherapeutisch tätig (Psychiatrie, Sucht, Prävention, Projektarbeit). 1997 – 2002 Professur an der HKT Nürtingen. Lehrtätigkeit an unterschiedlichen Hochschulen, Referentin der Lindauer Psychotherapiewochen, Herausgeberin der Publikationsreihe „Die Kunst der KunstTherapie.“

IM DREIKLANG: DIE MEDIEN IN DEN KÜNSTLERISCHEN THERAPIEN

Künstlerische Therapien nutzen Medien als ein Drittes zur Verständigung zwischen Therapeutinnen/Therapeuten und Klientinnen/Klienten. Mithilfe der Medien wird Unaussprechliches in Töne, Metaphern, Bilder, Bewegung und Szenen gefasst. Mithilfe der Medien wird ein Drittes erstellt, das für alle gleich sichtbar oder hörbar wird als (nonverbale) Äußerung innerer Bilder und Zustände. Innere Bilder wandeln sich in dem Moment, in dem sie in Materie gefasst werden, sich sinnlich verkörpern oder in Bewegung geraten. Sie sind Mittler zwischen allen Beteiligten für ein Viertes: den therapeutischen Prozess (Vgl. Titze 2012).

Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Wahrnehmung, schöpferischer Handlung und therapeutischer Beziehung verknüpfen sich zu dem besonderen kreativtherapeutischen Prozess. Dessen Vielschichtigkeit ist seine große Qualität, das jeweilige künstlerische Medium ist das Gefäß für die therapeutischen Herangehensweisen. Die Medien künstlerischer Therapien verbinden sich. Hier öffnet sich der Raum für Diskussionen und vor allem für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ein Akkord wird möglich.

KÜNSTLERISCHE THERAPIEN

Künstlerische Therapien haben sich im Laufe des 20. Jahrhunderts im abendländisch-amerikanischen Kulturraum entwickelt. Sie stehen einerseits in Verbindung mit den traditionellen Psychotherapierichtungen, besonders der Tiefenpsychologie; zum anderen stammen sie aus den Künsten selbst: aus der Bildenden Kunst, der Bewegungskunst, der Musik, der Poesie und der Darstellenden Kunst.

Der schöpferisch-gestalterische Ausdruck gehört zu den Grundbedürfnissen- und Fähigkeiten des Menschen als ein grundlegendes, zeitloses Potenzial. Kreative Therapien stellen einen Freiraum zur Verfügung und bieten innerhalb von Institutionen oftmals eine besondere Atmosphäre. Der therapeutische Dialog erfolgt verbal und nonverbal. Medien bieten die Möglichkeit, ein unerträgliches Erleben aus sich heraus zu stellen und sich zu distanzieren. Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen präziser Wahrnehmung, schöpferischer Handlung und therapeutischer Beziehung verknüpfen sich zum kreativtherapeutischen Prozess. Medien setzen der flüchtigen Erinnerung ein handhabbares Gebilde entgegen.

Disziplinen

Kreativtherapeutinnen/Kreativtherapeuten blicken auf die Fähigkeiten der Menschen, weniger auf deren Defizite. Die Unterscheidung der verschiedenen künstlerischen Therapierichtungen liegt hauptsächlich in den Medien selbst. Deren Auswahl hängt oft weniger vom Krankheitsbild ab als von der entsprechenden Affinität der Patientinnen/Patienten.

In einer Untersuchung von Eberhardt-Kächele und Aldrige (MU 3/2011) ist eine Tabelle mit den verschiedenen künstlerischen Medien und deren Qualitäten aufgeführt. Juliane Melches sieht hier einen Bezug zu Indikationen, die an bestimmte Kriterien geknüpft werden, die sich aus den unterschiedlichen Materialqualitäten ergeben: Zum Beispiel kann der Affektzugang je nach Medium schneller oder langsamer erreicht werden oder die Möglichkeit zu Distanz, die Regulation von Reizen aus der Umwelt leichter oder schwieriger erfolgen.



Es gibt Kombinationsmöglichkeiten zwischen den Therapieformen wie z.B. Malen oder Bewegung nach Musik oder Maskenbau und -spiel. Die Medien selbst sind ineinander verwoben. Dennoch sollte man als Therapeutin/Therapeut im jeweiligen Medium 'zu Hause' sein, denn jedes Medium hat seine eigene Qualität. Um die jeweiligen Medien gestalten und lesen zu können, bedarf es einer präzisen Wahrnehmung, eines Blicks, der auf sich selbst und seine eigenen Bedingtheiten achtet. Unterschiedliche Medien können sich jedoch gegenseitig stützen.



Kunsttherapie/Medium Bildende Kunst

In der Kunst- und Gestaltungstherapie ist das Medium die Bildende Kunst. Bilder bieten den Schutz, ein unerträgliches Erleben aus sich heraus zu stellen und sich zu distanzieren. Die Menschen ordnen und knüpfen im Medium Bild ein Zeitkontinuum und setzen der flüchtigen Erinnerung ein handhabbares Gebilde entgegen. (Innere) Bilder äußern sich, indem sie Zeit und uneingeschränkte Akzeptanz erhalten sowie das Vertrauen in ihre Ressourcen. Es geht innerhalb des künstlerischen Handelns sowohl um die Imaginationsfähigkeit des Menschen als auch um die Konkretisierung seiner Imagination in einem Wechselspiel.

Die Kunsttherapie wurde vor allem in den 1970er Jahren von Edith Kramer aus den USA eingeführt und der Begriff aus dem englischen 'art therapy' übertragen. Edith Kramers Lehrerin und Freundin war die Bauhausschülerin Friedel Dicker-Brandeis, die bei Johannes Itten studiert hatte, der Kunst und Leben zu einen suchte. Friedel Dicker-Brandeis wiederum malte und zeichnete unter allerschwierigsten Bedingungen mit Kindern im Konzentrationslager Theresienstadt (Vgl. Kramer 1978).

In der aktuellen Kunsttherapie führen das Material und die Methoden vom aktiven zwei- und dreidimensionalen Gestalten (mit Papier, Stift, Farbe, Ton, Holz, Stein etc.) über die Arbeit mit vorgegebenem Material (Collagen, Frottagen) und mittelbaren Medien (Fotografie, Videoarbeiten etc.) bis zu rezeptiven kunsttherapeutischen Ansätzen, die bestehende Kunstwerke einbeziehen. Das bildnerische Gestaltungsprodukt bleibt zuverlässig und beständig im Gegensatz zur Flüchtigkeit der Sprache; Wahrneh-

mungsprozesse werden bildhaft nachvollziehbar. Gleichzeitig bleibt das Werk auch in der Teambesprechung dokumentierender Bestandteil des therapeutischen Prozesses (Vgl. DFKGT <http://www.dfkg.de>).

Ein Bild materialisiert, konkretisiert, trägt die Vorstellung, die sichtbar werden möchte. Deshalb sollten wir die Art und Weise, das WIE unserer Gestaltung, sorgfältig analysieren; sollten schauen, wie Form und Inhalt zusammenwirken. Farbe, Linie, Fläche, Raum und Zeit sind formanalytische Qualitätskriterien kunsttherapeutischer Arbeit. Ebenso kennzeichnet die Art und Weise der Klanggestaltung oder der Instrumentenwahl, der Körperhaltung oder des Bewegungsablaufs, der Sprachstruktur oder des Stimmvolumens, der Dramasequenz oder der Rollengestaltung die Frage der Ausführung eines Inhaltes.

Poesie- und Bibliothherapie

William Mitchell schreibt zur Beziehung von Wort und Bild (Mitchell S. 75): „.... das man beim Verstehen des einen anscheinend stets genötigt ist, sich auf das jeweils andere zu berufen.“ Zur Kommunikation mit Bildern benötigen wir die Sprache und umgekehrt ist unsere Sprache bildhaft. Die Sprache als Schrift ist wiederum ein Zeichen, das (nicht nur in der konkreten Poesie) selbst wieder Bild wird. Beispiele (von Christina Schmidt und Nikola Fahlbusch) illustrieren, auf welche Weise im Projekt im Klinikum „Weißer Hirsch“ in Dresden (Psychosomatik) kreative Schreibprozesse und bildnerisches Gestalten in einen Resonanzdialog traten, welcher wiederum den Dialog zwischen den Teilnehmenden belebte. Während des Projektes gingen einige Teilnehmende, durch eine aktive Imagination unterstützt, auf die gestalterische Suche nach Wesen aus dem Tierreich, welche sie inspirierten und berührten.

Gemeinsam sammelten die Teilnehmenden für jedes Krafttier stärkende Eigenschaften: Eine auch gegenseitige Würdigung der Teilnehmenden untereinander.

„Es wird ersichtlich, dass die Wort-Bild Vernetzung das genaue Betrachten fördern, sowie die Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung und der Präsenz im gegenwärtigen Moment schulen kann“ schreibt Christina Schmidt (unveröffentl. 2015). Die Poesie- und Bibliothherapie unterstützt kreative Prozesse innerhalb der therapeutischen Arbeit mit Poesie und Literatur, setzt auf die Heilkraft der Sprache und des Schreibens. Ilse Orth brachte sie in den 1970er-Jahren nach Deutschland und entwickelte sie zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern weiter (Vgl. Orth, Petzold).

Leonhard Fuest schreibt (2012) zur Pharmakopoetik: „Um die therapeutische Wirkung von Sprachkunstwerken zu ermitteln, muss man ihre gesonderten Qualitäten ernst nehmen: einerseits Inhalt (Thema, Motiv, Figur) andererseits Form (Gattung, Rhythmus). D.h., einerseits ist zu fragen, inwieweit es die Bedeutungen von Texten sind, die mit den Sinnfragen des Klienten korrespondieren mögen ... Und es lässt sich zum anderen fragen was sich mit der Form, etwa dem Rhythmus eines Gedichtes anfangen ließe. Hier wurde und wird auf ähnliche Effekte und Affekte gesetzt, wie sie die Musik für entsprechende therapeutische Zwecke aufweist.“ Und weiter (2013): „Dazu ist eine alte Arbeitshypothese hilfreich: Alle Medien sind Pharmaka (Heilmittel, Gifte, Drogen). [...] Das Poetopharmakon ist mithin ein transformatorischer und interaktiver Begriff, den zu begreifen auf ein Eingreifen in den Wirkungszusammenhang der Medien hinausläuft.“ Worte, Begriffe, Sätze werden als wirksame, heilsame oder vergiftende 'Mittel'



gesehen. Es geht auch hier um Inhalt und Form der therapeutischen Medien, letztlich um Bild, Klang und Sprache und ihr Zusammenwirken.

Musiktherapie

Durch ihre magische und mystische Wirkung war Musik schon früh mit Heilung verbunden. Nach dem 2. Weltkrieg erlebte die Musiktherapie einen starken Aufschwung. Musik ist vom Menschen gestalteter Schall. Mit Hilfe des musikalischen Ausdrucks lassen sich rhythmische Sprachen erfinden und völlig neue Klangwelten. Man erfährt Taktgefühl und Resonanz, wird gehört und hört anderen zu. Man ist mit sich und den anderen im Einklang, erfährt eine Dissonanz, spielt die erste Geige oder ist Teil eines Chores. Musik fördert ein gemeinsames Erleben und individuelles Tun zugleich (Vgl. <http://www.musiktherapie.de>).

In der aktiven Musiktherapie wirken als Medien Körperinstrumente, Geräuscherzeuger, Fantasieinstrumente, konventionelle Instrumente, Stabspiele oder die (eigene) Stimme. Die Musiktherapie verwendet als Medium oft Instrumente, die ohne Vorkenntnisse gespielt werden können wie Trommeln und 'Orffsches' Instrumentarium und arbeitet damit aktiv, improvisatorisch. Daneben stehen spezielle musiktherapeutische Instrumente wie Monochord, Gong oder Schlitztrommeln zur Verfügung, je nach Situation der Patientin/des Patienten. In der 'reproduzierenden aktiven' Musiktherapie singt oder musiziert man nach vorgegebenen Mustern.

Bereits das Musik hören beeinflusst die psychosomatische Gesamtverfassung der Menschen. Wir kennen dies, indem Musik uns beflügelnd mitsummen oder genervt vor einer Geräuschkulisse flüchten lässt. Insoweit ist die Hürde, sich mit Musik einzustimmen, innerhalb der Therapie sehr niedrig. Leider wird aktuell die Musik öffentlich ebenso zu einem Dauergeräusch degradiert wie eine Bilderflut die Medien dominiert. Rezeptive Musiktherapie beinhaltet beispielsweise eine Kombination aus Musikwahrnehmung und unterschiedlichsten Entspannungstechniken bis hin zur Verknüpfung mit der Schlaftherapie. Doch es wird auch nach Musik getanzt, gemalt oder gezeichnet.

Tanz- und Bewegungstherapie

Das Wechselspiel zwischen körperlicher und seelischer Befindlichkeit wird besonders durch den Tanz angesprochen. Der eigene Körper ist Ausdrucks- und Kommunikationsmittel, vermittelt Bewegung und Haltung. Umgekehrt wirkt die Bewegung auf das innere Befinden zurück. „Über die Differenzierung von Körperempfindungen wird auch die Wahrnehmung von Affekten und ein Vertrauen in die eigene Wahrnehmungsfähigkeit ermöglicht.“ schreibt Marianne Eberhardt-Kächele 2002. Anfang der 1980er Jahre kam die Tanztherapie nach Deutschland. Wichtige Therapieziele der Tanztherapie betreffen die Selbstwirksamkeit und Vitalisierung der Menschen. Der Körper wird zum Kommunikations- und Rhythusträger. Zusätzlich arbeitet die Tanztherapie mit Medien aus dem Sport- und Tanzbereich, mit Bällen, Stöcken, Kissen, Bändern etc. Und eben auch mit Musik. Wie die Verbindung von Tanz und Musik betonen Bewegungsmuster, in Zeichnungen eingeschrieben, den interdisziplinären Austausch (Vgl. <http://www.dgt-tanztherapie.de>).

Zeichnungen sind die Umsetzung einer dreidimensionalen Bewegung in die Fläche. Als Diagramme sind sie differenzierter Ausdruck einer hoch spezialisierten Bewegungsdiagnostik, die sich mit Untersuchungen der Körpertherapie überschneidet, wie beispielsweise das Kestenberg Movement Profile (Eberhard, 2005). Gleichzeitig ist auch ein Medium als solches eine Verkörperung einer Idee: Das Bild verkörpert die Imagination, ein Klang wird durch eine Instrument in die Welt gesetzt, eine Bewegung durch den menschlichen



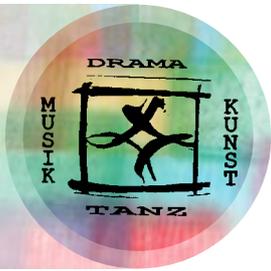
Körper selbst versinnbildlicht, jene Verkörperungen letztlich wieder verbalisiert. Gesten ermöglichen Kommunikation, wie zum Beispiel in der Taubstummensprache.

Drama- und Theatertherapie

Das Herzstück der Dramatherapie, auch Theatertherapie genannt, besteht im dialogischen Wesen der darstellenden Kunst, die Beziehungsräume zwischen Menschen als Gestaltungsräume begreift. Als therapeutischer Raum kann die Dramatherapie die Individualität der Menschen spielerisch zusammenklingen lassen, Dramen aufführen oder Komödien. Sie bezieht sich auf das Schauspiel (Vgl. <http://www.dgft.de>).

Drama meint aber auch eine zielgerichtete Handlung innerhalb eines problemorientierten Ansatzes, das Beziehungstherapie, Interaktionstherapie, konkrete Situationstherapie beinhaltet oder Züge der Gestalttherapie (Perls) bzw. des Psychodramas (Moreno) aufweist. In Theater und Rollenspiel erproben die Menschen Verhaltensweisen, wie im so genannten Spiegeln, Rollenwechsel, Doppeln.

Die Dramatherapie wurde seit den 1960er Jahren vor allem in England und den USA systematisch entwickelt. Im dramatherapeutischen Prozess wird der Verfremdungseffekt genutzt, der durch die Befassung mit fiktiven Situationen und Rollen entsteht. Durch szenische Darstellung und verschiedene Techniken werden aktuelle Konflikte und Beziehungen dargestellt, bearbeitet und bewusst gemacht. Die Wirkung betrifft – wie bei allen Medien – sowohl die Aufführenden als auch die Zusehenden.



Im Masken- wie Schattenspiel ist z.B. sowohl ein Schutz vor der Betrachterin/dem Betrachter als auch die Begegnung mit ihr/ihm möglich. Masken und Kostüme unterstützen das Spiel. Die Arbeit mit dem eigenen Körper, mit Requisiten der Bühne sowie Licht, Raum, Video und Text können das Spiel unterstützen, ebenso vielfältige Übungen aus dem Schauspielbereich und spieltherapeutischen Verfahren, so das Spiel mit Masken oder mit dem eigenen Schatten (auch im übertragenen Sinne). In der Kunsttherapie mit bildnerischen Mitteln ist neben dem Prozess das Produkt ein Medium, das angesehen und mit dem gearbeitet wird, ähnlich der Aufzeichnung einer musiktherapeutischen Begegnung, einer Bewegungsstudie oder einer Inszenierung. Im Gegensatz zur mittelbaren Dokumentation bleibt das selbstgeschaffene Produkt unmittelbar sichtbar und verfügbar mit den Gestaltenden verbunden.

Kreative Therapien/Künstlerische Therapien

Innere Bilder im Sinne einer bewussten Imagination bedeuten nach Luise Reddemann bereits eine „Externalisierung der Wirklichkeit“. Geäußerte Imaginationen ermöglichen eine weitere Distanzierungsmöglichkeit. Zugleich berühren sie unmittelbar und fördern eine Annäherung an sich selbst. Künstlerische Therapien setzen den Krankheitsbildern eine sicht- und begreifbare Gestaltung entgegen als stellvertretendes Gegenüber. Ängste, Hoffnungen, Wünsche oder Ideen werden in den unterschiedlichen Medien dargestellt und angesehen, oft in einem räumlichen und zeitlichen Abstand. Die Medien vermitteln Distanzierungsmomente vom psychischen Geschehen und bieten Raum zu ihrer Gestaltung.

Kreativitäts-Theorien sehen in der Kreativität eine Möglichkeit, das allerursprünglichste, existenzielle Chaos gestaltend abzuwenden, das vor allem auch dann hereinbricht, wenn Krankheiten verunsichern und jeden Halt zu nehmen drohen. Unsere Kreativität hilft uns in unserem Umgang mit der Realität. Der französische Zeichner Joann Sfar schuf 2012: Chagall in Russland. Chagall drängt in dieser Geschichte die Menschen, in seine Bilder und seine Bücher zu schlüpfen: Darin würden sie die Verfolgung überleben. In der Kunsttherapie geht es sowohl darum, eine Realität ungeschönt so anzusehen, wie sie ist, als auch um eine Antizipation z.B. eines Wunsches oder Traumes. Bilder wirken auf die Menschen zurück; sie transformieren die Realität des Lebens so, dass sie diese ansehen können.

Transformation

„Künstler liefern dem Menschen also Identifizierungsangebote, mit denen sie ihm die Bedingungen seiner Existenz vor Augen führen. [...] Die Transformationsarbeit erschafft keine neue Welt, aber sie verändert die Aufmerksamkeitshaltung gegenüber der Welt und erschafft eine neue Gestalt für die Beziehung zu ihr“ schreibt Ekkehard Gattig 2009.

Blickwinkel, Perspektiven ändern sich. Ein Klavierspiel, das im Zusammenspiel von Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient in einem geduldigen Miteinander in einen Einklang kommt, hinterlässt in der Seele den Rhythmus, die sie, als wohltuend empfunden, weitertragen kann. Auch können Töne oder Bewegungsmuster aufgezeichnet werden. Das bildnerische Gestaltungsprodukt bleibt zuverlässig und beständig im Gegensatz zur Flüchtigkeit der Sprache; Wahrnehmungsprozesse werden bildhaft nachvollziehbar. Gleichzeitig bleibt das Werk auch in der Teamdiskussion dokumentierender Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

FORMANALYTISCHE KRITERIEN KUNSTTHERAPEUTISCHER ARBEIT

Seit vielen Jahren suche ich formanalytische Kriterien der kunsttherapeutischen Arbeit. Das inzwischen verdichtete 'Work in Progress' bezieht sich auf die Kriterien: Zeit, Farbe, Linie, Fläche und Raum. Wobei Zeit, Farbe, Linie, Fläche immaterielle Wirkfaktoren vertreten, der Raum dagegen ein materielles Kriterium bedeutet und den realen dreidimensionalen Raum in seiner Materie und Handlung bestimmt. Das Wie kennzeichnet die Ausführung eines Inhaltes, d.h., der Inhalt selbst ist ebenso wichtig wie die Art und Weise seiner Darstellung.

Da ich aus der Bildenden Kunst komme, sind die Medien der Bildenden Kunst Ausgangspunkt dieses Vortrages. Ich hoffe, dass Sie, die Sie in den anderen Medien zuhause sind, für Ihre eigene Disziplin entsprechende gemeinsame Phänomene entdecken können. Sicherlich bedarf es des weiteren Austauschs zwischen den Disziplinen, um das Gemeinsame und das Spezifische der kreativtherapeutischen Fachbereiche jeweils differenzierter und präziser fassen zu können. Ich werde diese Dimensionen insgesamt etwas verkürzt vorstellen (Vgl. Titze 2015, 2016).

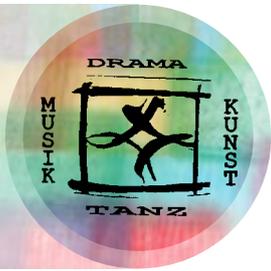
Die Gestaltung im Fluss der Zeit

Die Zeit verdichtet sich in der Gestaltung. Sie verändert die Betrachtung der Bilder, während diese gleich bleiben. Eigene Entwicklungsprozesse werden anschaulich. Verschiedene Zeitphasen im Bild zeigen sich gleichzeitig und gleichwertig, während z.B. eine Erzählung ein Nacheinander nutzt. Jedes Bild zeigt Vergangenes und Abwesendes. Bilder erzählen und erinnern, doch bleiben sie selbst präsent. Die bildnerische Arbeit bedeutet Präsenz. Roman Opalka z.B. stellte in seinem Werk „1965/ 1-∞“, die Sichtbarmachung der Zeit ins Zentrum seines Schaffens. Im Gespräch im Kunstforum mit Heinz-Norbert Jocks (2000, S.171) sagte er auf die Frage nach der Bedeutung seiner Arbeit: „Mein Werk befasst sich mit der Zeit, die präsent ist, eben nicht mit der verlorenen. Mein malerisches Konzept beruht darauf, die Zeit zu versichtbaren. [...] Ich hinterlasse eine Spur meiner Präsenz. Der Akt des Malens produziert Dokumente davon. [...] Und ein Maler kann tatsächlich Zeit visualisieren.“

Das Gedächtnis wandelt sich in seiner Erinnerung durch sich selbst. „Das Gedächtnis aber unterliegt einer ständigen Veränderung in der Zeit“ schreibt Michael von Brück (2007). Bilder sind statisch und damit ein Korrektiv des Gedächtnisses. Es formt die Zeit als bleibenden, konkreten Wert. Kunsttherapie ist vor allem auch eine aktuelle Handlung, eine zeitliche Gestaltung, die aktiv Lösungsmomente generiert.

Zeit: Kontinuität des Wandels:

„Die Ungewissheit über sich selbst erzeugt im Menschen die Neigung, sich als anderen und im Bilde zu sehen. Seine Bilderzeugnisse aber beweisen, dass der Wandel die einzige Kontinuität ist, über die er verfügt.“ schreibt Hans Belting (2013, S.19). Das Bild hält sichtbar die Lebenszeit fest. Bilder bleiben Zeugen unserer Suche nach uns selbst und Zeugen unseres Wandels innerhalb dieser Suche. Gegenwärtig ist das Bild im Moment seiner Entstehung oder Betrachtung. Gleichzeitig erinnert das Bild uns an unsere eigene Vergänglichkeit. Das lässt oft zögern, ein Bild zu beenden. Wenn wir die geschaffene Gestaltung betrachten, ist sie bereits geschehen. Wenn wir den Klang des Gongs nachhallen hören, ist der Schlag bereits getan. Ebenso sind wir im Akt der Bewegung, des Musizierens, des Spiels oder des Schreibens ganz gegenwärtig, ganz bei uns.



Wenn wir das Geschriebene lesen, sind wir in einer nächsten Zeiteinheit und vergegenwärtigen uns unsere damalige Situation.

Zeit: Innehalten

„Während des Gestaltens kann der Zustand des Verlassen-Seins vorübergehend aufgehoben werden“ sagte Ingrid Riedel in einem Vortrag 1999. Sobald wir in einen kreativen Prozess eintauchen, sind wir ganz bei uns selbst und mit der Welt um uns herum verbunden. Die Wahl des Instruments beherrscht die Aufmerksamkeit; der Klang, der stimmig sein soll; die Bewegung, die dem Körper entspricht (oder auch nicht); die Rolle, die eingenommen werden will im Zusammenspiel mit anderen; die Sprache, die jenseits der inhaltlichen Mitteilung durch eine eigene Struktur und Betonung ein bestimmtes Gefühl vermittelt.

Der kreative Prozess selbst ist ernsthaft und selbstvergessen. Diesen Zustand der Selbstvergessenheit bezeichnet man in der positiven Psychologie nach Csikszentmihalyi (Vgl. Csikszentmihalyi, 1998, 1999) als 'Flow'-Erleben. Jenes Glücksgefühl der kreativ-fordernden Arbeit wirkt stabilisierend und kann heilen, ebenso wie die Erfahrung von Sinn, Struktur und Bedeutung in der eigenen Entwicklung' (Vgl. Antonovsky 1997). Hier geht es auch um das Kohärenzgefühl, das Ausmaß, in dem eine Person das Leben als sinnvoll empfindet.

FARBEN: Das Sichtbare und das Unsichtbare.

Eine Gestaltung bedeutet ein nach außen Legen innerer Bilder. Die Versunkenheit im Gestaltungsprozess ist oft ebenso zeitlos wie der intuitive Moment. In der kunsttherapeutischen Arbeit geht es oft darum, sich den emotionalen Qualitäten von Farbe anzunähern. Bilder zeigen die eigene, farbige Bilderwelt, selbst wenn der alltägliche 'normale' Kontakt schwierig ist. Farbe ist dem Licht verbunden und verweist auf physikalische Energien außerhalb von uns selbst. Sie öffnet spirituelle Bezüge und berührt die Seele, ist allumfassende und dennoch subjektive Erfahrung des Menschen. Farben weisen über uns selbst hinaus...„Man macht sich oft nicht klar, dass es Farben, abgesehen von ihrer Schwingungsfrequenz und ihrer Lichtqualität, überhaupt nicht gibt!“ schrieb Ingrid Riedel (1983, S.12).

William J.T. Mitchell konstatiert (2009): „Der bildende Künstler ... ist ebenso sehr mit der unsichtbaren wie mit der sichtbaren Welt befasst. Wir können niemals ein Bild verstehen, solange wir nicht erfassen, wie es zeigt, was nicht zu sehen ist.“ Das gilt für alle künstlerischen Medien: Das WIE der Gestaltung, der Bewegung, des Klangs, der Handhabung der Instrumente, der Stimme, Geste und des eigenen Körpers verdeutlicht jenseits der bewussten Handhabung eines Inhalts dessen verborgene Mitteilung. Dies im Zusammenspiel verschiedener Medien, die wir alle gleich aufmerksam betrachten sollten: Die Frage, wie jemand einen Stift ergreift oder am Tisch sitzt, fließt ebenso in das Bild mit ein, wie vielleicht die Farbe des Kleides den Tanz oder Bewegungen Klang, Spiel oder Sprache beeinflussen können.

Die LINIE: Bewusstsein und Bezogenheit

Die Linie erschafft Zeichnungen, indem sie wandert und Spuren hinterlässt, Grenzen setzt oder Formen erschafft. Die Linie abstrahiert und konzentriert unser Verhältnis zur Welt. Sie gestaltet sich dennoch unmittelbar, denn die Handbewegung schreibt sich direkt in das Blatt. Die Linie abstrahiert eine dreidimensionale Bewegung, eine räumliche Situation, in die zweidimensionale Fläche, setzt damit die Zeichnenden in Distanz zu sich selbst. Wenn man sich formuliert, steht man sich handelnd gegenüber und entwickelt einen Dialog. Die Linie wirkt zugleich als unmittelbare Reflexion in einem Akt der Wahrnehmung. Linien machen uns aktiv unsere Welt bewusst und führen zur Schrift.

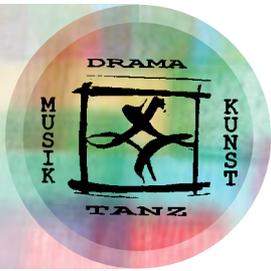
In der Gedenkstätte Pirna Sonnenstein arbeitete Bettina Wittig nach Führungen mit der Resonanzbildmethode Gisela Schmeers. Die Teilnehmenden waren dankbar für diese Form der nonverbalen Kommunikation, da sie durch die verstörenden Einblicke zunächst meist verstummen. Über die Bildarbeit wurde es ihnen möglich, ihre Eindrücke wiederzugeben und schließlich auch darüber zu sprechen. Die Bildraumbegrenzung sowie die klare Schwarzweiß-Grafik fördern Abstraktion, Reduktion und Verdichtung der Aussage und vermitteln somit Distanz zum (emotionalen) Geschehen. Gleichzeitig führen sie zurück zur Sprache. Die Linie bezieht eine Nähe zur Poesie, zur Schrift, zur Sprache, verdeutlicht Noten einer Komposition oder die Aufzeichnungen eines Tanzes als Linie im Raum.

Die FLÄCHE/ EBENE des Bildes als Freiraum der Fantasie

Die Fläche des Bildes ist begrenzt; erst dieser Rahmen macht es zu einem Anderen. Es geht in der Kunsttherapie um den Blick in das Bild hinein und aus dem Bild heraus. Etwas, das durch uns selbst gestaltet wurde, schaut uns an, fremd und vertraut zugleich. Geäußerte innere Bilder ermöglichen eine Distanzierung. Zugleich berühren sie unmittelbar und wirken zurück. Die Mehrschichtigkeit der Gestaltungsebene zeigt die äußere und innerpsychische Ebene sowie verschiedene Zeitebenen der Gestaltung, verknüpft Zeiten, Orte und divergierende Geschehen. Bildnerische kunsttherapeutische Interventionen veranschaulichen nachvollziehbar neue Perspektiven: Einzelne Veränderungsschritte der im Bild erprobten Lösungen sowie die Struktur eines Konfliktes bleiben bildhaft vor Augen. Die eigene Verantwortung innerhalb des Geschehens wird anschaulich. Bild und Sprache verbünden sich.

Das Bild als Gegenüber ist (auch) ein Fremdes

Bilder abstrahieren das Leben in die Fläche. Eine Fläche ist nur scheinbar flach. Die äußere Ebene einer Gestaltung als Freiraum der Fantasie öffnet Spielräume, Beziehungsräume, Möglichkeitsräume. Erfahrungen werden vorgebildet, auch jene, die das Leben vielleicht nicht erlauben würde. Dennoch wirkt die bildnerische Erfahrung in den Alltag. Das Bild als Gegenüber ist (auch) ein Fremdes, wie es Philipp Soldt (2009) vermittelt: „Dass nämlich aus Sicht einer psychoanalytischen Ästhetik von der kunstästhetischen Erfahrung eines Bildes dann die Rede sein kann, wenn wir es nicht bloß kraft unserer Imagination aus seiner Fläche heraustreten lassen, es animieren, sondern es auch zulassen, dass es sich uns entzieht – fremd, flach, stumm und blind wird.“ „Ein und denselben Kopf immer wieder zu malen führt zu Unvertrautheit“ betont auch der Maler Frank Auerbach in einem Gespräch (2009).



Das Bild als Stellvertreter (Das Eigene) (Philipp Soldt 2009)

Die Interaktion mit dem Bild als ein eigenständiges (und teilweise fremdes) Gegenüber ist wie seine Gestaltung eine aktuelle Handlung. Mit einer äußeren Gestalt innerer Bilder kann man konkret sprechen und handeln. Das Fremde der Gestaltung wird ein Eigenes. Sich in die eigene Skulptur einzufühlen oder mit dem eigenen Bild zu sprechen, schafft ein neues Bewusstsein seiner selbst. Die Dynamik bildnerischer Arbeit liegt in seiner Handlungs- und Lösungsorientierung. Wer im Bild übt, eine noch unfertige Zeichnung weiterzuführen, obwohl sie dadurch missraten kann; wer übt, das Bild sorgfältig zu betrachten, anstatt schematisch weiterzuarbeiten; wer sich neuen Medien anvertraut und Experimente wagt; wer riskiert, dass die eigene Arbeit unvertraute Züge entwickelt oder versucht, eine eigene Vorgehensweise zu entwickeln, kann diese bildnerischen Handlungen in den Alltag übertragen, weil sie, aus dem täglichen Umfeld gelöst, zuvor einen neutralen Rahmen erhalten haben.

„Selbst in den imaginären Raum, den ein Bild eröffnet, einzutauchen, sich in ihm zu bewegen, und nicht 'adhäsiv' zu einem Teil eines Anderen zu werden, das dann gar kein Bild, sondern bloß noch ein Affekt ist – diese Subjektform ist konstitutiv an die erfahrbare Grenze des Bildes gebunden. [...] In dieser Hinsicht wird auch das Traumbild für den Träumer erst am Morgen zu einem Traumbild, nachdem das nächtliche visuelle Geschehen durch das Aufwachen allererst einen Rahmen erhalten hat“ schreibt Philipp Soldt (2009). Ein Bild als ein Gegenüber zu erfahren als ein von einem selbst Getrenntes, schafft Distanz in der Nähe.

Der RAUM des Handelns und der Materie

Innere Bilder zu äußern ist eine sinnliche Erfahrung. Es entstehen sinnliche Gebilde in materieller Vielfalt. Jede Gestaltung ist neu in der Welt. Jedes Material beeinflusst das innere Thema. Jedes Material ändert die Ausdrucksweise. Jedes Material erfordert eine andere Handlungsweise. Materialangebote stützen individuelle Entwicklungsprozesse. Die Umsetzung der Vision in die Realität, die Frage der Machbarkeit und der Konkretisierung stehen im Vordergrund sowie das Üben und Erproben. Innere Bilder zu äußern ist eine sinnliche Erfahrung und zugleich ein Abstraktionsvorgang. Die Gestaltung wird begreifbar.

Kunsttherapie beachtet den adäquaten Umgang mit Materialerfordernissen: inwieweit man geeignete Materie für entsprechende Vorstellungen zu finden sucht oder einer Idee ungeeignetes Material aufzwingt; welches Material man bevorzugt und wie man auf dessen Eigenschaften reagiert, wie man Zielvorstellungen und Unwägbarkeiten handhabt. Ein Bild wird nur in der Materie sichtbar, doch die Materie trägt die Vorstellung, die sichtbar werden möchte. Edmund de Waal schreibt: „Ein Objekt verdrängt den Raum, den es selbst in Besitz nimmt [...] Ich kann lesen, wie ein Rand Spannung aufbaut oder verliert. Ich kann spüren, ob das Gefäß hastig oder mit Sorgfalt hergestellt wurde. Ob es Wärme besitzt.“

DER THERAPEUTISCHE PROZESS

Klientin/Klient, Therapeutin/Therapeut und Medium im Dreiklang

Künstlerische Therapien sind der Schöpfungskraft in ihrer ursprünglichen Bedeutung verbunden, um diese therapeutisch wirksam werden zu lassen. Kreative Therapien sind ressourcenorientiert, denn das, was gestaltet wird, birgt bereits sein eigenes Lösungspotenzial in einer Probehandlung des Alltags. In der Ressourcenorientierung, Handlungsorientierung, Lösungsorientierung und differenzierten Wahrnehmungsschulung einen sich die künstlerischen Therapien. „Wenn wir verstehen können, wie es den Bildern gelungen ist, ihre gegenwärtige Macht über uns zu erlangen, dann sind wir vielleicht in der Lage, die sie hervorbringende Einbildungskraft zurückzugewinnen“ schreibt William J. T. Mitchell (2008).

Materielle und immaterielle Präsenz

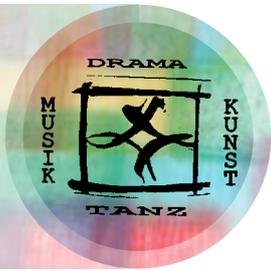
Wenn wir die Medien der Kreativtherapien auf den kreativen Prozess beziehen, so sind sie stets durch ihre materielle und immaterielle Präsenz bestimmt. Die Klientinnen/Klienten sind mit der Wahrnehmung, Handlung und Reflexion ihres Ausdrucks befasst, mit ihren Gefühle, Empfindungen und Gedanken. Die Therapeutinnen/Therapeuten arbeiten mit der Wahrnehmung, Empathie, Resonanz und Reflexion der Klientin/des Klienten, des Mediums, des Prozesses sowie der eigenen Person. Dies ist sehr reduziert und vereinfacht wiedergegeben. Es sind stets alle der nun folgenden Phänomene beteiligt, jedoch in den unterschiedlichen Kreativitätsphasen (nach Rainer Holm-Hadulla) mit, meine ich, unterschiedlicher Gewichtung. Die Kreativitätsphasen selbst sind in ihrer Dynamik gekennzeichnet, der kreativtherapeutische Prozess eher in seinen inhaltlichen Schwerpunkten. Wir alle wissen: Diese Prozesse verlaufen nicht linear!

Phasen der Kreativität

Künstlerischer wie therapeutischer Prozess lassen folgende vier oft beschriebenen Phasen der Kreativität aufscheinen: Auf die Phase der Präparation, in der ein Problem bewusst wird und man sich intensiv mit der Aufgabe auseinander setzt, folgt die so genannte 'schöpferischen Phase' der Inkubation, in der an dem Problem gearbeitet wird, oft ohne sich dessen bewusst zu sein. Hier kann in der therapeutischen wie künstlerischen Arbeit eine innere Leere erlebt werden, ein vermeintlicher Stillstand, der Frustrationstoleranz erfordert (auch der Therapeutin/des Therapeuten). Als Phase der Illumination ('Aha-Erlebnis') wird die meist plötzliche Lösung des (inneren) Denkprozesses bezeichnet, welche man in der Phase der Verifikation auf ihre Brauchbarkeit prüft. Rainer M. Holm-Hadulla spricht von der Schwierigkeit der Realisation und setzt diese Phase vor jene der Verifikation. Er betont, dass der kreative Prozess ernsthaft und selbstvergessen sei (Vgl. Holm-Hadulla, 2005). Die Phasen des kreativen Prozesses folgen nicht linear aufeinander, sondern durchdringen sich gegenseitig. Kreativität besteht in vor allem in der Neuformierung, Neugestaltung von Informationen.

Präparationsphase

So ist in der ersten Phase, der Präparationsphase, der Antrieb zu einer Gestaltung (und einer Therapie) charakteristisch: eine Idee, ein Schmerz, eine Hoffnung, die den Prozess beginnen lassen. Die Klientin/der Klient nimmt vor allem wahr und imaginiert, das Medium steht bereit in seinem jeweiligen Material- und Aufforderungscharakter. Die Therapeutin/der Therapeut unterstützt vorwiegend durch Empathie und Resonanz.



Inkubationsphase

Die folgende Inkubationsphase ist jene Phase, die ungreifbar sich im Unbewussten abspielt. Sei scheint zu labilisieren, da hier der Ort ist, an dem das Chaos sich ausbreiten darf. Inkohärenzzustände scheinen die Kreativität zu fördern, aber die Menschen auch zu ängstigen. Das Streben nach Kohärenz wiederum entdeckt die sinnvollen Zusammenhänge kreativer Prozesse, kann aber in zu starre Formen führen. Wir bewegen uns in Polaritäten; insoweit ist der kreativtherapeutische Prozess von sowohl größtmöglicher Offenheit als auch größtmöglicher Vertiefung geprägt. Die Klientin/der Klient ist versunken in die Gestaltungshandlung mit Gewicht auf deren intuitiver Komponente. Das Medium bietet Widerstand, Hilfe sowie Überraschungsmomente; es behindert oder fördert Ideen. Die Therapeutin/der Therapeut bleibt selbstredend empathisch und resonant, in dieser Phase vor allem aber in einer hohen Ressourcenorientierung der hier meist aktiven (non-)verbalen Interventionen.

Illuminationsphase

Die Illuminationsphase ist eher kurz; in ihr wird Erkenntnis gewonnen, ein 'Aha-Erleben' geschieht, ein Geistesblitz entzündet sich. Die Klientin/der Klient erfährt einen Erfahrungs- und Bewusstseinswandel, die Perspektive (auf das Problem) verändert sich. Nicht selten entsteht diese Illumination mithilfe des Mediums (der Gestaltung) als ein 'medialer' Spiegel oder 'sensorischer Impuls' (im Bildnerischen als 'visuelle Erkenntnis'), der als Gegenüber wirkt: unmittelbar sowie als Distanzierungsmoment. Das innere Bild, als Gegenüber in der Gestaltung sichtbar (hörbar, spürbar), hilft einem neuen Blick auf sich selbst. Die Therapeutin/der Therapeut ist gefordert, diese Erkenntnis zu schützen und zu stützen, ein Containment (weiterhin!) zur Verfügung zu stellen sowie (wie bereits innerhalb des Gestaltungsprozesses) die Lösungsorientierung zu fokussieren (stets mit Blick auf die Ressourcen).

Realisationsphase

Die Realisationsphase vermittelt Orientierung innerhalb des kreativtherapeutischen Geschehens. Die Klientin/der Klient ist bemüht, die Erkenntnis zu konkretisieren und den Lösungsaspekt zu verdeutlichen. Das Medium unterstützt den Realitätsbezug in seiner jeweiligen Materialqualität; die Idee reibt sich somit an der Materie: Die Umsetzung der Vision in die Realität, die Frage der Machbarkeit und der Konkretisierung stehen im Vordergrund sowie das Üben und Erproben des Lösungsgedankens. Die Therapeutin/der Therapeut fokussiert (neben dem weiterhin empathisch-resonanten-reflektierten Containment) vorwiegend die Ressourcenorientierung und das jeweilige (lösungsorientierte) Medienverständnis.

Verifikationsphase

Die Verifikationsphase schließlich (zu der manche die Realisationsphase zählen) überprüft die so gewonnene neue Ebene. Die Klientin/der Klient bezieht die Gestaltungs-Erkenntnisse auf die Alltagsebene, überprüft und integriert diese Kohärenzerfahrung, erkennt die Sinnzusammenhänge seines/ihres Lebens. Die Therapeutin/der Therapeut unterstützt die Verankerung dieser gewonnenen Transformationsaspekte, sichert deren Überprüfung mit. Das ursprüngliche, kindliche, begeisterte Vertrauen in den Gestaltungsprozess benötigt man zu der Hinwendung zu einem Ziel, zu einer Idee. Die Überprüfung dessen bereichert das Vertrauen hinsichtlich seines Wertes für die jeweilige Person.

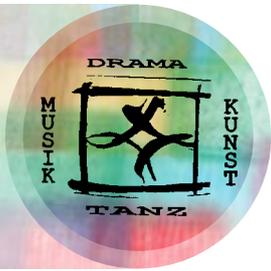
Das Medium wird angereichert durch Gespräche, Gefühle, Kommentare und Assoziationen. Es wird in die Welt entlassen und kommt verändert zur Erzeugerin/zum Erzeuger zurück. Es bleibt aber in seiner Konsistenz verlässlich so, wie es ist, und als ein Spiegel der gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse. Auf der neuen Ebene der Kohärenz- und Transformationserfahrung beginnt ein ähnlicher, neuer, ganz anderer, gleicher Prozess von vorne. Ein kreativtherapeutischer Prozess mit einem neuen oder dem gleichen Medium.

Kreativitätsphasen Dynamik	Kreativtherapeutischer Prozess	Klientin/Klient Wahrnehmung, Handlung, Reflexion	Therapeutin/Therapeut Wahrnehmung, Empathie, Resonanz, Reflexion	Medium Materielle und immaterielle Präsenz
Präparation	Antrieb, Idee	Wahrnehmung, Imagination	Empathie, Resonanz	Materialqualität und immaterielle Präsenz
Inkubation	Offenheit, Vertiefung	Gestaltungshandlung, Intuitive Komponente	Ressourcenorientierung Intervention (non-) verbal	Widerstand, Hilfe Überraschung
Illumination	Erkenntnis	Erfahrungs- und Bewusstseinswandel	Containment Lösungsorientierung	Medialer Spiegel 'sensorischer Impuls'
Realisation	Orientierung	Konkretisierung	Ressourcenorientierung Medienverständnis	Realitätsbezug Materialqualität
Verifikation	Neue Ebene Überprüfung	Alltagsbezüge Kohärenzerfahrung	Verankerung Transformationsaspekte	Verselbstständigung Eigenständigkeit

Den Vortrag hielt Juliane Melches, Dresden, in meiner Vertretung. Hierfür danke ich ihr sehr.

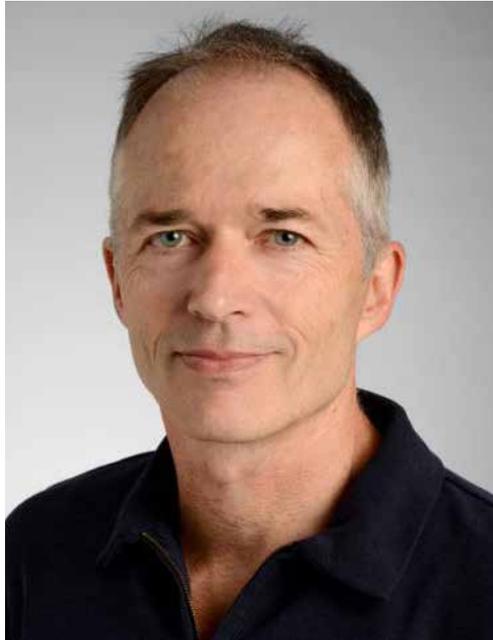
Doris Titze, Dresden, November 2015

Die Literaturliste kann bei der Autorin angefragt werden.



Das Dritte – Voraussetzung und Ziel kreativer Prozesse in Entwicklung und Therapie

Dr. phil. Jürgen Grieser



Geboren 1956 in Stuttgart.

Studium der Psychologie, Psychopathologie und Ethnologie an der Universität Zürich.
Promotion an der Universität Bremen.

Psychoanalytische Ausbildung am Psychoanalytischen Seminar Zürich.

Ausbildung in psychoanalytisch-systemischer Familientherapie (M. Buchholz, Luzern).
Ausbildung in Psychodynamischer Teamsupervision, Coaching und Organisationsentwicklung (IPOM, München).

Praxisbewilligungen als Psychotherapeut in den Kantonen Zürich und St. Gallen.

Nach Berufserfahrungen im Bereich der Publizistik und Sozialpädagogik von 1990 bis 1997 als Psychologe und Psychotherapeut im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst St. Gallen in der Ambulanz und in der Tagesklinik tätig.

Von 1995 bis 2013 Mitarbeit im Pädiatrisch-Endokrinologischen Zentrum Zürich PEZZ.
Seit 1995 eigene Praxis für Kinder-, Jugendlichen-, Erwachsenenpsychotherapie, Coaching und Supervision, seit 2013 in der Psychiatrisch-Psychoanalytischen Praxisgemeinschaft am Stauffacher.

Dozent und Supervisor in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten u. a. am Psychoanalytischen Seminar Zürich und im Institut für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie KJF in Luzern.

Publikationen, Vortrags- und Lehrtätigkeit zu Themen wie die Bedeutung des Vaters, Familienentwicklung insbesondere bei chronischer Krankheit, Jugendmedizin, Psychosomatik, Triangulierung, Entwicklung und Psychotherapie.

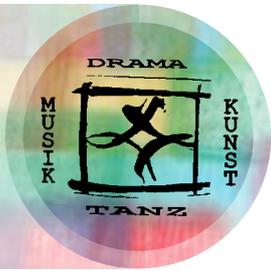
Abstract: Die Errichtung, Ausgestaltung und Aufrechterhaltung des psychischen Raumes erfordert stetes kreatives Tun, das in der frühen Kindheit beginnt und bis ins hohe Alter anhält. Um das Selbst vom Anderen zu unterscheiden, braucht es Drittes und Dritte, die symbiotische und dyadische Verhältnisse öffnen und aushaltbar machen. Ist diese basale trianguläre psychische Struktur einmal errichtet, dann können Konflikte unter Verwendung symbolischer Elemente dargestellt werden. Die therapeutische Situation ist ein Möglichkeitsraum oder eine Probebühne, wo Altes reinszeniert und Neues erfunden werden kann. Dabei kann ganz Verschiedenes das Dritte sein: das, was in der Therapie geschaffen wird, der Körper, die Sprache, die Therapeutin/der Therapeut oder die therapeutische Beziehung selber.

Übergangsobjekte im Möglichkeitsraum

Die vielleicht wichtigsten Beiträge aus psychoanalytischer Sicht zur Kreativität stammen von Donald W. Winnicott (1896–1971). Mit seinem Konzept des Übergangsobjekts beschrieb der englische Kinderarzt und Psychoanalytiker den kreativen Akt, in dem das kleine Kind in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres aus einem materiellen Gegenstand ein Objekt erschafft, mit dessen Hilfe es in der Lage ist, die unvermeidlichen Abwesenheiten der Mutter zu überbrücken: ein Plüschtier, ein Stück Stoff, irgendein Gegenstand kann durch diesen schöpferischen Akt des Kindes zum Ersatz für die Mutter werden.

Das Übergangsobjekt ist das erste von vielen verschiedenen Dingen, Vorstellungen oder Beschäftigungen, die der Mensch im weiteren Leben benutzen wird, um die durch die Abwesenheit der Objekte entstehende Leere mit Struktur zu füllen. Beim Übergangsobjekt handelt es sich um den Vorläufer eines Symbols, Vorläufer, weil es noch an einen materiellen, auf die Mutter bezogenen Träger gebunden ist. Es handelt sich um den Vorläufer von einem oder etwas Drittem, das dem Kind hilft, seine Beziehungen aufrechtzuerhalten und zu regulieren. Das Übergangsobjekt stellt eine Wegmarke, eine prototypische Erfahrung dar auf dem Weg zur Differenzierung des kindlichen Selbst von dem seiner Bezugspersonen.

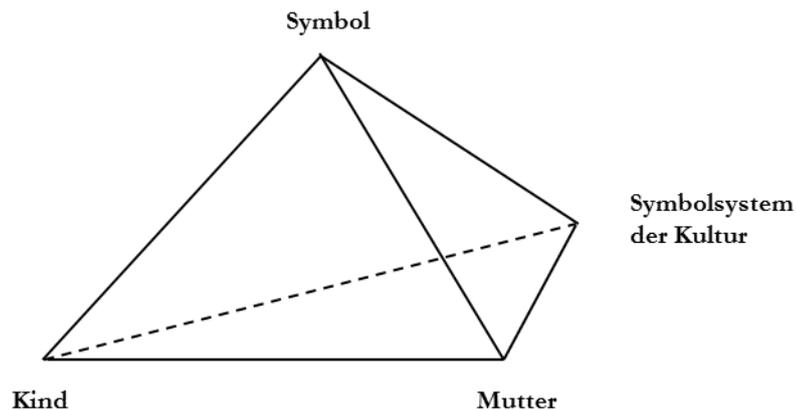
Wichtig ist festzuhalten, dass die Voraussetzung dafür, dass das Kind solche Phänomene wie das Übergangsobjekt, Phantasien oder Symbole entwickelt oder in seine Welt aufnimmt, die Abwesenheit dessen ist, wofür das Symbol steht, eine Situation des Mangels, wenn man so will. Wenn die Mutter nicht da ist, erfindet das Kind das Übergangsobjekt. Wenn ein Bedürfnis oder Triebwunsch nicht unmittelbar befriedigt wird, entsteht eine Halluzination zur Erfüllung dieses Bedürfnisses. Wenn etwas nicht da ist, wird es durch ein Symbol vertreten. So ist in der Beziehung des Kindes zur Umwelt das Übergangsobjekt, die Phantasie, das Symbol jeweils ein Drittes. Das Symbol oder die innere Vorstellung entstehen durch den Druck des unerfüllten Wunsches und sind aufgeladen von der damit verbundenen, aufgeschobenen Libido und Aggression. So gesehen ist die Herstellung von Symbolischem, sei es das erste Übergangsobjekt oder ein Kunstwerk, ein Akt, in dem libidinöse und aggressive Energie absorbiert und transformiert werden.



Das Übergangsobjekt entsteht in einem psychischen Raum zwischen Kind und Mutter, den Winnicott den „Übergangsraum“ oder „potentiellen Raum“ („Möglichkeitsraum“) nannte. Dieser potentielle Raum ist etwas anderes als die innere Welt des Kindes und etwas anderes als die äußere Realität. Der potentielle Raum ist auch der Ort des Spielens, der Kreativität und der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie.

Das Symbol als Drittes

Das Übergangsobjekt ist nur das erste einer unendlichen Reihe von Kreationen des Menschen, mit deren Hilfe er seine innere Welt errichtet und die Beziehungen zu anderen reguliert. Scheint das Übergangsobjekt noch irgendwie materiell mit der Mutter verbunden, so kann das Symbol, also z.B. ein Wort, völlig losgelöst sein von dem, was es bezeichnet. Die Eltern entnehmen die Worte dem Symbolsystem der Kultur, denn schließlich wollen sie dem Kind nicht irgendwelche Symbole beibringen, sondern solche, die auch in der Kommunikation mit anderen Angehörigen ihrer Kultur einen Sinn haben. Wenn die Symbole der Kommunikation mit Anderen dienen sollen, dann stehen sie also nicht nur in dem triadischen Verhältnis Subjekt – Symbolisiertes – Symbol, sondern sie müssen darüber hinaus auf das mit den Anderen geteilte Symbolsystem als ein Viertes bezogen sein. Wir haben es deshalb nun mit der folgenden komplexen Dreiecksstruktur zu tun:



Das kulturelle Symbolsystem als triangulierendes Viertes

Die Fähigkeit zu symbolisieren ist die Voraussetzung dafür, dass der Mensch seine Beziehungen und Objekte innerpsychisch repräsentieren kann, dass er Fantasien entwickeln und dass er die zunächst somatoform erlebten Triebwünsche, Bedürfnisse und Affekte mental repräsentieren und verarbeiten kann anstatt sie unmittelbar somatisch abreagieren zu müssen.

Vom Spiel zur Kreativität

Winnicott sah die primäre Kreativität des Kindes als dessen Grundhaltung gegenüber der Welt, als seine Möglichkeit mit der äußeren Realität und den von innen herandrängenden Triebregungen umzugehen. Primäre Kreativität heißt, dass der Mensch auf der Grundlage seines Bedürfnisses zur kreativen Gestaltung das, was ihm von innen und außen zustößt, darstellen und gestalten möchte. Das Ziel dieses kreativen Tuns ist, die erlebte Störung durch die Gestaltung oder Symbolisierung in eine Form zu bringen, die es erlaubt, mit dem Geschehen umzugehen und es zu verdauen.

Wie das kreative Werk als ein Drittes die Beziehung zur Welt regulieren und erleichtern kann, möchte ich mit dem Besuch der Bildhauerin Louise Bourgeois beim Fotografen Robert Mapplethorpe illustrieren. Louise Bourgeois musste zum Fototermin zu Mapplethorpe in dessen Atelier gehen, das machte sie nervös. Sie wollte sich auf die Begegnung mit diesem Mann vorbereiten, überlegte, was sie als Requisit mitnehmen könnte, und entschied sich für eine ihrer Skulpturen, einen riesigen Phallus, genannt Fillette (abgebildet in Grieser 2011, S. 369).

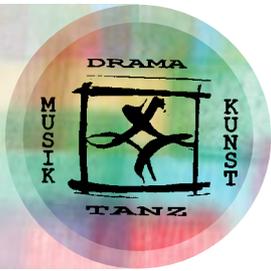
„Ich wusste, das Halten und Wiegen der Plastik würde mir Mut machen“, schreibt Bourgeois (1998, S. 216), also der körperliche Kontakt mit dem Objekt, das sie nicht nur dabei haben, sondern spüren und fühlen kann. Das Wiegen erinnert natürlich auch an die Wiegebewegungen, mit denen eine Mutter ihr Kind beruhigt. Dies ist die Seite des Übergangsobjekts. Am liebsten wäre es Louise Bourgeois, wenn nicht sie selber sondern nur ihr Werk in Erscheinung, ins Licht des Fotografen treten müsste: „Mein Werk vertritt mich in der Tat besser als meine physische Präsenz.“ Das symbolische Werk könnte an die Stelle ihrer physischen Anwesenheit treten.

Man kann sich gut vorstellen, welchen Effekt der Phallus auf Robert Mapplethorpe gehabt haben muss: In der Dreierkonstellation Louise Bourgeois – Phallus – Robert Mapplethorpe konnte Bourgeois wohl davon ausgehen, dass der Blick und die Aufmerksamkeit Mapplethorpes nicht auf ihr haften würde, sondern sich ebenso sehr „ihrem“ Phallus zuwenden würde, und dass sie dann vielleicht nicht gleich über sie reden würden, sondern über die ungewöhnliche Idee, mit einem Phallus einzumarschieren. Ein gutes Beispiel dafür, dass und wie das Dritte die Beziehung zwischen zweien verändern kann.

Das therapeutische Dreieck

Auch die therapeutische Situation ist ein Übergangs- oder Möglichkeitsraum, ein Spielraum, in dem Altes reinszeniert und Neues auftauchen und ausprobiert werden kann. Die Interaktion oder das Spiel zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut stößt, wie das Spiel zwischen Kind und Mutter oder Vater Symbolisierungs- und Entwicklungsprozesse an. Das Dritte, mit dem sich Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut beschäftigen, stellt das sogenannte Material der Behandlung dar. Die Methode und die Regeln, denen die Therapie unterliegt, stellen den Rahmen der Behandlung dar.

Das Material im psychoanalytischen Sinn ist alles, was in der Stunde auftaucht, gesprochen und getan wird, also auch, was in der Beziehung stattfindet. Therapeutinnen und Therapeuten in den Kreativtherapien verstehen nun aber unter Material etwas viel Konkreteres, Materielleres eben, Dinge zum Anfassen, Spüren, Hören, mit unterschiedlichen sinnlichen Qualitäten. Die primären sensorischen, taktilen, haptischen Qualitäten der Materialien in der Kunsttherapie oder der Bewegung und des Rhythmischen in der Musik-, Tanz- oder Bewegungstherapie erleichtern natürlich den Zugang zu den Patientinnen/Patienten und den Zugang der Patientinnen/Patienten zu sich selber auf einer prä- oder nonverbalen Ebene.



In der Sicht der intersubjektiven Psychoanalyse ist das, was zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut geschieht und entsteht, das sich aus dem Beziehungsgeschehen zwischen beiden entwickelnde Neue, das Dritte in der Psychotherapie. Dieses „intersubjektive analytische Dritte“ (Ogden 2004, S. 37) stellt den eigentlichen Gegenstand der Analyse dar. Allerdings muss eine Patientin/ein Patient einiges an Struktur und Ich-Fähigkeiten mitbringen, um mit diesem Material auf der rein sprachlichen Ebene



arbeiten zu können. Im Vergleich dazu ist der Zugang zum Material in der Kunsttherapie konkretistischer und damit einfacher: „Dagegen ist das Dritte in der Kunsttherapie vom ersten Augenblick an präsent: das künstlerische Material und die damit verknüpfte Form“ (Dannecker 2015, S. 135). Im Unterschied zum vor allem verbal erschaffenen und gestalteten Material in der psychoanalytischen Therapie, das zwar auch über die Affekte und als Übertragung und Gegenübertragung spürbar ist, aber letztlich unsichtbar und ungreifbar bleibt, „sind die Kunst und der künstlerische Prozess als das Dritte für beide objektiv vorhanden – den Therapeuten und den Patienten. Diese Präsenz ist von sinnlicher Dauer, denn sie ist gegenständlich, visuell und haptisch wahrnehmbar“ (ebda.).

Im Vergleich zur psychoanalytischen Psychotherapie kann die Kreativtherapie die Patientin/den Patienten leichter zu einem triangulierenden Blick auf das gemeinsame Tun einladen, weil dieser Blick auf ein konkretes Tun, Erleben und Produkt gerichtet werden kann: „Die Kunst als das Dritte im Bunde der laufenden Beziehungen macht es durch ihre materielle Gegenwart relativ leicht, vom Involviert-Sein im Prozess zur Rolle des Betrachters zu wechseln“ (Dannecker 2015, S. 143). Dies natürlich auch deshalb, weil der Blick nicht auf die eigene Person unmittelbar, sondern auf das von ihr Hervorgebrachte, ihr Werk, fällt, wie bei Louise Bourgeois. Dies kann Scham abmildern und die Abgrenzung von Selbst und Objekt, also Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut, stabilisieren.

In den Kreativtherapien scheint also zunächst einmal die kreative Produktion, sei es über Tanz, Musik oder Kunst, als das Dritte betrachtet zu werden, zu dem Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut ihren Teil beitragen. Das Werk, insbesondere das Werk in der Kunsttherapie, kann aber auch ein dyadisches Objekt für Patienten sein und der Therapeut kann sich, statt sich im Dreieck mit dem Patienten mit seinem Werk, mit der Beziehung des Patienten zu seinem Werk befassen. Dann wäre das, wie es dem Patienten mit seinem kreativen Tun geht und wie er sich und sein Werk erlebt, das Dritte, auf das der Therapeut mit dem Patienten zu schauen versucht. So gesehen befinden wir uns in der gleichen Situation wie die Therapeutin/der Therapeut in der Gesprächspsychotherapie, wo die Patientin/der Patient auch über seine Beziehung oder sein Werk spricht, mit zwei Unterschieden: zum einen ist das Werk in der Kreativthe-

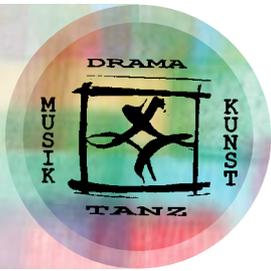
rapie sicht- oder hörbar – „objektiv“ – im Raum und zum anderen ist die Therapeutin/der Therapeut deutlicher als Mitbeteiligter in der Entstehung des Sachverhaltes, um den es geht, wahrnehmbar. Alles ist konkreter, unmittelbar sinnlicher, muss aber von der triadischen Struktur der therapeutischen Situation her deshalb nicht grundsätzlich anders gedacht werden, als wenn sich Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient „nur“ sprachlich mit den Inhalten in der Therapiestunde beschäftigen. Beidesmal kann es zum Beispiel darum gehen, ob die Therapeutin/der Therapeut auch mitwirken darf oder von der Dyade der Patientin/des Patienten mit seinen Themen, seinem Werk, ausgeschlossen werden soll.

Von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position

Haben wir bei Winnicott gesehen, wie Spiel und Kreativität als Umgang mit der Welt dem Kind schon mitgegeben ist und im Übergangsraum mit den Bezugspersonen die Erschaffung von etwas Drittem ermöglicht, so benötigen wir, um uns die Heftigkeit der mit den kreativen Prozessen oft einhergehenden psychischen Prozesse verstehen zu können, noch einen anderen Zugang, in dem es um frühe Spaltungsprozesse und deren Integration geht. Man kann kreative Prozesse auch als eine Abfolge von Dekonstruktion und Spaltung und darauf folgende Reintegration verstehen. In der Psychoanalyse beschrieb Melanie Klein die Funktion der Spaltung von etwas Ganzem in Teilobjekte und der Integration der Teilobjekte zu einem neuen Ganzobjekt, sie nannte diese beiden grundlegenden Funktionsprinzipien die paranoid-schizoide und die depressive Position. Wir befinden uns immer in einem dieser beiden Funktionsmodi, weil sie immer eine Rolle spielen, wenn es darum geht, mit den Anforderungen des Lebens umzugehen.

Im paranoid-schizoiden Modus wird versucht, durch die Spaltung in gute und böse Anteile das Gute zu retten und das Böse auszublenden – die gute Brust der anwesenden, nährenden Mutter wird von der bösen, versagenden Brust der abwesenden oder unempathischen Mutter abgespalten; vereinfachend gesagt spaltet das Baby ein nur gutes Bild der Mutter von einem nur bösen Bild der Mutter ab und hält diese beiden Bilder voneinander vollständig getrennt wie zwei unverbundene Realitäten. Das Baby kann dies, weil es noch über kein einheitliches Bild der Mutter verfügt, in dem alle ihre Anteile integriert sind. Man könnte sich die Welt des Kindes wie die einzelnen Teile eines Puzzles vorstellen, die verstreut auf dem Boden herumliegen, und das Kind sieht immer nur ein Puzzleteil, weil das Puzzle noch nicht zusammengesetzt wurde.

Dann ist „die Mutter“ entweder ganz gut, wenn die Milch kommt und den Hunger stillt, oder ganz böse, wenn dies nicht geschieht. Entsprechend heftig und einseitig sind die Affektäusserungen des Babys. Damit haben wir im paranoid-schizoiden Modus zwei dyadische Bilder – die gute Beziehung und die schlechte Beziehung, die voneinander getrennt gehalten werden müssen. Im depressiven Modus hingegen gelingt es, die guten und die bösen Anteile des Objekts zu einem Gesamtbild zu integrieren und in ihrem Widerspruch auszuhalten, jetzt erkennt das Baby, dass die Mutter nur eine Person ist, die allerdings widersprüchliche Anteile hat. Damit verknüpft tauchen auch Gefühle der Schuld und das Bedürfnis nach Wiedergutmachung wegen der Aggression auf, die das Kind der als böse erlebten Mutter gegenüber erlebt hatte.



Die depressive Position, können wir sagen, stellt auch eine frühe triadische Leistung dar im Dreieck Subjekt – gutes Teilobjekt – böses Teilobjekt. Genau betrachtet ist es allerdings so, dass auch das Subjekt jeweils in ein gutes und ein böses gespalten ist und über die Integration der gespaltenen Objektbilder auch die Integration der gespaltenen Subjektbilder möglich wird. Die Borderline-Patientin/der Borderline-Patient regrediert immer wieder auf die Spaltungsdynamik der paranoid-schizoiden Position und oszilliert dann zwischen dem guten und dem bösen Teilobjekt hin und her. Die kreative Lösung hingegen erfordert, zu akzeptieren, dass die Dinge auch unvollkommen sind und schlechte Anteile haben können, erfordert also die Fähigkeit, das schlechte Dritte auszuhalten und damit auch die abgelehnten Anteile des eigenen Selbst anzunehmen.

Die paranoid-schizoide Position wird immer in Situationen von Durchsetzung, Selbstbehauptung und Kampf aktiviert, die depressive Position dann, wenn es darum geht, Verbindungen herzustellen, sich in andere einzufühlen, zu denken. Der depressive Modus muss also immer dann zur Verfügung stehen, wenn der Mensch mehr als einen Aspekt oder eine Perspektive oder eine Bezugsperson in ein Gesamtbild integrieren will, etwa Mutter und Vater als Elternpaar. Die depressive Position heißt depressiv, weil der Mensch nun fähig ist, das Gefühl der Trauer auszuhalten, wenn er ausgeschlossen ist, weil er es nun aushalten kann, dass die Mutter gute und versagende Anteile hat, dass die Eltern in einer Beziehung zueinander stehen, von der er partiell ausgeschlossen ist, ohne dass er Mutter und Vater in Gut und Böse aufspalten muss.

Die depressive Position zur Verfügung zu haben, bedeutet deshalb gerade nicht, depressiv zu sein, sondern eine angemessene Trauer darüber aushalten zu können, dass die Dinge nicht perfekt sind, dass man vorübergehend auch mal nicht dazu gehört, dass man selber und die anderen ambivalent sein können, dass es verschiedene Ansichten gibt und dass das Leben endlich ist. Dies ist auch die Voraussetzung dafür, dass Schuld und das davon abgeleitete Bedürfnis nach Wiedergutmachung empfunden werden können, welches aus Kleinianischer Sicht eine wichtige Motivation der Künstlerin/des Künstlers darstellt. Denn unbewusst werden in diesem Werk verloren gegangene oder zerstörte Objekte wieder neu erschaffen, und die Künstlerin/der Künstler leistet damit eine Wiedergutmachung für die ihr/ihm natürlich auch weitgehend unbewussten eigenen aggressiven Regungen.

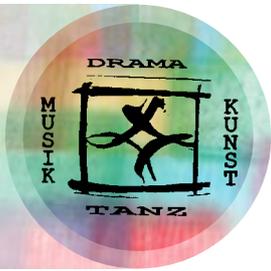
Nicht nur im psychischen Kranksein wird auf paranoid-schizoide Spaltungen regrediert, sondern auch im kreativen Prozess sind oft zuerst Prozesse der Auflösung der Sinnzusammenhänge und der Form, Zerfall und Fragmentierung zu beobachten, auf die dann in einem zweiten Schritt als Heilungsversuch und schöpferisches Tun Integrationsschritte folgen, Verbindungen zwischen disparaten Elementen geschaffen werden.

Das Spielen wie der künstlerische Prozess können mit Angst einhergehen. Erinnern wir uns an Winnicott, der die Erregung als Auslöser der Angst beim Spielen beschrieb, das stets mit einem gewissen Wagnis verbunden sei, „das sich aus dem Zusammenwirken von innerer Realität und dem Erlebnis der Kontrolle über reale Objekte ergibt“ (Winnicott 1971, S. 59). Anton Ehrenzweig, der die Theorie Melanie Kleins auf das kreative Schaffen der Kunstschaffenden anwendet, beschreibt, wie sich diese Angst im Übergang von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position wandelt:

Ehrenzweig geht davon aus, dass die Persönlichkeit der Kunstschaffenden notwendigerweise „gebrochen“ (1967, S. 80) sei und dass sie, um überhaupt kreativ tätig zu werden, fähig sein müssen, „diesen Zustand zu ertragen, ohne quälende Angst zu empfinden“. In einem „schizoiden“ ersten Stadium projiziere die Künstlerin/der Künstler (oder Patientin/Patient) „gebrochene Teile des Ichs auf die Arbeit“, sie/er erlebt diese ihre/seine unbewussten Projektionen „noch als gebrochen, zufällig, fremdartig und quälend“ (S. 81). In der darauf folgenden zweiten, manischen Phase der Formgebung „verhält das Werk sich wie ein empfangender ‚Schoß‘. Es enthält die Bruchstücke und integriert sie – dank der unbewussten Überprüfung des Werks durch den Künstler – zu einem kohärenten Ganzen (der unbewussten Substruktur oder Matrix des Kunstwerks).“ In der dritten Phase reintegriert die Künstlerin/der Künstler damit die neue, fertig integrierte Struktur in ihr/sein Werk „auf einer höheren, fast-unbewussten Stufe“ (S. 82) und kann durch die bessere Integration der zuvor abgespaltenen Teile ihr/sein Ich bereichern und stärken.

Auch diese Phase der Reintegration ist von heftiger Angst begleitet, weil „die undifferenzierte Substruktur der bewussten Analyse notwendigerweise als chaotisch erscheinen muss“. „Aber wenn alles gut geht, ist die Angst jetzt nicht mehr quälend (paranoid-schizoid) wie in der ersten Phase, sondern eher depressiv; der Künstler findet sich mit der Unvollkommenheit ab und hofft auf eine Integration in der Zukunft.“ Die Künstlerin/der Künstler betrachte am Schluss sein Werk aus der Distanz, als handle es sich um das Werk eines anderen. Dies sei vergleichbar dem Erwachen aus einem Traum. Hier „wird die unabhängige Existenz des Kunstwerks am stärksten spürbar. Es verhält sich wie ein lebendiger Mensch, mit dem wir ein Gespräch führen.“

Gefährlich wird es indes für die Künstlerin/den Künstler ebenso wie für die Patientin/den Patienten, wenn sie/er mit dem Unbewussten, den gerade noch abgewehrten, abgespaltenen, „gebrochenen“ Elementen in seinem Werk wieder in Kontakt zu kommen droht, nachdem sie/er es gerade erst geschafft hat, diese in ihrem/seinem kreativen Akt zu integrieren. „Die Konfrontation mit dem eigenen Werk läuft stets Gefahr, heftige Angstgefühle auszulösen, und hat oft genug eine nicht wieder gut zumachende, vernichtende Wirkung“ schreibt Ehrenzweig (2008, S. 84). Man wolle nur sehen, was man bewusst in sein Werk hineingelegt hat, und nicht mit den Anteilen, die der eigenen gebrochenen Persönlichkeit entspringen, konfrontiert werden.



Literatur

Bourgeois, Louise (1998): *Destruction of the Father – Reconstruction of the Father. Schriften und Interviews 1923–2000.* Zürich (Ammann) 2001.

Dannecker, Karin (2015): *Psyche und Ästhetik. Die Transformationen der Kunsttherapie.* Berlin (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft), 3. Aufl.

Ehrenzweig, Anton (1967): Die drei Phasen der Kreativität. In: Kraft, Hartmut (Hg.): *Psychoanalyse, Kunst und Kreativität.* Berlin (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft), 3. Aufl. 2008, S. 75–86.

Grieser, Jürgen (2011): *Architektur des psychischen Raumes. Die Funktion des Dritten. Gießen (Psychosozial).*

Ogden, Thomas H. (2004): Das analytische Dritte, das intersubjektive Subjekt der Analyse und das Konzept der projektiven Identifikation. In: Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hg.) (2006): *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse.* Stuttgart (Klett-Cotta), S. 35–64.

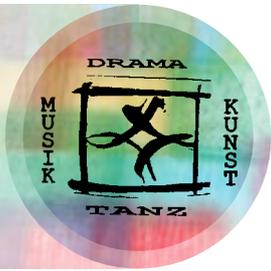
Winnicott, Donald W. (1971): *Vom Spiel zur Kreativität.* Stuttgart 1974 (Klett-Cotta).
Verfasser: Dr. phil. Jürgen Grieser, Badenerstr. 21, CH-8004 Zürich, mail@grieser.ch

Der Spielraum der Künste in Zeiten der Not

Prof. Dr. phil. Rosemarie Tüpker



Rosemarie Tüpker, Prof. Dr. phil., Jg. 1952, studierte an der Musikhochschule Köln Klavier und Schlagzeug und an der Universität zu Köln Musikwissenschaft, Psychologie und Philosophie mit dem Abschluss der Promotion und habilitierte an der Universität Dortmund mit der *venia legendi* „Musik in Rehabilitation und Therapie.“ Sie ist Schülerin von Wilhelm Salber, der in Köln die Morphologische Psychologie entwickelte und Mitbegründerin der Morphologischen Musiktherapie. Ihre musiktherapeutische Ausbildung fand im Rahmen des „Mentorenkurs Musiktherapie Herdecke“ statt. In der Praxis arbeitete sie schwerpunktmäßig im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie. Seit 1990 leitet sie die Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität (WWU) Münster, zunächst den Diplomstudiengang, dann den Master Klinische Musiktherapie, sowie den Promotionsstudiengang Musiktherapie. Forschungsprojekte „Durch Musik zur Sprache“, „Musik im Märchen“, „Besserung des auditiven Milieus in Einrichtungen für alte und demente Menschen“: <http://www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Forschung/index.html>.



Der Spielraum der Künste in Zeiten der Not

Das Thema dieser Kreativtherapietage fällt in eine Zeit, in der uns unsere Abhängigkeit von äußeren Umständen, materiellen und gesellschaftlichen Verhältnissen auf schmerzhaft Weise bewusst wird. Über das Glück, das wir haben, hier in Europa geboren zu sein, liest man derzeit häufiger angesichts der Not derer, die aus ihrer Heimat vertrieben werden durch Krieg und Gewalt. Und das Nahekommen dieser Not rückt so manche eigene Unzufriedenheit in ein anderes Licht, und so manches Problem verändert seine Größe. Das liegt an der veränderten Perspektive, die durch dieses Nahekommen entsteht.

Über Kunst zu reden, erscheint in solchen Zeiten manchmal unangebracht, haben wir doch alle so etwas im Kopf wie: „Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral.“¹ Und wir ergänzen, dass Wohnungen und Sprachkurse erst einmal wichtiger sind als Tanz, Musik und Kunst. Aber dann machen in der Flüchtlingshilfe tätige Kreativtherapeutinnen und -therapeuten wie auch Künstlerinnen und Künstler darauf aufmerksam, wie gut es den Kindern oder Erwachsenen getan hat, Musik zu machen, zu tanzen oder etwas zu malen. Und jemand anderes könnte wiederum einwenden, dass das aber auch nichts nutzt, wenn die Menschen demnächst erfrieren, wenn wir sie nicht schnell genug in beheizten Räumen unterbringen. Das erscheint wie eine gedankliche Falle, aus der man nicht herauskommt. Einen gedanklichen Spielraum gewinnt man erst dann wieder, wenn man sich klar macht, dass es das Setzen einer Reihenfolge ist, was hier notgedrungen in eine Falle führt. Und wir kennen diese Falle, wenn schon mal der Musik- oder Kunstunterricht an Schulen zugunsten der „wichtigeren“ Fächer eingespart wird oder Kultur- und Sozialetat einer Stadt gegeneinander ausgespielt werden.

Dass es auch viele Musikerinnen und Musiker wie auch Künstlerinnen und Künstler (und künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten) gibt, die in der jetzigen Situation versuchen, sich mit ihren Medien in der Flüchtlingsarbeit nützlich zu machen, ist bezeichnend und hilfreich. Aber alle anderen Tätigkeiten der vielen Freiwilligen sind natürlich genauso wichtig. Und beides darf wiederum nicht dafür missbraucht werden, Wohnsituationen ohne Privatsphäre länger als irgend nötig aufrechtzuerhalten oder rechtliche Probleme nicht besser zu lösen.

Dem deutsch-amerikanischen Maler Lyonel Feininger (1871–1956), der 1937 Deutschland verlassen musste, verdanken wir den Satz „Kunst ist nicht Luxus, sondern Notwendigkeit.“ In diesem Sinne sollte es in meinem Beitrag zur Tagung um den Spielraum der Künste in Zeiten der Not gehen. Die These, die ich damit vertreten möchte, geht davon aus, dass künstlerische Tätigkeiten wie auch der Genuss von Kunst, dem Seelischen einen zusätzlichen Spielraum über den Alltag hinaus verschaffen. Damit meine ich zunächst den alltäglichen Umgang mit den Künsten in der Gesellschaft, von den professionellen Künstlerinnen und Künstlern selbst bis zu den auf Laienebene Tätigen und allen, die die Möglichkeiten der Künste für sich nutzen und genießen. Da muss es nicht immer um Not gehen. Das kann auch einmal nur Spaß machen oder dem Wunsch nach Mehr an Leben Rechnung tragen. Dazu braucht es noch keine künstlerische Therapie: Wenn wir in ein Konzert gehen und uns hinterher gestärkt fühlen, ein Museum besucht haben und nachher einen neuen Blick haben oder wenn wir üben, malen oder tanzen, wird damit wie nebenbei immer auch anderes mit bearbeitet als das Stück, das wir spielen oder die Leinwand, die wir bemalen.

¹ Macheath in der Ballade über die Frage: „Wovon lebt der Mensch?“. Bertold Brecht: Die Dreigroschenoper (1928).

Auf diese Weise nutzen wir ganz intuitiv den Spielraum, den die Künste dem Seelischen bereithalten.

Die künstlerischen Therapien sind angetreten, diesen Spielraum auch Menschen verfügbar zu machen (oder wieder verfügbar zu machen), die durch Krankheit, Krisen oder schwierige Lebensumstände in Not geraten sind. Menschen etwa, die sich in einer allzu eigenen Welt zu verlieren drohen. Menschen, deren Spielraum sich eingeschränkt hat, etwa durch einen Unfall, einen schweren Verlust oder ein Unglück. Oder Menschen, die von Beginn an weniger davon zu haben scheinen, wie z.B. Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung. Dabei sind die Zugänge und die Aufgaben, um die es dabei für die künstlerischen Therapien geht, inzwischen sehr unterschiedlich. Auch die Art des Spielraums, den es in den verschiedenen Arbeitsbereichen wieder oder neu zu finden gilt, kann sehr unterschiedlich sein. Und auch individuell lässt sich so manches nicht über einen Kamm scheren, nur weil es im Sinne der medizinischen Nosologie um dieselbe Krankheit geht. Das hat Auswirkungen auch auf die Forschung im Bereich der künstlerischen Therapien, die deshalb nicht so gut in das herrschende Paradigma medizinischer Forschung passt.

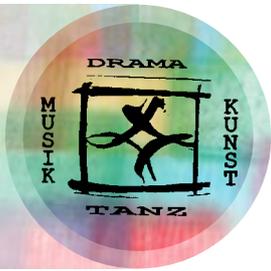
Das Seelische ist ein offener Raum. Der Körper die Grenze.

„Wir alle sind aus Fantasie. Wir sind aus Staub und Fantasie.“ singt Andreas Bourani in seinem Song: „Das ist alles nur in meinem Kopf“: In 3 Sekunden die Welt erobern, den Himmel stürmen, Frieden stiften, Liebe machen, den Feind vergiften, Schlösser bauen, kurz drin wohnen und alles wieder kaputt hauen, alles Geld der Welt verbrennen, unsichtbar sein, durch Wände gehen, die Zeit stoppen, wissen, wie es ist, nie zu sterben und die Welt durch die Augen des anderen sehen. Das alles können wir im seelischen Raum, für den der Kopf als Metapher steht: „Die Gedanken sind frei“ oder „Und das ist alles nur in meinem Kopf“.

Der 2011 veröffentlichte Song bescherte Andreas Bourani 35 Wochen in den deutschen Charts, eine Goldene Schallplatte (2012); das Video bei YouTube wurde bis jetzt 7,8 Millionen Mal angeklickt und das Goetheinstitut nutzt den Text als Unterrichtsmaterial für Deutsch als Fremdsprache². In dem Video malt ein kleines Mädchen seine innere Welt auf eine Mauer, in die Welt und in den Himmel. Es malt einen Regenbogen, eine Ampel mit drei grünen Ampelphasen, einen dicken roten Strich, auf dem Bourani in schwindelnden Höhen balanciert. Durch eine Mauer kommt man unschwer, indem man sich einfach eine Tür malt. Wenn man eine Giraffe liebevoll genug malt, so schaut sie irgendwann über die Mauer und folgt einem neugierig, und mit dem gemalten Heißluftballon kann man in den blauen Himmel aufsteigen und davonfliegen.

„In unserer Fantasie gibt es keine Grenzen.“ kommentiert Bourani seinen Song, aber er singt auch: „Und das ist alles nur in meinem Kopf“ – „Wir sind aus Fantasie und Staub“. Staub und Fantasie heißt auch das Album, auf dem „Nur in meinem Kopf“ erschien. Und wir dürfen davon ausgehen, dass Bourani als ehemaliger Messdiener, Staub durchaus als Metapher für die materielle Ebene unseres Seins meint, wenn er so textet. Unser Körper, die materiellen Gegebenheiten der Welt setzen uns Grenzen. Wir sind endlich, sehen so oder so aus, werden älter, sind Mann oder Frau, dunkel- oder hellhäutig. Die Ampel kennt auch rot und gelb und wir holen uns blaue Flecken, wenn wir versuchen durch Wände zu gehen.

² www.goethe.de/ins/us/saf/pro/stepintogerman/dmu/Andreas%20Bourani.pdf, abgerufen am 5. Dezember 2015



Mit dem Begriff des Spielraums ist nicht das gemeint, was nur im Kopf ist, sondern Spielraum ist aus beidem: Fantasie und Staub. Er ist offen und begrenzt, gestaltbar, aber nicht beliebig. Und wenn wir den Song noch einmal anders bedenken, so wird auch klar, dass die Fantasie ja gespeist ist von den Dingen der Welt. Ohne sie könnten wir keine Giraffe, keinen Heißluftballon malen und die Farben der Ampel nicht verändern, weil wir von Ampeln und Heißluftballons nichts wüssten, und keine Giraffen, kein Blau und keinen Himmel hätten. Und auch wenn es im ersten Moment bedauerlich erscheint, dass wir nicht in zwei Sekunden Frieden stiften können, so können wir doch auch ganz froh sein, dass der nächste Teil dieser Strophe „den Feind vergiften, alles kaputt hau’n“ auch nicht immer gleich Wirklichkeit wird, wenn es uns in der Wut gerade mal in den Kopf kommt.

Es gibt Zeiten, in denen wir notwendig eine Erweiterung unseres Spielraums brauchen, etwa wenn wir eingeklemmt sind zwischen zwei Alternativen, die beide gleich unerfreulich sind wie z.B. an einer krankmachenden Arbeitsstelle bleiben zu müssen oder arbeitslos zu werden. Es gibt Zeiten, in denen es eher die fehlenden Einschränkungen sind, die uns Kopfzerbrechen bereiten, etwa wenn nach dem Studium plötzlich alles offen scheint, und es zu wenig Notwendigkeiten gibt, die unseren Entscheidungen eine Richtung geben. Es gibt Zeiten, in denen erscheint der Spielraum fast nicht mehr da zu sein, wie in der nun folgenden Erzählung über Herrn Jakobi. Sie stammt aus der 2010 geschriebenen Diplomarbeit von Susanne Langer über ihre Erfahrungen als Musiktherapeutin in einer palliativmedizinischen Station eines Krankenhauses. (Langer 2010, S. 71–79)³

Erzählung aus der Palliativmedizin

Pragmatisch gesehen oder äußerlich betrachtet, verringert sich der Spielraum unseres Lebens im Verlauf unseres Lebens immer mehr. Weiß ein Mensch von seinem nahen Tod, so ist dies extrem gesteigert.

Die Therapeutin lernt den 75-jährigen Herrn Jakobi kurz nach seiner Aufnahme auf der Palliativstation kennen. Er ist sichtlich von seiner schweren Erkrankung gezeichnet. Seine Frau ist bei der ersten Begegnung anwesend, und die Therapeutin beschreibt eine „merkwürdige“ Stimmung im Raum, die sich darauf zurückführen lässt, dass beide ganz offensichtlich die unabwendbare Tatsache der todbringenden Krankheit durch belanglose Themen und Witzeleien überspielen.

Sie stellt sich vor: „Musiktherapie? Was soll das denn sein? Das können Sie mit meiner Frau machen!“ Herr Jakobi lacht ironisch und betont: „Ich bin unmusikalisch!“

Für die Therapeutin ist es eigentlich klar, dass sie nicht gegen eine offensichtliche Ablehnung mit einem schwerkranken Menschen arbeiten möchte. Aber irgendwie ergeht es ihr seltsam: Es „überkommt“ sie „eine tiefe Sehnsucht nach Musik“, wie sie schreibt, „eine Sehnsucht, „musikalisch sein zu dürfen“, auch dazu zugehören. Als sie fragt, ob es Herrn Jakobi Recht sei, dass sie morgen noch einmal zu ihm käme, antwortet er erstaunlicher Weise mit: „Ja, ja – kommen Sie morgen wieder.“ Dabei scheint die Betonung auf morgen zu liegen, damit er heute seine Ruhe habe. Die Therapeutin macht sich Gedanken: Aufgrund der Schwere der Erkrankung empfindet sie sein Selbst als angeschlagen. Würde ihn die Musik weiter verunsichern? Das Team habe erzählt, dass

³ Verfügbar über www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literatordienst/bestellservice.html

sowohl Herr Jakobi als auch seine Frau die schwere Erkrankung und den nahen Tod nicht wahrhaben wollen. Ein versuchtes Klärungsgespräch von Seiten des Arztes sei bisher nicht erfolgreich gewesen, und auch die Verlegung auf die Palliativstation konnte bisher weder vom Patienten noch von seiner Frau akzeptiert werden.

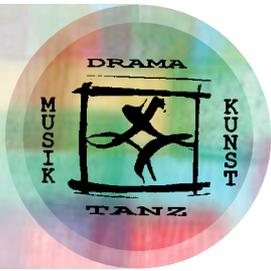
Am Nachmittag trifft sie Frau Jakobi auf dem Klinikgelände. Diese kommt zielstrebig auf sie zu und entschuldigt sich für die abweisende Haltung ihres Mannes. „Bitte nehmen Sie ihm das nicht übel. Sie müssen wissen, wir waren in vielen Konzerten – wir hatten sogar ein Abo für die Meisterkonzerte. Mein Mann liebt Musik, aber er durfte nie ein Instrument lernen. Seine Eltern und sein Musiklehrer haben ihm immer wieder gesagt, er sei unmusikalisch. (...) Ach, er hätte so gerne Cello gelernt. (...)“ (ebd. S. 72) Mit einer so unmittelbaren Auflösung bzw. Klärung ihres Gegenübertragungsgefühls hatte die Therapeutin nicht gerechnet: Die Sehnsucht nach Musik, die Sehnsucht danach, musikalisch sein zu dürfen, die Sehnsucht nach Zugehörigkeit tauchen unmittelbar als Motive in der kurzen Begegnung mit Frau Jakobi auf.

Als sie dann häufiger zu ihm geht, beginnen vorsichtig kleine musiktherapeutische Momente. Herr Jakobi greift schnell zur Trommel, wirkt überraschend sicher in dem, was er tut, und so entstehen in den nächsten Tagen eine Reihe von Spielen. Wichtig ist hier auch das Setting, denn nur dadurch, dass die Therapeutin fast täglich zu den Patienten geht, kann das Folgende entstehen.

Immer wieder entsteht in der Therapeutin das Gefühl festzustecken. „Doch wer steckt hier fest?“ fragt sie sich: „Bin ich es, weil ich um Herrn Jakobis Wunsch nach Musik weiß und nun mehr will, als er preisgeben kann?“ (ebd. S. 73). Oder ist es sein Feststecken in alten Festlegungen oder in der Fassade, die er aufrechterhalten muss?“

Eine erste Änderung entsteht, als er einmal sehr kraftlos ist. Das Spiel ist in dieser Situation leise, fließt mehr, es ist eine stärkere Zugewandtheit möglich, und Herr Jakobi scheint die Musik zu genießen. Auch die Therapeutin fühlt sich entspannter. Im Kontrast dazu verabschiedet Herr Jakobi sie mit den Worten: „Wir sollten nicht mehr spielen!“ Dieser Widerspruch zwischen dem eigenen Empfinden und der Aussage des Patienten löst wieder viele Gedanken bei der Therapeutin aus. Sie spürt seine große Angst, fragt sich, wie sie mit seinem Wunsch umgehen soll. Vielleicht soll sie die Instrumente beim nächsten Mal gar nicht erst mitbringen, um ihm zu zeigen, dass sie seinen Wunsch akzeptiert oder geht es um etwas anderes?

Sie muss aber gar nichts entscheiden: Am nächsten Morgen wird sie von der Stationschwester mit der Bitte begrüßt, sie möge sofort zu Herrn Jakobi kommen, der dringend mit ihr sprechen möchte. Dieser scheint es kaum abwarten zu können, denn kaum hat sie die Tür geöffnet, sagt er schnell: „Bitte setzen Sie sich – ich muss mit Ihnen reden!“ (ebd. S. 74).“ Sie setzt sich zu ihm, doch statt zu reden, verfällt Herr Jakobi in tiefes Schweigen. Wieder geht ihr vieles durch den Kopf: Soll sie von ihrer Seite das Gespräch in Gang bringen? Oder hat dieses Schweigen seinen Sinn? Braucht er Zeit, um die richtigen Worte zu finden, um Mut zu fassen? Es bleibt bei diesem tiefen Schweigen. Was will damit gesagt werden? Was ist so wichtig? Was ist geschehen? Erst im Aushalten des Schweigens merkt sie, dass Herr Jakobi schon längst mit ihr „redet“, dass er ihr



von einer tiefen Trauer erzählt, und das Stockende fühlt sich jetzt fließender an, auch wenn keine Tränen fließen.

Nach einer langen Zeit greift er wortlos zu „seiner“ Trommel und deutet ihr an, mitzuspielen. Sie nimmt ihre Querflöte, und es entsteht eine neue Art von Musik, fließende Melodien, fließende Rhythmen. Nach dieser Musik wäre jedes Reden zu viel! Nur ein leises „Bitte, kommen Sie morgen wieder.“ begleitet sie, als sie aus dem Zimmer geht.

Die Therapeutin erfährt, dass es gesundheitlich immer schlechter um Herrn Jakobi steht, und dass er maximal noch vier oder sechs Wochen zu leben hat. Irgendwann kann er, der das doch längst weiß, mit ihr darüber sprechen. Er nimmt aber an, dass seine Frau es nicht weiß, was ihn sehr belastet. Er schafft es aber nicht, ihre Illusion zu zerstören, und bittet die Musiktherapeutin, mit seiner Frau zu sprechen. Als sie dieser Bitte nachkommt, ist die Frau erleichtert, denn auch sie wusste es ihrerseits längst, und es ging ihr genauso, dass sie seine Illusion nicht zerstören wollte. Nun können auch die beiden miteinander sprechen und auch für alle auf der Station wird es nun leichter.

Die Musik wird in dieser Zeit immer wichtiger. Sie ist auch ein beseeltes Gesprächsthema des Paares, die viele emotionale Erinnerungen an gemeinsame Konzerte, an ihre große Liebe zur Musik teilen können. Dabei taucht auch wieder auf, wie gerne er Cello gelernt hätte, aber nun sei es zu spät.

Die Therapeutin selbst spielt auch Cello ...

Und schließlich nimmt sie ihren ganzen Mut zusammen und mit den Worten im Kopf „Es ist nie zu spät, ein Instrument zu lernen“ bietet sie Herrn Jakobi an, ein Cello mitzubringen. Ihre Erwartung, dass er die Idee ablehnen werde, bestätigt sich nicht: „Das wäre großartig!“ sagt er: „Meinen Sie, das würde gehen? Ich habe nicht mehr viel Zeit (ebd. S. 77).“

Freudig aufgeregt wird sie am nächsten Tag erwartet. Herr Jakobi kann es kaum erwarten, endlich ein Cello in den Händen zu halten – und sogar darauf spielen zu dürfen.

Die nun folgenden Stunden entwickeln sich zu wahren Sonnenstunden: „Das Strahlen in Herrn Jakobis Gesicht erhellt jede Dunkelheit seiner schweren Erkrankung!“ schreibt sie für sich (ebd.). Der bevorstehende Tod wird dabei nicht mehr verdrängt. Aber das Leben ist nicht mehr durch und durch von der Krankheit bestimmt. Es ist ein Spielraum entstanden. Noch einmal. Kurz vor dem Tod und in einer die Zeit erfüllenden Verdichtung lernt Herr Jakobi Cellospielen. Und macht das Cello – nun doch noch – zu seinem Instrument.

Das hilft ihm, die Krankheit durchzustehen, nicht zu verzweifeln – auch wenn der Tod zum Greifen nahe ist. Die unerwartete Entfaltung von Fähigkeiten und Talenten lässt ihn ein immer stärkeres Gefühl für sein eigenes Selbst erleben. Durch die gemeinsame Liebe zum Cello entsteht zwischen der Therapeutin und ihm eine tiefe Verbundenheit, die ihm auch außerhalb der Musiktherapiestunden hilft, sich selbst zu beruhigen und zu trösten. Das wirkt sich positiv auch auf die Beziehung zu seiner Frau aus und zu den

anderen Mitarbeitern der Station, die jetzt mehr das Gefühl bekommen, für ihn sorgen, ihn unterstützen und begleiten zu können.

Dann schwinden seine Kräfte und das Cellospielen wird zu anstrengend. Er möchte, dass das Cello trotzdem in seinem Zimmer bleibt. Er greift wieder zur Trommel, einer kleineren jetzt, und die Therapeutin hat die Querflöte durch eine Altflöte ersetzt. Die wenigen noch möglichen Improvisationen sind erfüllt von Frieden, sind eine Kraftquelle, verschaffen kurze Momente des Ausruhens. Es ist ein irgendwie zeitloses Geschehen, ein „Ausblick auf die Ewigkeit“, sagt Herr Jakobi als gläubiger Protestant (ebd. S. 78).

Ein paar Tage später bekommt die Therapeutin am späten Abend zuhause einen Anruf aus dem Krankenhaus, Herr Jakobi läge im Sterben, und seine Frau wünsche sich sehr, dass sie komme. Sie empfängt sie mit den Worten: „Mein Mann hat sich so sehr gewünscht, dass Sie in den letzten Stunden seines Lebens für ihn Cello spielen. Er hat sich aber nicht getraut, Sie zu fragen (ebd.).“ So spielt sie für ihn. Die ersten Töne fallen ihr schwer, auch für sie ist es außergewöhnliche Situation.

Cello spielend resümiert sie innerlich, was sie mit Herrn Jakobi in diesen Wochen erlebt hat: die Ablehnung, die Blockaden, das Schweigen, das Ins-Fließen-Kommen, das Leugnen der Krankheit und die doch möglich gewordenen Gespräche, das Strahlen in den „Cello-Stunden“ und schließlich die letzten gemeinsamen Improvisationen mit den „Ausblicken auf die Ewigkeit“. Während ihr dies alles improvisierend durch den Kopf geht, merkt sie, dass sie nicht nur für Herrn Jakobi spielt, sondern auch für seine Frau, die viele aufgestaute Tränen weinen kann – und auch für sich selbst. Und sie spürt, dass sie sich mit diesem Spiel von Herrn Jakobi verabschiedet. Nach einer weiteren Zeit des Schweigens spürt sie, dass es an der Zeit ist zu gehen.

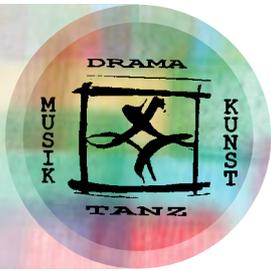
Eine Stunde später verstirbt Herr Jakobi.

Künstlerische Therapien und ihre Spielräume

Künstlerische Tätigkeiten verschaffen dem Seelischen einen zusätzlichen Spielraum. Dazu ist die Kunst da, wenn auch vielleicht nicht nur. Künstlerische Therapien wollen dabei helfen, Menschen in Not diesen Spielraum verfügbar zu machen. Nun könnte man an diesem Beispiel hervorheben, dass dies sich nur genau so hat abspielen können, im Medium der Musik. Aber dann müsste man auch ergänzen, auch nur, weil die Therapeutin selbst auch Cello spielte, und es ihr gelungen war, ein Cello zu organisieren, was gar nicht so einfach war. Und auch nur, weil sie fast täglich auf der Station war, weil Frau Jakobi in der ihr besonderen Art mitwirkte und die Mitarbeiter der Station usw. Immer enger werden die Spezifika, unter denen die Musiktherapie hier in dieser Art wirksam werden konnte.

Damit kommen wir zu einem Phänomen, welches wir auch aus der Kunst selbst kennen. Wenn wir ein künstlerisches Bild betrachten, so kommen wir stets dahin festzustellen, dass es so und nur so, seine Wirkung entfaltet: Jeder Strich sitzt, jede Farbkombination ist wichtig, da ist nichts austauschbar.⁴

⁴ Im Vortrag am Beispiel eines Bildes des polnischen Malers Leon Wyczółkowski (1852–1936): „Wiosna w Gościerad“ 1933 (Frühling in Gościerad). Muzeum Okręgowe, Bydgoszcz. URL: Aus: Wikimedia Commons, lizenziert unter GNU-Lizenz für freie Dokumentation. URL <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:WyczolkowskiWiosna.jpg>



In der Forschung wird zur Zeit sehr viel Wert auf die Frage nach den spezifischen Wirkfaktoren gelegt: Was kann die Musik? Was kann das Drama, der Tanz, die Malerei, die Plastik, die Poesie usw. Dazu passen solche Beispiele. Dabei wird aber eine Paradoxie nicht berücksichtigt, die ebenso ein Merkmal der Kunst, wie des Seelischen überhaupt, ist. Vereinfacht und zugespitzt formuliert: Es geht nur so und immer auch anders.

Die Märchenforschung, mit der ich mich über viele Jahre beschäftigt habe, hat mich auf die andere Seite dieser Paradoxie aufmerksam gemacht: Die Märchen als Niederschlag menschlicher Erfahrung erzählen nämlich vor allem, dass es so und immer auch anders geht. Das hatte ich in Märchendeutungen vorher oft anders gelesen: Da heißt es schon mal: Die Flöte steht im Märchen für dieses oder jenes, wenn man dann dieses „dieses oder jenes“ aber in verschiedenen Märchen aufsucht, stellt man fest, dass für dasselbe Motiv auch eine Geige auftauchen kann oder eine Blume oder ein Tier. Und umgekehrt hat die Flöte wiederum in den verschiedenen Märchen durchaus unterschiedliche Bedeutungen (Vgl. Tüpker 2011a S 159f).

Wenn dies in der Forschung nicht berücksichtigt wird, kommt es zu einer falschen Methodenwahl und irreführenden Ergebnissen, die sich noch dazu zerstörerisch auf die Kollegialität in einer Einrichtung auswirken kann, wenn z.B. in Forschungsdesigns die jeweils andere künstlerische Therapieform als Kontrollgruppe verwendet wird (Vgl. Tüpker 2011b, S. 30f).

Das Spezifische an den künstlerischen Therapien ist in gewissem Sinne ein Unspezifisches, etwas, was sich nicht modularisieren lässt, was nicht durchgängig planbar ist. Oder mit dem Motto dieser Tagung: Ein Drittes, Neues, Unerwartetes. Aus dem Beispiel von Herrn Jakobi lässt sich keine modularisierte Methode machen, der dann ein Warenzeichen aufgedrückt werden kann. Und das ist ja auch das Schöpferische in seiner ganz wesenhaften Form: Es entsteht aus diesem Zusammenspiel, in diesem Moment, zwischen diesen Menschen etwas Neues. Das lässt sich nicht im Konjunktiv einholen, nach dem Motto: „Was wäre gewesen, wenn die Therapeutin/der Therapeut an dieser Stelle nicht Dur, sondern Moll gespielt hätte, wenn sie/er nicht diesen sondern jenen Einfall gehabt hätte. Es wäre dann anders gewesen, aber diese andere Möglichkeit hat sich nicht realisiert. Spielraum ist ein Möglichkeitsraum. Aber das, was gespielt wird, verwirft in dem Moment, in dem es von der Möglichkeit zur Wirklichkeit wird, alle anderen Möglichkeiten. Wenn man sich das in jedem Moment klarmachen würde, würde einem schwindelig werden.

Künstlerischer Spielraum als sicherer Ort

Auch wenn wir uns in dem Lied von Bourani zunächst auf die Seite der Fantasie schlagen, so wissen wir doch auch um die Not, die entsteht, wenn es zu wenig Grenzen gibt, wenn innere und äußere Wirklichkeit sich nicht mehr unterscheiden lassen, wie es bei Menschen mit einer Psychose der Fall sein kann. Und die folgende Aussage von Winnicott mahnt uns daran, wie maßgeblich Grenzen und Unterscheidungen für das Seelische sind: „Ich meine, dass sich im Individuum ein ständiger Kampf, das ganze Leben lang, abspielt, in dem es darum geht, Fakten von Phantasien, äußere von psychischer Realität, Leben und Traum zu unterscheiden (Winnicott/Rodman 1995, S. 163).“⁵

⁵ An dieser Stelle erfolgte im Vortrag eine Erzählung über eine als manisch-depressiv diagnostizierte Patientin, die in schriftlicher Form nicht zur Verfügung gestellt wird. Verbunden war damit die Frage der Referentin, ob es – entgegen der klassischen Vorstellung der Objektbeziehungstheorie – möglich sei, dass in einer Behandlung ein positives Introjekt/Selbstobjekt neu entstehen kann. Diese Frage wurde im Plenum kontrovers diskutiert.

Wenn wir mit Winnicott davon ausgehen, dass Kreativität und Kunst eine Fortsetzung dessen sind, was wir als Kind im Bereich der Übergangsphänomene erfahren, dann gewinnt die Fortsetzung dieser Anmerkung von ihm an den Psychoanalytiker Victor Smirnoff eine besondere Bedeutung dafür, warum das Verweilen in einem Zustand künstlerischen Tuns schon in sich ein Ruheplatz für das Seelische sein kann. Dies gilt in besonderer Weise auch für psychiatrisch erkrankte Patienten. „Die Übergangsphänomene gehören einem Zwischenbereich an, den ich als Ruheplatz bezeichne, weil das Individuum, wenn es in diesem Bereich lebt, von der Aufgabe, Fakten von Phantasien zu unterscheiden, ausruht (ebd.).“

Spielraum heißt auch, dass es eine Umgrenzung gibt, ein Innen-Außen, und etwas drin im Innen. Das Seelische ist ein offener Raum. Spiel entsteht aber nur mit dem, was den Raum füllt und strukturiert, ihn Wirklichkeit werden lässt. Der künstlerische Spielraum kann auch ein sicherer Ort sein, aktuell und im Sinne eines verinnerlichten sicheren Ortes, den wir brauchen, um mit einem gewissen Grundvertrauen und einer inneren Heimat durchs Leben gehen zu können.⁶

Spielräume in der Musiktherapie

Während ich mich in Vorbereitung auf diesen Vortrag noch einmal mit dem Thema des Spielraums beschäftigte, gingen mir einige der Promotionsprojekte durch den Kopf, die ich derzeit an der Universität Münster betreuen darf. Einmal auf diese Spur gebracht, erschien es mir dann so, dass im Grunde alle Projekte auf je unterschiedliche Art etwas ausloten, was sich um den Spielraum im Sinne Winnicotts dreht.⁷

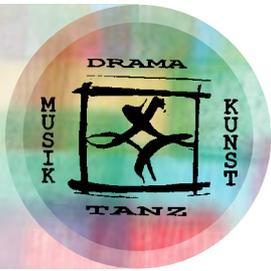
Ein sehr neues Projekt von Oliver Paul, der seit vielen Jahren mit geistig behinderten Kindern arbeitet, beschäftigt sich explizit mit dem Thema des verloren gehenden Spielraums zwischen Eltern und Kindern durch die Mitteilung der Diagnose einer geistigen Behinderung. Dies, so die Erfahrung Pauls, wird auch in der Musiktherapie erlebbar und ist von dort aus auch mit musiktherapeutischen Mitteln behandelbar. In der Praxis kann dies dazu beitragen, dass auch zwischen Eltern und Kind wieder ein erweiterter Spielraum entstehen kann. In seiner Forschung möchte Paul spezifischer untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Verlust des Spielraums und einer gelungenen oder nicht erfolgten Verarbeitung der Diagnose durch die Eltern gibt.

Während es hier um eine Erweiterung, eine Raumöffnung geht, tritt bei einem anderen Projekt mit dem Titel „Königskinder – jenseits der Bedrohung Heimat finden“ der Gegenpol des umgrenzten Raumes ins Blickfeld. Rainer Edelbrock arbeitet seit einigen Jahren mit Vorschulkindern, deren familiäre Hintergründe dem sich entwickelnden Seelischen zu wenig oder zu archaische Strukturen anbieten. Er schuf für seine Gruppen einen märchenhaften, musikalischen und sicheren Raum, in dem Kultivierung stattfinden kann. Nicht die realen Migrations- bzw. Flüchtlingserfahrungen, das Leben in Armut und Erfahrungen von familiärer Gewalt, werden behandelt, sondern das durch diese Verhältnisse bedrohte Selbst soll einen inneren Spielraum entwickeln können, der sich transportierbar als innere Heimat etablieren kann.⁸

⁶ Vgl. die Darstellung des Safe Place in Keller 2013, S. 70-80

⁷ Die Betroffenen mögen mir verzeihen, wenn ich ihre Projekte hier einmal nur unter diesem Aspekt beleuchte, der zugegebenermaßen ein spezieller Blickwinkel ist, der nicht notwendig das zentrale Anliegen betrifft.

⁸ Informationen zu den Projekte finden sich unter: www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Forschung/index.html



Eva Terbuyken, die ihr Projekt auch auf der Tagung selbst als Posterpräsentation dargestellt hat, gelingt die Schaffung eines Spielraums auf geschlossenen Stationen einer psychiatrischen Klinik. Hier ist es das, was sie vom Konzept der Selbstpsychologie Kohuts ausgehend, als „Musikgenuss“ begrifflich psychologisch zu erfassen sucht, was für Momente einen Raum entstehen lässt, in dem die Patienten ihrer seelischen Bedrängnis befreit sind.

Timo Hoppert untersucht ein Klangritual, welches psychiatrisch und psychosomatisch erkrankten Erwachsenen einen Spielraum gewährte, der Zustände eines veränderten Bewusstseinszustandes mit einschloss. Während hier auch längere Prozesse in ihrer Entwicklung beschrieben werden können, widmet Christof Kolb sich einer besonderen Behandlungsform, die mit den Realitäten mancher psychosomatischer Rehabilitationskliniken umzugehen weiß, bei denen die Patientinnen und Patienten nur sehr wenige Stunden in der Musiktherapiegruppe zusammen sind, so dass der Spiel- und Veränderungsraum sehr begrenzt erscheint. Mit einer Konzentration auf das Musikalische, welches zugleich sehr psychologisch verstanden wird, untersucht er eine besondere Gruppenform „Die Kultivierung der Klangproduktion“. Und auch wenn es in dem Projekt von Ruth Liesert, welches ebenfalls der Arbeit mit psychosomatisch Erkrankten gewidmet ist, zunächst um eine andere Form von Musiktherapie geht, in der nicht aktiv musiziert wird, so geht es auch hier um einen Spielraum. Liesert versucht zu zeigen, wie mit der Methode der Guided Imagery and Music (GIM) die inneren Räume erkundet, belebt und verwandelt werden können und dadurch im Leben wieder mehr Spiel entstehen kann, wenn das Seelische zu sehr im Körperlichen festzustecken droht. Um eine ähnliche Problematik wird es auch in dem Projekt von Walter Haverkamp gehen, der sich mit den musiktherapeutischen Zugängen zum Leiden am Tinnitus beschäftigt und dabei einen anderen Weg einschlagen will als die bisher vorherrschenden Ansätze eines „Wegmachens“ oder „Weghörens“. Ihm geht es darum, nicht darauf zu zentrieren, welche Spielräume durch dieses Symptom verloren gehen, sondern er folgt der Überzeugung, dass der Tinnitus im Seelischen und im Lebenszusammenhang neue Spielräume eröffnen kann.

Hiltrud Metzger arbeitet seit sehr langer Zeit musiktherapeutisch in der Intensivmedizin mit Menschen an der Grenze des Lebens. Die Übergangsphase vom Beatmet-Werden zum Wieder-selbst-Atmen oder zum Sterben ist in einer solchen klinischen Situation von vielen Zwängen beherrscht, die sich aus dem körperlichen Befinden der Patienten ergeben. Hier durch musikalische Zuwendung seelischen Spielraum entstehen zu lassen oder zu bewahren, ist eine wissenschaftlich nur schwer erfassbare Tätigkeit. Zum einen, weil es so individuell ist, was hier jeweils gebraucht wird, zum anderen, weil die Prozesse nur schwer darstellbar sind. Sie versucht diesem wissenschaftlichen Dilemma durch eine sehr genaue Analyse von Beschreibungen Dritter zu begegnen. Ähnlich individuell geprägt ist auch das Thema von Sabine Rachl, die sich – wie im obigen Beispiel – mit den Spielräumen beschäftigt wird, die im Prozess des Sterbens durch musikalisch-therapeutische Zugänge geschaffen werden können.

Musik ist nicht immer ein Segen. Sie kann auch einen verletzlichen und zarten Spielraum zuschütten und verhindern, dass Eigenes sich seinen Raum bewahren kann: Etwa wenn Menschen der Musik durch ein laufendes Radio ausgesetzt sind und dies selbst nicht mehr beeinflussen können. Damit beschäftigt sich die Katharina Nowack, die das

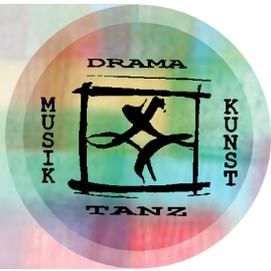
auditive Milieu in Einrichtungen der Altenhilfe untersucht und zu verbessern versucht. Und die Musik selbst kann auch Zentrum des Problems sein, etwa dann, wenn man Musik studiert und in Krisen zwischen Träumen und Realitäten, Selbstverwirklichung und Erfolgsdruck, Können und Ansprüchen zermahlen wird. Oliver Schöndube schuf hier ein Coaching-Angebot, welches mit den Methoden der Musiktherapie hier wieder einen Spielraum eröffnen will, in dem sinnvolle Entscheidung, Weiterführungen und Wendungen möglich werden. Dabei ist die musikalische Improvisation selbst das, was die eigene Musik im doppelten Sinne wieder positiv ins Spiel bringt.

Den Fragen, wie unser eigener musikalischer Spielraum als Musiktherapeutinnen und -therapeuten begrenzt und offen ist durch unsere musikalische Sozialisation, will Gisa Linnen nachgehen. Und Dr. Heike Plitt, die ebenfalls hier auf dieser Tagung referiert hat, will in ihrer geplanten Habilitation erkunden, welche Spielräume durch die Methoden der Musiktherapie in Beratungsprozessen geschaffen werden können. Wie in dem Projekt von Schöndube auch, könnte sich dadurch zugleich der Spielraum der Musiktherapie selbst in Bereiche außerhalb des klinischen Umfeldes erweitern. Im Sinne der Konzeptentwicklung (Tüpker 1996) könnte diese wie immer auch eine Rückwirkung auf die Methodik haben, die in meinem Verständnis nie vorgegeben und dann angewandt wird, sondern im Sinne Winnicotts immer zu verstehen ist als die Überschneidung Zweier Spielbereiche:

„Ich gehe von dem Grundsatz aus, dass sich Psychotherapie in der Überschneidung Zweier Spielbereiche vollzieht, dem des Patienten und dem des Therapeuten. Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muss etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben. Der Grund, weshalb das Spielen so wichtig ist, liegt darin, dass der Patient gerade im Spielen schöpferisch ist“ (Vom Spiel zur Kreativität, 1995⁸, S. 65f).

Wenn ich also gefragt würde, was das Spezifische der Künstlerischen Therapien sei, so würde ich (im Moment) die folgenden Punkte hervorheben:

- die Überschneidung Zweier Spielbereiche
- die Offenheit entstehen zu lassen
- die Begrenzung durch das jeweilige Medium, die Therapeutin/den Therapeuten, die Klinik, die Krankheit
- den individuellen, jetzt möglichen Spielraum zu finden
- die Fülle
- die Strukturierung
- das Neue – das Dritte



Literatur:

Keller, Barbara (2013): Zur Sprache kommen. Konzeptualisierung und Evaluierung eines musiktherapeutischen Förderangebotes. Norderstedt BoD

Langer, Susanne (2010): Musiktherapie mit palliativmedizinisch betreuten Patienten eines Krankenhauses. Verfügbar über:

www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/bestellservice.html

Tüpker, Rosemarie (1996): „Einleitung“ in: Tüpker, R. (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Lit-Verlag, Münster. S. 5-7

Tüpker, Rosemarie (2011): Musik im Märchen. Reichert-Verlag, Wiesbaden

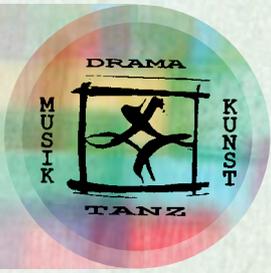
Tüpker, Rosemarie (2011): Forschen oder Heilen. In: Petersen, Peter; Gruber, Harald; Tüpker, Rosemarie (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Reichert-Verlag, Wiesbaden

Winnicott, Donald W. (1995): Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe. hrsg. von F. Robert Rodman. Klett-Cotta, Stuttgart

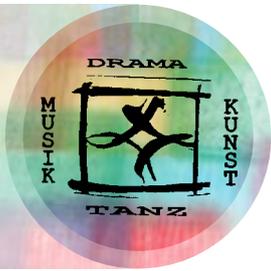
Winnicott, Donald W. (1995): Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart

Tagungsimpressionen









„Mit den Sternen nächtlich im Gespräch“ – Kreativität Form geben

Katharina Conradi



Katharina Conradi, MA (Tanztherapie), CMA (Certified Movement Analyst) ist Tanzdozentin, Tanztherapeutin und arbeitet mit Performance-Künstlern in den Niederlanden und im Ausland. Sie ist Dozentin an der niederländischen Universität der Künste (CODARTS Rotterdam und Amsterdam AHK) und unterrichtet kreativen Prozess, Choreografie, Laban- Bewegungs- Analyse und Release-Technik. In ihrer eigenen Praxis arbeitet sie mit Klientinnen und Klienten in kreativen Prozessen (www.katharinaconradi.com). Ihr Unternehmen 'Fresh Tracks' produziert Tanzfilme und -vorstellungen. Ihr letzter Film „Horizon“ wurde uraufgeführt bei Cinedans 2014 und reiste anschließend durch ganz Europa.



Als kreative Therapeutinnen und Therapeuten wissen wir, wie wichtig das kreative Potential in der Arbeit mit unserer Klientel ist. Das Durchleben des kreativen Prozesses ist dem therapeutischen Prozess sehr ähnlich. Erst gibt es die Phase des Eintauchens in eine Idee, ein Gefühl oder eine Ahnung. Dann kommt dieser Prozess mehr ins Bewusstsein. Das Thema oder Problem wird innerlich bearbeitet. Hierauf folgt das Aha-Gefühl, welches dann die Ausarbeitung, die Integration und das Teilen mit anderen ermöglicht. Wenn wir als Therapierende mit unserer eigenen Kreativität arbeiten, hilft das, ähnliche Prozesse bei anderen besser verstehen und begleiten zu können.

Anhand einer kurzen kreativen Reise wird in diesem Workshop ein persönliches Thema tänzerisch untersucht und ihm Form gegeben. Wir starten mit dem Entwerfen eines persönlichen Haikus (japanische Gedichtform) und werden diese tänzerisch umsetzen und mit einem Moment von Teilen abschließen.

Kurze inhaltliche Beschreibung des Workshop-Prozesses:

In diesem kreativen und choreografischen Workshop bildet das Haiku-Gedicht den Ausgangspunkt. Nach einer kurzen Einleitung über den kreativen Prozess und seine Bedeutung im therapeutischen Prozess konzentrieren wir uns auf das Haiku-Gedicht. Eine kurze Einführung zum japanischen Gedicht bildet den Anfang. In einem Haiku-Gedicht beschreibt man in drei Zeilen mit insgesamt höchstens 17 Silben ein Ereignis aus der Lebensumwelt, das beim Schreiber einen Gedankenblitz ausgelöst hat. Oft werden in einfacher Sprache Naturmomente beschrieben, wo das Essentielle, das Nicht-Fassbare nicht gesagt, aber in einem Bild umschrieben wird.

Einige Beispiele hierfür:

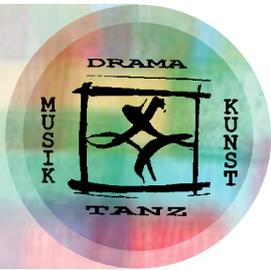
Wiesenstille

Die endlosen Achten
Des Segelfliegers.

Mitternacht

Aus den Möbeln knarrt
Die Hitze des Tages.

Nach Beispielen und Erklärungen folgt eine kurze Stille, um sich zu besinnen und ein eigenes Haiku-Gedicht zu verfassen. Danach wird dieses mit einem Partner geteilt und über Inhalte und inneres Erleben gesprochen. Die meisten der Teilnehmer erfahren ein unmittelbares Erleben eines spezifischen Momentes. Die Sinne sind offen und es ist, als ob man den Moment schmecken, ertasten und erfühlen kann.



Danach wird der Körper durch eine einfache Anleitung der Dozentin aufgewärmt. Hierbei wird darauf geachtet, dass der Körper spontan und assoziativ arbeiten kann und dass dieser Spontanität vertraut werden darf.

Hiernach werden die Teilnehmenden aufgefordert, die Struktur des eigenen Haikus zu untersuchen. Was sind die Klänge, was für eine Melodie und Phrasierung wird erfahren?



Dieser eher analytische Teil hilft, um das Gedicht auf musikalische und assoziative Art zu erfahren.

Dann wird der Körper aufgefordert, das Gedicht in Bewegung umzusetzen. Ähnlich dem Erleben von Musik, wird vor allem erspürt, wie jede Zeile in Bewegung umzusetzen ist. Wir arbeiten Zeile für Zeile, und die Teilnehmenden werden aufgefordert, sich nicht anekdotisch zu bewegen, sondern das Gedicht abstrakt umzusetzen. Das kleine Bewegungssolo, das entsteht, wird wiederum mit einem neuen Partner geteilt. Daraufhin bilden wir einen Performance-Raum, wo jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer sein Gedicht in Bewegung und eventuell mit Worten vorführen kann. Die Soli können gleichzeitig oder hintereinander gezeigt werden, aber bilden zusammen eine kleine Performance. Das Resultat ist ein besonderer Moment mit bedeutungsvollen Haikus und wegungssoli. Danach folgt ein abschließender Moment miteinander, um mit Worten diese Erfahrung zu teilen.

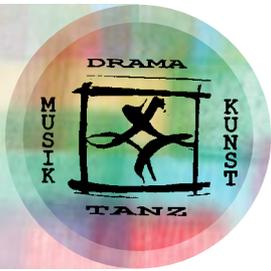
Was nutzt die Kunst?

Modifikation kunstpsychologischer Behandlung in der Akutpsychiatrie

Gudrun Gorski



Dipl.-Psych. Gudrun Gorski, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbildung in Analytischer Intensivbehandlung/Psychotherapie, Köln, Schwerpunkt Kunstanaloge Behandlung in Kliniken, langjährige klinische Tätigkeit in der Psychiatrie, Selbsterfahrungsleiterin und Bildungsreferentin in der LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Solingen, Dozentin am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel GmbH, Andernach, Dozentin am Ausbildungsinstitut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der WGI gGmbH, Köln.



*Es ist alles
anders geworden
oder sind wir es
die anders wurden
oder ist alles Andere
anders
als wir es sehen
(Rose Ausländer)*

Einleitung – Psychologie meets Kunst

Was passiert, wenn Psychologie und Kunst zusammen treffen?

In der Begegnung zwischen Psychologie und Kunst ist der morphologischen Kunstpsychologie aufgefallen, dass es zwischen Kunst-Werken und Seelen-Werken eine Seelenverwandtschaft gibt. Das Seelische strukturiert sich in Bildern, und in der Folge ist die Eigenwelt des Seelischen eine Bildwelt. Diesen Gedanken hat die morphologische Kunstpsychologie weiter ausgeführt und Psychologie und Kunst in einen Austausch gebracht. Wie sich dieser Austausch gestaltet, hat sie sich genauer angesehen. Heute möchte ich Ihnen etwas von morphologischer Kunstpsychologie erzählen, aber in der vorhandenen kurzen Zeit geht das nur in Ansätzen. Die morphologische Kunstpsychologie ist eine Einladung, seelische Wirklichkeit anders zu sehen und anders zu denken. Dabei geht es darum, die Morphologie des Seelischen, d.h. die Beweglichkeit und Wandelbarkeit des Seelischen in Erfahrung zu bringen. Die Basis der morphologischen Kunstpsychologie ist die morphologische Psychologie. Sie gehört zur Tiefenpsychologie und wirft einen spannenden Blick auf unsere seelische Wirklichkeit, spannend darum, weil dieser Blick anders ist.

Was bedeutet Morphologie?

„Morphologie, die Logik von Gestalten oder Formen, ist von vornherein eine radikale Ganzheitspsychologie. Von Ganzheit spricht sich leicht, aber was damit gesagt wird, ist im Allgemeinen unbekannt. Ganzheit ist nicht einfach etwas Übersummatives, sondern ein (kunstähnliches) Gebilde mit eigenen Kategorien und Selbstbewegungsprozessen. Ganzheitspsychologie hat eine eigene Konsequenz; sie lässt nicht zu, Psychologie zu betreiben mit Elementen, Teilen, Abstraktionen – wie Assoziationen, Vermögen, Triebe oder Geist. Ganzheitspsychologie beschäftigt sich mit umfassenden, in sich verständlichen Wirkungs-Einheiten. Das sind sich selbst gestaltende und anderen Gestaltungen unterworfenen Überlebenswelten, die sich in Erleben und Verhalten äußern“ (Salber, 2015, S. 7).

Was heißt hier Anders-sehen?

Der andere Blick der morphologischen Psychologie richtet sich auf ein Seelisches, das nicht stehen bleiben kann, auf Gestalten in Entwicklung, auf Gestalten in Bildung und Umbildung in ihrer jeweiligen Kultur und Gesellschaft. Dieser Psychologie ist es wichtig, nicht nur das individuelle Schicksal eines Menschen in den Blick zu nehmen, sondern die Alltagskultur, in der er lebt. Ein Kulturproblem aus unserem heutigen Alltag ist beispielsweise, dass Menschen nach außen hin demonstrieren müssen, viel mehr zu schaffen, als sie in Wirklichkeit leisten können.

Da ist es einfacher ein Burnout zu haben, was heutzutage fast schon als Auszeichnung gilt, als in seiner Leistungsfähigkeit begrenzt zu sein. Von dort aus gesehen, ermöglicht der Blick auf dieses Kulturproblem, andere Fragen zu stellen, wenn es darum geht, über sich selbst nachzudenken.

Dieser andere Blick will Wirkungszusammenhänge beschreiben, die über einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge weit hinausgehen. Einzelne Triebe oder Emotionen werden nicht als Motive angesehen. Was seelisches Leben ausmacht, können wir nie isoliert für sich verstehen. Psychologisch können wir nur Wirkungen erfassen, die in Geschichten, in gelebten Bildern gebunden sind.

Diese Wirkungszusammenhänge sollen erfasst werden. Das geht nur über Beschreibungen, d.h., wenn wir unser Erleben ernst nehmen, wenn wir uns fragen, was wir erleben und wie wir es erleben. Wenn es gelingt, mit Hilfe des Beschreibens bei dem, was sich zeigt, nämlich den Phänomenen, **beweglich zu verweilen**, dann entsteht die Möglichkeit, komplette Seelen-Dramen menschlichen Lebens wahrzunehmen.

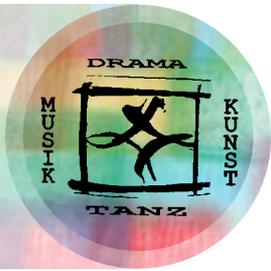
Im Workshop wurde das Bild „French Six-Day Bicycle Rider“, 1937, von Edward Hopper erlebt und beschrieben, welches ein Seelen-Drama von (Selbst-) Bestrafungssystem im Belohnungssystem zeigt.

Diese Psychologie braucht Zeit und lässt sich nicht darauf ein, seelische Phänomene sofort zu erklären, gibt keine isolierten Ratschläge, arbeitet nicht nach einem modularisierten Handbuch. Sie formuliert für die Behandlung auch keine abstrakten Ziele. Therapieziele sind zunächst entwicklungs offen. Erst wenn es gelungen ist, einen Fall zu verstehen, ist es möglich, für ihn ein Therapieziel zu benennen.

„Für die Morphologie sind wir dann ja auf den Gedanken gekommen, immer nur von Fällen zu sprechen. Das bedeutet nicht, dass wir roh sind, weil wir nicht von Klienten oder Patienten sprechen, sondern mit den Fällen meinen wir, wir lassen ein Lot in die Wirklichkeit fallen und heben dann heraus, was jeweils der Fall ist, und gucken, hält sich das? Wobei, das habe ich das vorige Mal nicht erwähnt, aber das fällt mir jetzt gerade ein, dass ‚Fall‘ etwas zu tun hat mit dem griechischen ‚sphallein‘, und das heißt auch ‚täuschen‘. Das heißt, wir gehen von vornherein darauf ein, das ist der Fall, und wir wissen nie sicher, ob das nicht auch Täuschung ist, und nur dann können wir Psychologie betreiben.“ (Salber, 2015, S. 222).

Was ist das Seelische?

„Gegenstand der Psychologie ist das seelische Geschehen oder abgekürzt: das Seelische. Damit sind die beobachtbaren Zusammenhänge des Verhaltens und Erlebens körperlich existierender Menschen gemeint, die in der jeweiligen historischen Raum-Zeit ihre Eigenart gewinnen“ (Salber, 2006, S. 20).



Das Seelische ist nicht gradlinig, es folgt nicht einer rationalen Logik, wie es auch schon Freud in der Traumdeutung aufgezeigt hat, sondern einer „Psycho-Logik“, die verschieben, verdichten, verdrehen, oder etwas durch anderes ersetzen kann. Hier sind Gesetze der Psychästhetik am Werke.



„Psychästhetik‘ kennzeichnet einen Produktionsprozess, in dem sich ein Zusammenhang bildet durch Abstimmungen, Ergänzungen, Polarisierungen, Steigerungen, Einschränkungen, Verrücken, Verdichten, Verschieben. In diesem Prozess bilden sich Gestalten, die sich in anderen Gestalten fortsetzen. Darin zeigen sich Ordnungen, die ‚mehr‘ und ‚anders‘ sind. Es handelt sich dabei um gestalthafte Verhältnisse wie z.B. ‚Bindung – Lösung‘, ‚Mehrwerden – Gleichmachen‘, ‚Umfassendes – Besonderes‘ (Salber, 1993). Diese Verhältnisse durchformen die seelische Entwicklung, geben ihnen Halt und Richtung“ (Pohlmann, 2015, S. 45).

Seelisches können wir also nur dann verstehen, wenn wir es konsequent als eine **Entwicklungsform** sehen können, d.h. als Prozess, der in der Zeit als ein übergreifender Zusammenhang wie ein ganzer Seelenbetrieb entsteht. Und weiter:

- Es geht darum, das Seelische als ein **dramatisches Produktionssystem** von Erworbenem, Erlerntem, von Erwartungen, Ergänzungen, von Weiterführungen und Gegenläufen zu begreifen, wie ein großes Fabrikationswerk.
- Es geht darum, das Seelische beschreibbar zu machen als eine geschichtliche Herstellung von Wirklichkeit, die stets in Bewegung und in Verwandlungen ist, wie ein **Lebensstrom mit verschiedenen Quellen**.
- Es geht darum, Unbewusstes wie etwas, was **scheinbar nicht sichtbar**, aber zugleich hoch wirksam ist, anzuerkennen, anstatt es zu beseitigen.

Dazu braucht man eine bewegliche Psychologie, die in einer Mitbewegungsmethode unsere Erfahrungen aufgreifen kann, die beschreiben kann, was wir erleben, was uns erheitert, was uns beunruhigt und wie wir uns verhalten. Die morphologische Psychologie hat sich dies zur Aufgabe gemacht.

Teil: 1

Was nutzt die Kunst?

„Kunst gibt nicht das Sichtbare wieder, sondern Kunst macht sichtbar.“ (Paul Klee)

„Die Psychologie hat (...) etwas von der Kunst: – weil Kunst ein „Königsweg“ ist, Seelisches zu begreifen: die Eigenart seelischer Probleme, das Funktionieren seelischer „Mechanismen“, die Verwandlungsmöglichkeiten und Ordnungen seelischer Produktionen“ (Salber, 1986, S. 17).

Wie für Freud der Traum der Königsweg zum unbewussten Seelenleben war, so ist die Kunst für die morphologische Psychologie die Via Regia zum Seelischen.

Wir erfahren, wie das Seelische funktioniert, wenn wir uns die Kunst ansehen und umgekehrt erfahren wir etwas über Kunst, wenn wir das Seelische begreifen.

Eine psychologische Beschäftigung mit der Kunst will nicht gleich die Frage entscheiden: „Ist das Kunst oder kann das weg?“ Morphologische Kunstpsychologie geht auf die Prozesse ein, die in uns vorgehen, wenn wir Kunst erleben. Und darüber kann sie etwas über Kunstwerke erfahren. In umfassenden psychologischen Analysen zur Kunst wurden sechs Kennzeichen herausgearbeitet, welche die spezifische Wirkung von Kunst ausmachen: **Konstruktionserfahrung, Durchlässigkeit, Expansion, Realitätsbewegung, Störungsform, Inkarnation.**

In der psychotherapeutischen Behandlung kann man sich dies zu Nutze machen und Behandlung kunstanalog gestalten. „Kunstanalog bedeutet, dass Wirkungen, wie sie sich bei Kunstwerken finden, im Behandlungsprozess absichtsvoll in Gang gebracht werden.“ (Salber, 1980, S. 146).

Teil 2:

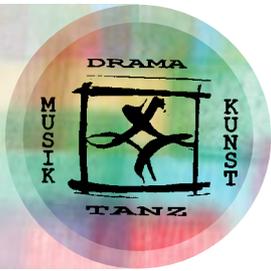
Wie wirkt Kunst?

„Ich ist ein Anderes. Erst in dieser Differenz wird etwas wahrnehmbar, das etwas von dem aufscheinen lässt, was ich bin.“ (Peter Sinapius)

Was spielt sich ab, wenn wir Bilder der bildenden Kunst erleben?

Das Leben erscheint oft verwirrend. Da brauchen wir Möglichkeiten, um uns selbst in dieser komplizierten Welt zu verstehen. Menschen suchen nach Zusammenhängen, nach Erklärungsmustern, die dem Chaos ihrer Gefühle einen Sinn geben, die aufzeigen, wie ihr Leben funktioniert. Zum Verständnis unserer Erfahrungen und Erlebnisse brauchen wir Zusammenhänge, die uns zeigen, in welcher Welt wir leben, wer wir sind und welchen Sinn das Leben macht.

Einsicht in den Sinn des eigenen Lebens erringt man aber nicht plötzlich in einem bestimmten Alter, auch nicht, wenn man den Lebensjahren nach ein reifer Mensch sein müsste. Das Wissen um das, was der Sinn des Lebens sein könnte oder sein sollte, ist das Ergebnis einer langen Entwicklung. Wobei wir in jedem Lebensalter, ob im ersten oder im letzten, einen Sinn suchen und brauchen. Bilder können diese Funktion in unserem Leben übernehmen.



Durch Bilderleben erfahren wir etwas über die Zusammenhänge der Wirklichkeit, in denen wir leben und in denen wir uns zurechtfinden müssen.

Bilder setzen sich anders mit der Wirklichkeit auseinander als wir es im Alltag gewohnt sind. Sie können uns die Wirklichkeit einmal von einer bestimmten Seite her zeigen. Beispielsweise werden Einzelheiten, die sonst isoliert dastehen, aufeinander bezogen, Inhalte werden in andere Zusammenhänge gestellt. Indem eine Sache verrückt wird, zeigt sie sich deutlicher. Man bringt die Wirklichkeit damit zum Sprechen. Menschen schmerzt es allerdings oft, die Dinge mal anders zu sehen. Besonders wenn es sich um Unangenehmes handelt. Das mögen sie nicht leiden und verdrängen lieber.

Bilder können unsere seelische Wirklichkeit wahrer darstellen als die Wirklichkeit selber. Sie haben etwas mit „Bilden“ zu tun, mit dem Bearbeiten und Heraus-

gestalten von Wirklichkeit in anschaulichen Formen. In ihnen kann eine Erfahrung über unsere eigene Wirklichkeit gemacht werden und über die Wirklichkeit, die wir zu meiden suchen. Ein Bild ist mit einem sprechenden und zuhörenden Spiegel vergleichbar. Im Dialog mit ihm kann man etwas von sich selbst erfahren.



Bilder veranschaulichen uns die Dramatik und die Wandelbarkeit unseres Lebens. Damit kann man die Not des Lebens nicht aufheben, aber Bilder geben uns die Möglichkeit, einen Umgang damit zu finden. Sie nehmen den Schwierigkeiten des Lebens einiges von ihrer Schwere, indem sie ihnen eine sinnliche, gegenständliche Fassbarkeit verleihen.

Beim Bilderleben können wir feststellen, dass das Bild nicht nur etwas Gegenübergestelltes ist, sondern etwas, auf das man sich einlassen kann, worin man sich bewegen und etwas von sich selbst erfahren kann.

Wir können nicht in einem luftleeren Raum leben, wir brauchen Gegenständliches, um uns daran zu erfahren. Wir sind auf anderes, uns Gegenübergestelltes angewiesen, denn nur durch anderes können wir ein Verhältnis zur Welt aufbauen. Und erst indem wir in einem Verhältnis zur Welt stehen, können wir erfahren, wer wir sind, wie wir sind und was wir sind.

Deshalb ist es auch möglich, dass ein Stück Leinwand oder Papier, mit ein paar Pinselstrichen bemalt, Menschen emotional stark bewegen kann; dass völlig verschiedene Menschen unterschiedlicher Epochen von einem Bild begeistert sind; dass Menschen in einem Kunstwerk der Vergangenheit die Zukunft erleben können und das Eigene im Fremden (Kunstwerk) zu erkennen vermögen.

Teil: 3

Modifikation kunstpsychologischer Behandlung in der Akutpsychiatrie

„Nichts ist ohne sein Gegenteil wahr.“ (Martin Walser)

Eine kunstpsychologische Behandlung im Sinne einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist in der Akutpsychiatrie aufgrund der Rahmenbedingungen eigent-

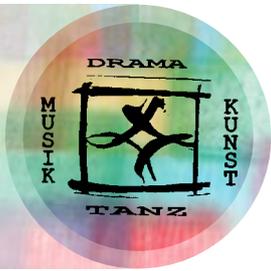


lich nicht realisierbar. Hauptgrund ist die fehlende Zeit, die ein psychotherapeutischer Prozess benötigt. Wer in der Akutpsychiatrie arbeitet, kennt das Problem, erschwerte Bedingungen für psychotherapeutische Prozesse vorzufinden. Hier ist die eigene Kreativität herausgefordert, die z.T. rudimentären psychotherapeutischen Möglichkeiten sinnvoll zu gestalten. So wurde die morphologische kunstpsychologische Behandlung in eine Form von psychologischer Alltagsberatung modifiziert. Es geht darum, den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, zu alltäglichen und selbstverständlichen Ordnungen zurückzufinden, die ihnen in ihren verrückten Alltagswirklichkeiten fremd geworden sind, und dies mit dem Einsatz von Bildern der bildenden Kunst.

„Nach Auffassung der morphologischen Psychologie sind es dieselben Problemkerne, die den Alltag ausmachen und die von der Kunst weiterbehandelt, zugespitzt und aufgebrochen werden.“ (Fitzek, 2015, S. 105)

Oft fällt es den Patientinnen und Patienten schwer, im Rahmen der Akutbehandlung ihren Alltag und ihr Schicksal in den Blick zu nehmen. Da ist das Bilderleben in der Gruppe eine Einladung zu ungewohnten Erfahrungen. Mit Hilfe des Bilderlebens soll ein Gespräch mit sich selbst angestoßen werden, in dem man sich ohne Vorurteile selbst zu sehen lernen kann. Das Bilderleben intensiviert die Auseinandersetzung mit sich selbst, weil Bilder Bedeutungszusammenhänge herausheben.

Das Kunstwerk dient hier als Behandlungsinstrument und leitet einen Prozess ein, in dem es zu sprechen beginnt und die Betrachtenden automatisch in einen Austausch



verwickelt. Dieser Prozess führt zu einem Wiedererlangen der Neugierde auf das eigene Leben und der Akzeptanz des eigenen Lebens.

Aus der Perspektive der Akutpsychiatrie zeigt sich der Erfolg kunstpsychologischer Beratung daran, dass das Kohärenzgefühl der Patientinnen und Patienten gestärkt ist, d.h. das Gefühl von Verstehbarkeit, von Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit.

Voraussetzung für die Effektivität im Arbeiten mit Bilderleben ist, dass die eingesetzten Kunstwerke a-personale seelische Erfahrungen alltäglicher Selbstverständlichkeiten materialisieren. Die folgenden zwei Beispiele veranschaulichen diesen Prozess.

Bilderleben: „Die niederländischen Sprichwörter“, 1559, Pieter Bruegel d. Ä.



Quelle: WwG8mD89xbELbQ at Google Cultural Institute,
Genehmigung: Gemeinfrei

Detail:



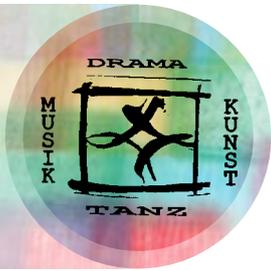
Quelle: Selection form Image: Pieter Bruegel d. Ä. 061.jpg,
Genehmigung: PD – old artwork, Gemeinfrei

In einem Inventar des flämischen Sammlers Pieter Stevens, 1668, heißt es über das Bild „Darstellung der verkehrten Welt, die durch verschiedene Sprichwörter repräsentiert wird“. Auf dem Bild ist nichts wie es sein sollte.

Materialisierung von Verkehrtem/Verrücktem

Herr K., ein 56 Jahre alter, alkoholabhängiger, depressiv-ängstlicher Patient, der bis zum 8. Semester Sozialpädagogik studiert hatte, benannte als sein Alltagsproblem, dass er von seiner Ehefrau geschlagen werde, weil er in ihren Augen den Abwasch nicht richtig erledige. Herr K. betonte, wie ruhig und friedlich er sei. Aggressionen würden von ihm nicht ausgehen. Er wisse nicht, wie er sich gegenüber seiner gewalttätigen Frau wehren könne. Er habe kein Selbstwertgefühl und könne nicht mit ihr darüber reden. Über jede Kleinigkeit würden sie direkt in heftigen Zank und Streit geraten. Er fühle sich einsam und sei wütend darüber, dass sie ihn nicht so akzeptiere, wie er sei.

Der „falsche Heilige“ im Kunstwerk war ihm nach der Bildbeschreibung in der Gruppe nicht mehr aus dem Sinn gegangen. Er erzählte, bis vor einigen Monaten mit der Mutter in einer Wohnung zusammengelebt zu haben. Er habe sich allein ihr zuliebe zum Altenpflegehelfer umschulen lassen. Denn er habe im Alter für sie da sein und sie angemessen pflegen wollen. Die Mutter sollte auf keinen Fall in einem Altenheim allein leben müssen. Schon als junger Mann habe man ihm nachgesagt, dass er ein „Muttersöhnchen“ sei. Er habe nach dem Abitur eine Lehre als Einzelhandelskaufmann abgeschlossen und einige Jahre in England als Fremdsprachenkorrespondent gearbeitet. Jedoch habe er sich beruflich nicht etablieren können und sei wieder nach Köln in die elterliche Wohnung zurückgekehrt, als der Vater verstorben war. Vor drei Jahren habe er geheiratet. Die Ehefrau sei ebenfalls in die Wohnung eingezogen, die er seit



vielen Jahren allein mit der Mutter geteilt habe. Die beiden Frauen hätten sich nicht verstanden. Es habe ständig Streit und Chaos gegeben. So habe er sich dazu durchgerungen, die Mutter doch in einem Altenheim unterzubringen. Bis heute quäle ihn deswegen ein schlechtes Gewissen. Deshalb besuche er die Mutter täglich.

Die Gruppenteilnehmer reagierten mit Entsetzen, als sie hörten, dass er als Mann von seiner Frau grün und blau geschlagen wurde. Den Beweis dafür trug er im Gesicht geschrieben, das von Beulen und Blutergüssen gezeichnet war. Dergleichen hatten sie noch nie zu sehen bekommen. Da lief doch ganz offensichtlich was verkehrt. In der Regel schlagen Männer Frauen und nicht anders herum.

Im weiteren Gespräch wurde deutlich, dass Herrn K.s Ehefrau von rasender Eifersucht geplagt wurde, weil die Mutter für ihn Erstfrau und Partnerersatz war. Die Ehefrau gab sich jedoch mit der Position einer Zweitfrau nicht zufrieden. Herr K. spürte seine Abhängigkeit von beiden Frauen, die ihn umwarben und wie einen „Heiligen“ vergötterten. Zugleich wurde er wie ein Diener behandelt, den man nach Belieben schlagen und demütigen kann. In der Gruppe wurde herausgearbeitet, dass Herr K. das Geschlagenwerden immer wieder selbst aufsuchte, weil es ihm eine entschiedene Gestalt gab: Da konnte er das arme Opfer sein. Das konnte er leichter ertragen als seine Orientierungslosigkeit. Er hatte Angst, sein eigenes Leben zu leben, und war davon abhängig, dass andere ihm sagten, was er zu tun und zu lassen hatte. Mit dem Bild vom „falschen Heiligen“ hatte Herr K. eine prägnante Gestalt gefunden, die eine erste Charakterisierung seiner Alltagsprobleme verkörperte. Aufgrund dieser für ihn positiven Erfahrung beschloss Herr K., eine ambulante Psychotherapie aufzusuchen.

Im zweiten Beispiel geht es um das Bilderleben von „Bullfight III Picador“, 1957, von Pablo Picasso, welches eine Materialisierung von „Spitzenausteilen“ zeigt.

Herr G., ein 50-jähriger Versicherungsangestellter in leitender Position, litt unter Depression und Alkoholabhängigkeit. Er benannte als sein Alltagsproblem den Vorwurf seines Vorgesetzten, er sei teamunfähig. Das sehe er anders. Er sei durchaus teamfähig, er fühle sich lediglich der ständig größeren Arbeitsbelastung nicht mehr gewachsen. Seine ca. 20 Mitarbeiter würden auch nur versuchen, die Arbeit auf ihn abzuwälzen.

Herrn G. sah man auf den ersten Blick nicht an, warum er in der Psychiatrie war. Er wirkte ganz alltagstauglich. Er schien nur eine Bestätigung zu wünschen, psychisch krank und arbeitsunfähig zu sein, um seine Rente beantragen zu können. Im Stationsalltag mochte ihn auf Anhieb keiner leiden. Jeder fühlte sich von ihm irgendwie provoziert. Er kontrollierte die Profis sowie die Mitpatientinnen und Mitpatienten. Er fiel auch dadurch auf, dass er für die meisten seiner Mitpatientinnen und Mitpatienten nur Spott und Hohn übrig hatte. Den ganzen Tag lang saß er fast wie angewachsen an seinem Essplatz im Gruppenraum, bewegte sich kaum und verbreitete Sticheleien.

In einer Gruppensitzung mit dem Bild „Bullfight III Picador“ wertete Herr G. das Bild gleich ab. Das sei nicht schön, nur schwarz-weiß, eben ein weiteres hässliches Bild. Ich solle ihm doch mal ein Bild zeigen, das ihm gefalle. Die Patientinnen und Patienten in der Gruppe beschrieben das Bild und erzählten von ihren Erfahrungen damit, im Alltag gehänselt und verletzt zu werden, aber ebenso von eigenen Gehässigkeiten. Herr G. kam wiederholt auf die spitzen Säbel des Picadors zu sprechen, von denen er fasziniert war.

Das Zusteichen des Picadors materialisierte die Alltagserfahrung des Spitzenausteilens, d.h. auf jemandem herumzupicken. Die sinnlich-fassbare Erfahrung des a-personalen Pickens am Kunstwerk erleichterte ihnen, einen persönlichen Bezug zu ihrem Alltagserleben herzustellen. Jeder konnte erleben, welche individuelle Ausprägung bei ihm selbst vorlag: Wie sah es für jeden einzelnen aus, wenn er gepickt wurde oder selbst pickte. Durch die Analogiebildung am Kunstwerk konnte fassbar werden, was verloren gegangen war oder noch gar nicht zur Verfügung stand, weil das unangenehme Thema tabuisiert war.

Schließlich kam auch Herr G. auf seine heikle Situation am Arbeitsplatz zu sprechen; wie dort auf ihm herumgehackt wurde, aber auch, wie er selbst anderen Menschen Stiche versetzte. Erstaunt erinnerte er sich, dass ihm schon früher jemand gesagt habe, dass er immer nur Spitzen austeile. Später habe ich dieses Spitzenausteilen mit Herrn G. im Einzelsetting weiter bearbeitet. Und es zeigte sich, dass sein Alltag von so vielen Zwängen bestimmt war, dass er ihn nicht mehr bewältigen konnte. Deutlich wurde, dass er aufgrund seiner massiven Zwangserkrankung zu Recht in der Psychiatrie war.

Fazit

Die Prozesse des Bilderlebens helfen einerseits den Behandlern, die zu Behandelnden besser zu verstehen. Andererseits gibt das Arbeiten mit Bildern den Patientinnen und Patienten dem Problematischen in ihrem Leben eine sinnliche Fassbarkeit. Diejenigen, die vor den Trümmern ihrer verkehrt gelaufenen Selbstbehandlung stehen, bekommen konkrete Hilfen zur Bewältigung ihres Lebens, weil ihre Probleme mittels der Kunstwerke greifbarer werden. Die Greifbarkeit ihrer Alltagsprobleme macht Anhaltspunkte spürbar, wie sie zu einem Alltag zurück finden können, in der die Selbstbehandlung wieder mehr Freiräume bekommt.

Literatur:

Salber L. (2006) Psychologie für die Westentasche, München: Piper Verlag

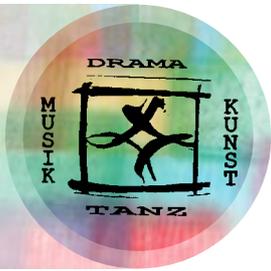
Salber W. (1980) Konstruktion psychologischer Behandlung, Bouvier Verlag, Bonn

Salber W. (1986) Kunst-Psychologie-Behandlung, 2., völlig neu bearbeitete Auflage, Bonn: Bouvier

Salber W. (2015) Radikale Ganzheitspsychologie – Medium Wirkungs-Einheit, Berlin: HPB University Press

Fitzek H. (2015) Von der Figur zur Figuration, Theorie + Praxis des Kunstcoachings. In G. Gödde, W. Pohlmann, J. Zirfas (Hg.) Ästhetik der Behandlung, Beziehungs-, Gestaltungs- und Lebenskunst im psychotherapeutischen Prozess, Psychosozial-Verlag, Gießen

Pohlmann W. (2015) Methoden des Seelischen – Methoden der Kunst. In G. Gödde, W. Pohlmann, J. Zirfas (Hg.) Ästhetik der Behandlung, Beziehungs-, Gestaltungs- und Lebenskunst im psychotherapeutischen Prozess, Psychosozial-Verlag, Gießen



Das Choreographische Porträt

Claire Gunther



Geb. 1967 (Algier / Algerien),

Seit 1989 umfangreiche psychotherapeutische Ausbildungen

1993 Diplom Tanz- und Ausdruckstherapeutin / reg. BVT

Seit 1995 Tanz- und Körpertherapeutin in einer Fachklinik (Neuss)

Seit 1999 Mitglied und berufspolitische Mitarbeit im BTd e.V.

Derzeit im Gremium für Weiterentwicklung und Wahrung der Standards

Seit 2000 Heilpraktikerin für Psychotherapie nebenberuflich in freier Praxis (Neuss)

Seit 2003 Ausbildungsberechtigung vom Berufsverband BTd e.V. Ausbilderin u.a. am Langen Institut (Düsseldorf)

Seit 2004 Fachsupervision von Ausbildungskandidaten

Weiterbildungen (Auslese)

- Trauma-adaptierte Tanztherapie
- DBT (zum therapeutischen Umgang mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen)
- Bewegte Familienrekonstruktion (systemisch)
2005 – 2007
- Mitarbeit an Konzeption, Durchführung und Präsentation von empirischen Studien über Wirkfaktoren der Tanztherapie im klinischen Setting mit den Universitäten Dortmund und Heidelberg

2009 Kompaktausbildung Systemisches Coaching bei Sieger Consulting (Darmstadt)

2013 Herz-Qi Gong-Übungsleiterin – Shen Men Institut (Düsseldorf)

Als „*Choreographisches Portrait*“ benannte ich einen kreativtherapeutischen Prozess, den ich im Verlauf meiner 20-jährigen Tätigkeit als Tanz- und Ausdruckstherapeutin mit klinischen stationären und teilstationären sowie ambulanten psychotherapeutischen Gruppen entwickelte. Im Workshop lag der Schwerpunkt auf der praktischen Vermittlung des o.g. Verfahrens, das im vorliegenden Text nun theoretisch untermauert wird.

Ziele

Der therapeutische Gestaltungsprozess eines Choreographischen Portraits zielt sowohl auf die Ich-Stärkung – durch Förderung der Kreativität, des Selbstwerts sowie der Team- und Kohäsionsfähigkeit – als auch auf die Integration abgespaltener Ich-Anteile in das Selbstbild durch die Konfrontation mit Stärken und Schwächen hin.

Verfahren

Ausgewählte Charakterzüge und individuelle Merkmale (Stärken und Schwächen) einzelner Patientinnen und Patienten werden mit den Mitteln des Tanzes, der Pantomime und/oder des Theaters (ggfs. mit musikalischer Untermalung) in wertschätzender Atmosphäre von Mitpatientinnen und Mitpatienten choreographisch zum Ausdruck gebracht. Im Anschluss daran fördert die Reflektionsrunde den wertvollen Integrationsprozess.

Definition

„Ein Porträt (von Französisch *portrait*: ‚Brustbild‘ oder ‚Bildnis‘; im Deutschen früher auch ‚Portrait‘) ist ein Gemälde, eine Fotografie, eine Plastik oder eine andere künstlerische Darstellung einer oder mehrerer Personen. Im übertragenen Sinne wird auch eine schriftliche Beschreibung eines Menschen, also eine kurze Biografie, als Porträt bezeichnet. Die Absicht eines Porträts ist es, neben der Darstellung körperlicher Ähnlichkeit auch das Wesen bzw. die Persönlichkeit der porträtierten Person zum Ausdruck zu bringen. Daher zeigt das Porträt wegen der Bedeutung der menschlichen Mimik in der Regel das Gesicht der Person“ Auszug aus Wikipedia (01.10.2015).

Theoretische Betrachtungen

„Das nicht-verbale Handeln, das durch die Psychoanalyse primär beinahe tabuisierte Agieren, wird nicht mehr von der Psychotherapie ausgeschlossen, sondern im Gegenteil als ein wesentliches Mittel des Ausdrucks und als Objekt der Forschung betrachtet. (...) In der Gestaltungstherapie versuchen wir, kreatives (bildnerisches und darstellerisches) Tun für Behandlungszwecke fruchtbar zu machen. Das Gestaltungserleben soll den Zugang zu Emotionalität erleichtern und in der Folge Wegbereiter und Mittel indizierter Psychotherapie sein“ Franzke, E. (1977) S. 7 – 9.

Franzke beschreibt den Gestaltungsprozess als Weg von afferenten inneren Bildern zu efferenten Ausdrucksweisen: „Die Afferenz reicht von äußeren und inneren Stimuli bis zum *Erleben*, also bis zum Bewusstwerden mit den dazugehörigen Gefühlen. Von da an führt die Efferenz über innere Stellungnahme und konstruktive Ideen zu Handlungsimpulsen und deren Ausführung. (...) Individuelle Erlebnis-, Verhaltens- und Reaktionsweisen, also Charakterzüge bzw. übliche Erlebnisverarbeitung, spiegeln sich deutlicher in der Art der Ausführung wider als in der Größe des Entschlusses zu Tat oder Verzicht. (...) In Spielsituationen fällt es den meisten Menschen viel leichter zu sagen: „Tja, so bin ich eben.“ (...) Mit Hilfe der Gestaltungen ist es dem Patienten anfänglich oder zeitweilig



leichter möglich, Einsicht in eigene Wünsche, Bedürfnisse, Haltungen, Gehemmtheiten, auch in Vorurteile und dahinter stehende Ideologien, also in die eigenen Steuerungsvorgänge zu gewinnen. Auf dem ‚spielerischen Übungsfeld‘ fällt es ihm weniger schwer, sich so zu erfahren, wie er wirklich ist und handelt“ Franzke, E. (1977) S. 13 – 14.

„In jeder Gestaltung sind verschiedene Elemente enthalten. Je nach Betrachtungsweise können die einen oder anderen

Aspekte und Bearbeitungsebenen in den Vordergrund rücken. Die folgenden sind psychotherapeutisch wichtig:

- 1) Ausdrucksmöglichkeit
- 2) Katharsis
- 3) Impulsmobilisierung und Konfliktaktualisierung
- 4) Einsichtsvermittlung (bis Evidenz erleben, Aha-Erlebnis)
- 5) Ich-Stützung – Ich-Stärkung
- 6) Typische Impulsverarbeitung (Persönlichkeitsstruktur)
- 7) Hinweis auf aktuelles und „genetisches“ psychisches Material
- 8) Übertragung – Gegenübertragung
- 9) Hinweis auf Symptome bzw. Symptomatik
- 10) Prospektive Zeichen“ Franzke, E. (1977), S. 25



„Für Menschen, die ihre unbewussten Sichtweisen, Wünsche und Ängste besser kennenlernen und verstehen möchten, bietet sich in der Arbeit mit inneren Bildern eine wunderbare Möglichkeit.“ Kappert, D. (1997) S. 7.

„Die Idee des Archetypus hat etwas Tröstliches. Sie bedeutet nichts anderes, als dass die universellen Ideen, die vor der individuellen Erfahrung des einzelnen in der Welt existieren, im kollektiven Unbewussten aller Menschen bildsymbolisch repräsentiert, d.h. quasi mitgegeben sind: Grundlegende Lebenssituationen scheinen sich von der allgemeinen Bildsymbolik ähnlich oder gleich darzustellen. Das legt nahe, dass in jedem Menschen eine entsprechende Fähigkeit vorhanden ist, mit einem Thema oder Problem zurechtzukommen.“ Kappert, D. (1997) S. 12.

„Vielen erscheint das Leben wie ein Einheitsbrei. Die meisten Menschen sind nicht darauf vorbereitet, persönlich wichtige Situationen zu erkennen und zu verarbeiten. Sie können die Bedeutung von Ereignissen nicht richtig einschätzen und sind nicht in der Lage, sich zu entscheiden. Oder aber die Wucht der Lebensumstände ist so erdrückend, dass das, was der Mensch eigentlich will, bis zur Unkenntlichkeit und Not verformt wird. **Dann hilft die sinnliche Erfahrung der Körpersymbolik, in einem kontrollierten Rahmen komprimiert, um rein das eigene Erleben anzuregen und die gewohnte Sichtweise – die Rationalisierung oder gar Lebenslüge – zu durchbrechen.**“

Kappert, D. (1997) S. 133.

„Die befreiende heilende Wirkung aller großen künstlerischen Erlebnisse, die Katharsis, die durch die großen griechischen Dramen ausgelöst wurde, die Heilung durch Musik, beruhen auf der **Durchbrechung einer Isolierung der Persönlichkeit.**“

Alexander, G. (1976).

„Diese Isolation scheint der Preis für unser Ich-Bewusstsein zu sein, für den Versuch, Herr über das eigene Leben und seine Umstände zu werden, selbst zu planen, Schmerz zu vermeiden und glücklich zu sein.“ Kappert, D. (1993), S. 24.

„Psychische Heilungsprozesse brauchen **Spontanität**, um wirksam zu sein.“

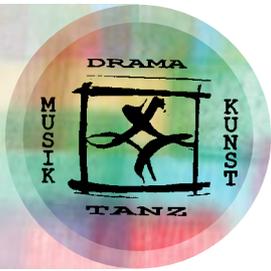
Moreno (1946) in Krüger, R.T (1997), S.20.

„Die Theorie der Spontanität ist das, was einen kreativen Prozess kreativ macht. Sie ist die Essenz der Kreativität. (...) Erstmaligkeit in der Art des Handelns ist nötig, um die Fixierung aufzubrechen. (...) Der spontane Mensch handelt so, *wie wenn* er ein Anfänger wäre. (...) Jeder Augenblick ist neu.“ Krüger, R. (1997), S. 13 – 16.

Reinhard Krüger ist davon überzeugt, dass neben annehmender Liebe **Wahrheit** heilsam wirkt. „Wahrheit im Sinn des Versuchs, wahr zu sein“ im Gegensatz zu Selbst-Täuschung, sodass ein Gefühl von **innerer Stimmigkeit** eintritt.

Krüger, R.T. (1997) S. 21 – 22.

„**Performances** weisen unabhängig davon, ob sie aus der Kunst oder aus der populären Kultur stammen, eine Anzahl gemeinsamer Charakteristika auf: Sie sind eher durch ihren ‚Modus‘, denn durch ihre ‚Form‘ beschreibbar. Sie stellen **Gemeinschaften des Augenblicks** her. (...) Performances intensivieren die Face-to-Face-Kommunikation und provozieren damit ein anderes Verhältnis von Akteur und Zuschauer; nicht die Akteure allein, sondern die Zuschauer sind es, die die Performance als solche legitimieren und über das Gelingen oder Scheitern der Performance entscheiden. (...) Ein zentrales Charakteristikum des Performance-Theaters liegt zudem in der Auseinandersetzung mit dem Paradox des Schauspielers und Tänzers: Das Paradox, seine **Präsenz** zu thematisieren, die anders als die Präsenz eines Bildes, eines Klangs oder einer Architektur, über den Körper hergestellt wird und von daher gezwungen ist, die Medialität und Materialität der eigenen Körperlichkeit zu befragen. (...) Die Priorisierung des dialogischen Austausches, des kollektiven Arbeitens und des partizipatorischen Engagements macht die **Performance zu einem dialogischen Medium.** (...) Gerade indem sie ästhetische Praxis im und als sozialen Prozess definiert, indem sie auf Script und Charakterrolle verzichtet und ihr Spiel ein „serious game“ ist, das nicht „so tut als ob“, sondern sich ereignet, Gegenwart herstellt und unwiederholbar ist, ist gerade für die auf Körper und Bewegung, auf Selbst-Erleben und Mitbeteiligung der Zuschauer abhebende Performance ein Medium, das die Inszenierungsstrategien des Alltäglichen zu unterlaufen vermag. (...) Über Präsenz und ‚**Liveness**‘, verstanden als **Präsenz des Körpers** anstelle der Verkörperung einer Figur, schaffe sie (die Performance) einen Raum, in dem Leben erprobt und erlebt werden kann. (...) Damit Performance und Tanz als gegenwärtige, weil flüchtige Kunstform ihre analytische Kraft entfalten oder künstlerische Visionen entwickeln können, sind folglich Strategien gefragt, die es erlauben, sich von der Gesellschaft des Spektakels abzusetzen: Verweigerung kann hier im Stillstand, der Langsamkeit oder auch in der Inszenierung von Abwesenheit bestehen,



wie im so genannten Konzepttanz, bei dem nicht das Tanzen, also die Aufführung, im Vordergrund steht, sondern **eine choreographische Idee in Szene gesetzt wird.**"
Klein, G.; Sting, W. (2005), S. 10 – 17

„Auch in der modernen Selbstforschung meint das Selbst die Gesamtheit des Wissens um die eigene Person (...). Cooley (1902) verwendete den Begriff des „**Spiegel-Selbst**“,



um zu beschreiben, dass **das Wissen um die eigene Person nur durch soziale Rückmeldungen erworben werden kann** – das Selbst ist also die Spiegelung dessen, was Menschen aus den Reaktionen ihrer sozialen Umgebung auf ihre Person über sich selbst erfahren. (...) Im Unterschied dazu zeigt sich **Selbstakzeptanz** eher in einer basalen Akzeptanz der eigenen Person, die auch die **Akzeptanz eigener Schwächen**, also negativer Aspekte des Selbst, einbezieht. (...) Der Selbstwert korreliert außer mit der Depressivität auch mit nahezu allen psychischen Störungen bzw. Symptomen. (...) Der Selbstwert korreliert außerdem mit der individuellen Zielsetzung in dem Sinne, dass Menschen mit hohem Selbstwert sich hohe, aber realistische Ziele setzen. Personen mit einem niedrigen Selbstwert dagegen stecken sich zu oft zu niedrige Ziele. (...) **Ein sehr deutlicher Zusammenhang besteht auch zwischen dem Selbstwert und dem körperlichen Selbstbild.** Der Selbstwert hängt stark davon ab, wie attraktiv sich eine Person einschätzt. (...) Menschen, die sozial integriert und beliebt sind, in einer Partnerschaft leben und sich kompetent durchzusetzen wissen, haben üblicherweise auch einen hohen Selbstwert. (...) Wenn der Selbstwert jedoch zu hoch ausfällt, sinkt die Adaptivität wieder. Menschen, die ihre eigene Attraktivität und Begabung stark überschätzen, individuelle Ziele weit vor Beziehungsziele stellen, die eigene Verantwortung für Konflikte unterschätzen und in ihrer Selbstdarstellung sehr dominant sind, geraten häufiger in soziale Konflikte. (...) Menschen mit hohem Selbstwert erleben selbstwertbelastende Situationen als weniger selbstwertmindernd als Menschen mit niedrigem Selbstwert. (...) Personen mit stabilem Selbstwert sind grundsätzlich ausgeglichener und zufriedener als Personen mit instabilem Selbstwert, selbst wenn dieser habituell hoch ist.“
Potrek-Rose, F.; Jacob, G. (2015), S. 17 – 27.

„Gemäß dem Mythos der Erfahrung **entwickelt sich menschliches Verstehen aus der Interaktion**, d.h. aus dem kontinuierlichen Aushandlungsprozess des Menschen mit seiner Umwelt und mit anderen Menschen. (...) Wir können unsere Erfahrung unmittelbar verstehen, wenn wir sie als ein Phänomen betrachten, das kohärent strukturiert ist mit Hilfe von Gestalten, die direkt aus der Interaktion mit und in unserer Umwelt entstanden sind. Wir können Erfahrung metaphorisch verstehen, wenn wir eine Gestalt aus dem einen Erfahrungsbereich benutzen, um unsere Erfahrung in einem anderen Bereich zu strukturieren. (...) Die menschliche Fähigkeit, das eigene Selbst zu verstehen, setzt die Fähigkeit voraus, die anderen Menschen verstehen zu können. (...) Um andere Menschen zu verstehen, suchen wir mit ihnen im Gespräch permanent nach Gemeinsamkeiten unserer jeweiligen Erfahrung; beim Versuch, das eigene Selbst zu verstehen, suchen wir immer nach Elementen, die unsere mannigfaltigen Erfahrungen miteinander verbinden, um unserem Leben Kohärenz zu geben. (...) In weiten Teilen ist der Versuch, das eigene Selbst zu verstehen, die Suche nach passenden persönlichen Metaphern, die unserem Leben einen Sinn verleihen.“

Lakoff, G.; Johnson, M. (2008), S. 263 u. 266.

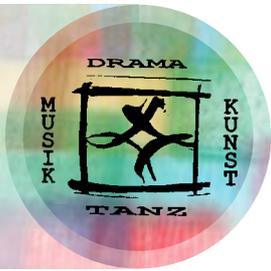
..**Differenzierung des Selbstkonzepts:** In der Offenheitsphase nimmt die Arbeit mit denjenigen Anteilen der Persönlichkeit einen wichtigen Raum ein, die die Person bisher nicht wahrhaben wollte, weil sie nicht in ihr Selbstkonzept passen. Das Konstrukt des Selbst ist nicht nur aus kognitiven Prozessen der Selbstentwicklung entstanden („wer bin ich?“), sondern braucht die soziale Reflexion („Wie findet ihr mich, und wie finde ich, wie ihr mich findet?“). (...) Wir nehmen eine affektive Bewertung des Konstrukts vor, das wir von uns selbst durch die Reflexion der anderen entwickelt haben. Ein positiv bewertetes Selbstkonzept ist für das Wohlbefinden und unsere Lebensgestaltung von zentraler Bedeutung. Selbstkonzept wie Selbstwert sind unverzichtbare Merkmale personaler Identität. (...) In der Offenheitsphase kommen sie aber mit den nicht in ihr Selbstkonzept integrierten Persönlichkeitsanteilen in Kontakt. Sie müssen ernüchternd feststellen, dass sie es selbst sind, die die Bewertung für Persönlichkeitszüge vornehmen und somit auch die Freiheit einer Neubewertung haben.“

Bender, S. (2014), S. 299 – 300.

Hinweis

Davon ausgehend, dass psychisch kranke Menschen ein eher niedriges Selbstwertgefühl haben, ist es wichtig, dass wir als therapeutisch Tätige während der Entwicklung eines Choreographischen Portraits darauf achten, dass die **Auswahl, Reihenfolge und Ausgestaltung der inszenierten Stärken und Schwächen der porträtierten Person gut dosiert erfolgen**, um einerseits das Ich zu stärken und andererseits ein gutes Maß an Entwicklungsschub durch dosierte Konfrontation zu ermöglichen.

Wenn Patientinnen und Patienten an einem Choreographischen Portrait mitwirken, können sie ihren Selbstwert durch das Überwinden ihrer Schamgefühle stärken: Der **Selbstwert** wird im DBT methodisch gemäß der Theorien von M. Lineham sowie dem Konzept der **Selbstzuwendung** von Potrek-Rose & Jacob mit dem Ziel gefördert, **dysfunktionale Selbsteinschätzungen** zu erkennen, zu verstehen und durch den Aufbau neuer Kompetenzen zu überwinden. „Wenn man davon ausgeht, dass Scham diejenige Emotion ist, die am feinsten die Gefahr der drohenden sozialen Ausgrenzung vermittelt, so wird verständlich, dass viele Borderline-Patientinnen ausgesprochen phobisch auf



Situationen reagieren, die mit potentieller Scham besetzt sind. (...) Immer muss das Ziel sein, die Patientinnen dazu zu bewegen, sich konkreten sozialen Anforderungen zu stellen, die Angst vor dem Scheitern zu überwinden, zu lernen, dass Leistung und individueller Erfolg nicht zur sozialen Isolation führt, zu lernen, dass kurzfristige Beschämungen nicht das soziale Aus bedeuten. An Scham stirbt man so wenig wie an Angst.“ Bohus, M.; Wolf-Arehult, M. (2012) S. 323.

Verfahrensweise

Einleitend erkläre ich, dass das Choreographische Portrait ein **Geschenk** der Gruppe an eine Mitpatientin, einen Mitpatienten ist. Dadurch mache ich häufig die Erfahrung, dass selbstunsichere, ängstliche und vermeidende Menschen **Hemmungen** und/oder Schamgefühle „aus Liebe“ für ihr porträtiertes Gruppenmitglied **überwinden**. Die künstlerische Darstellung gibt ihnen die Möglichkeit, in Rollen zu schlüpfen und zu erfahren, dass „Im-Mittelpunkt-sein, Sich-zeigen und Gesehen-werden“ Spaß machen kann.

- Die porträtierte Person verlässt den Therapieraum für ca. 20 – 30 min. und bekommt in dieser Zeit die Aufgabe, sich (z.B. in einem Nebenraum) **Notizen** zu den eigenen **Stärken** und **Schwächen** sowie zu persönlichen Veränderungen im Rahmen der laufenden therapeutischen Behandlung zu machen.
- Währenddessen führt die Gruppe ebenfalls ein **Brainstorming** durch, wobei eine Schriftführerin, ein Schriftführer **Charaktereigenschaften** o.g. Person notiert und gemeinsam eine Auswahl von drei bis sechs Persönlichkeitsmerkmalen trifft, die anschließend szenisch dargestellt werden.
- Als Therapeutin erläutere ich zunächst **Grundregeln des Choreographierens improvisierter Tanztheater-Performances** wie z.B.:
 - 1) Es gibt Zuschauerplätze, eine angedeutete oder gedachte **Bühne** mit Zugängen. Kulissen können eventuell durch einen vielleicht vorhandenen Materialraum oder eine große als Mauer aufgestellte Sportmatte gebildet werden.
 - 2) Damit die porträtierte Person ihre dargestellten Charaktermerkmale erkennen kann, sollen die Darstellenden ihr **Gesicht frontal oder im Profil zeigen** (außer wenn das Absenken des Kopfes oder die Abwendung des Körpers zur Darstellung gehört), stets laut und **deutlich sprechen** bzw. die choreographischen Mittel der **Wiederholung** und **Akzentuierung** von Bewegungen, Gestik und Mimik nutzen.
 - 3) Damit die **Aufgaben des Darstellens auf mehrere Schultern verteilt** werden und damit schüchterne Teilnehmende ihre Hemmungen überwinden, hat es sich bewährt, dass die ausgewählten Charaktereigenschaften von verschiedenen Personen dargestellt werden. Meistens lassen sich die Patientinnen und Patienten, die beim Brainstorming Charaktereigenschaften genannt haben, dafür motivieren, deren Darstellung zu übernehmen. Die anderen Teilnehmenden treten als Komparsen auf.

4) Damit die porträtierte Person möglichst schnell erkennen kann, wer sie in den jeweiligen Szenen darstellt, wird ein (ggfs. symbolträchtiges) Objekt ausgewählt, das die jeweiligen Hauptdarsteller als **Erkennungszeichen** zur Schau tragen und von Szene zu Szene, wie einen Stab beim Staffellauf, weiter geben. Dies kann z.B. ein buntes Tuch, das in den Hosenbund gesteckt wird, ein Schal oder die Jacke der porträtierten Person sein.



- Als nächstes überlegt die Gruppe, wie die ausgewählten **Charakterzüge** und Besonderheiten der porträtierten Person über Bewegungen dargestellt werden können, als ob sie sie **einem taubstummen Menschen erklären wollten**.
- Als Therapeutin unterstütze ich die Patientinnen und Patienten dabei, die Dramaturgie zu strukturieren.
- Nach einer zügigen Probe und Festlegung der Reihenfolge der einzelnen Szenen wird die porträtierte Person in den Raum gebeten und bekommt einen **Zuschauerplatz** neben der/m Therapeutin/Therapeuten angeboten, der/die eine moderierende und stützende Aufgabe übernimmt.

Nun gibt es 2 Möglichkeiten:

- Die porträtierte Person kann die dargestellten Charaktereigenschaften sowohl von Szene zu Szene oder nach der gesamten improvisierten Darbietung **erraten**.

Im **Abschlussfeedback**:

- Wird die porträtierte Person ermutigt zu sagen, ob sie sich in den diversen Aspekten der Darbietung erkannt habe oder selbst anders wahrnehme und sich dabei auf die eigenen Notizen zu stützen.
- Es werden alle aktiven oder passiven Teilnehmenden gebeten zu reflektieren, wie sie während des Gestaltungsprozesses und der Darstellung sich selbst bzw. andere wahrgenommen haben.
- Sie werden auch gebeten (jetzt oder bis zur nächsten Sitzung) darüber nachzudenken, in welchen der dargestellten Szenen sie sich selbst wieder gefunden haben. Häufig werden durch die Darstellung eigene Schattenseiten oder schlummernde Sehnsüchte erstmalig realisiert.



Im Choreographischen Portrait können Anregungen aus der **Familienskulptur** (gemäß der systemischen Familientherapie von Virginia Satir) einfließen um darzustellen, wie die Mitpatientinnen und Mitpatienten die Beziehung der porträtierten Person innerhalb ihres sozialen Netzwerks von außen wahrnehmen. In diesem Fall stellen sich die Darstellenden zueinander in Form einer menschlichen Skulptur auf oder interagieren szenisch miteinander, wobei kennzeichnende Haltungen, Worte, Gestik und Mimik die Beziehungsdynamik dramaturgisch veranschaulichen. Dadurch können in den Darstellern Gefühle und Gedanken ausgelöst werden, die symptomatisch für die realen Beziehungen der porträtierten Person zu ihren Mitmenschen scheinen. Durch dieses Verfahren können sprachgebundene Abwehrmechanismen umgangen werden. Diese Aspekte sollten in der abschließenden Reflektionsrunde berücksichtigt werden.

Psychodynamik

Durch den Prozess der Gestaltung, Darstellung und Betrachtung des Choreographischen Porträts entsteht sowohl bei den Darstellenden als auch Porträtierten eine **heilsame Distanzierung zur eigenen Person**, die Humor, Verspieltheit, wohlwollendes Annehmen, Validierung und vor allem das **Integrieren bisher unliebsamer oder negativ-besetzter individueller Charakterzüge** und Fähigkeiten ermöglicht.

Als therapeutisch Tätige übernehmen wir in diesem kreativtherapeutischen Verfahren vom Brainstorming bis zur abschließenden Reflektionsrunde sowohl eine anregende, steuernde als auch regulierende Rolle.

In diesem Workshop war es mir wichtig, Kolleginnen und Kollegen dazu zu ermutigen, das Choreographische Portrait trotz verkürzter klinischer Behandlungszeiten bzw. der Zeitdichte des Praxisalltags in ihre Arbeitsweise einzubinden und individuell weiter zu entwickeln.

Wenn Sie sich für ein Seminar zu diesem Thema interessieren, kontaktieren Sie mich bitte unter:

mail@praxis-gunther.de

Literatur:

Alexander, Gerda (1976) Eutonie – Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung.
Verlag: Kösel

Bender, Susanne (2014) Systemische Tanztherapie. Verlag: Reinhardt

Bohus, Martin; Wolf-Arehult, Martina (2012) Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten – Das Therapeutenmanual. Verlag: Schattauer

Franzke, Erich (1977) Der Mensch und sein Gestaltungserleben – Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. Verlag: Hans Huber

Kappert, Detlef (1993) Tanz zwischen Kunst & Therapie. Verlag: Brandes & Apsel

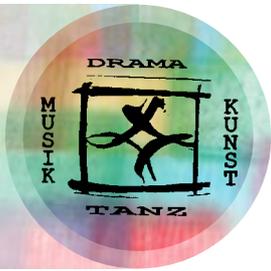
Kappert, Detlef (1997) Archetypen, Innere Bilder und Körpersymbolik – Ein Weg zu Selbstheilungskraft und persönlichem Wachstum. Verlag für Ästhetische Bildung

Klein, Gabriele; Sting, Wolfgang (2005) Performance – Positionen zur zeitgenössischen szenischen Kunst. Verlag: transcript

Krüger, Reinhard T. (1997) Kreative Interaktionen – Tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas. Verlag: Vandenhoeck & Ruprecht

Lakoff, George; Johnson, Mark (2008) Leben in Metaphern – Konstruktion von Sprachbildern. Verlag: Carl Auer

Potreck-Rose, Friederike; Jacob, Gitta (2015) Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen – Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Verlag: Klett Cotta



Berühren und Berührt werden – das Material Tonerde in der Kunsttherapie

Antje Hackenthal-Schulze



1975	geboren in Berlin
1987–1994	Humboldt-Gymnasium Berlin-Tegel, Abitur
1994–1996	Praktika, soziale Dienste, künstlerische Arbeit
1996–2003	Studium Kunsterziehung an der Hochschule der Künste Berlin, 1. Staatsexamen
Bis 2006	Familienzeit und Gründung des Ateliers „Werkhütte“ mit Kursbetrieb
2006–2009	Studium Kunsttherapie an der Kunsthochschule Berlin- Weissensee, Kolleg für Weiterbildung und Forschung „Kunst therapie Berlin“, Master of Arts in Art Therapy
2010	Heilbehandlungserlaubnis HP Psych und Umwandlung des Ateliers in eigene Praxis
2008–2015	Kunsttherapeutin in der psychosomatischen Abteilung der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin
Mitgliedschaften:	DFKGT

Gegenstand des Workshops war das Material Ton, ein wichtiger Rohstoff der Kunst und damit auch der Kunsttherapie. Die Selbsterfahrung im Spiel mit dem Material rahmten zwei Vortragsteile. Sie beleuchteten die vielfältigen Bedeutungsebenen, Einsatzmöglichkeiten und spezifischen therapeutischen Wirkfaktoren in der psychodynamisch ausgerichteten Kunsttherapie, verknüpft mit relevanten Erkenntnissen aus tiefenpsychologisch-analytischer Theorie, Kunst, Philosophie und Anthropologie.



Die Bezugnahme auf klinische Praxiserfahrungen begründete, warum das Material Tonerde in seiner Körperlichkeit und Formbarkeit zu den wesentlichen Grundmaterialien der Kunsttherapie zählt. Des Weiteren wurde herausgearbeitet, dass insbesondere Patienten mit sogenannten Frühen Störungen von der Arbeit mit diesem Material profitieren können. In seiner Berührbarkeit ermöglicht die Arbeit mit Ton simultane Erlebnisqualitäten, die Ich-stärkend sind und ein Gefühl von Identität und Selbstwirksamkeit fördern.





Die Selbsterfahrung bot den Teilnehmenden einen spielerisch-experimentellen Zugang zum Material Tonerde. Die Möglichkeit, sich in der lockeren Atmosphäre des Kunsttherapieraumes auszuprobieren und eigene Wünsche und Vorstellungen zu realisieren, eröffnete zugleich den Raum, sich empathisch einfühlen zu können in die sehr individuellen Erlebnisweisen von Patientinnen und Patienten in der Kunsttherapie. Im anschließenden Austausch in Kleingruppen konnten die eigenen Erlebnisse geteilt und die entstandenen Arbeiten gewürdigt werden.



Die Thematik vermittelte den Teilnehmenden in verständlicher Weise Grundzüge und -haltungen kunsttherapeutischer Arbeit mit Blick auf die besonderen Bedingungen, Möglichkeiten und Herausforderungen durch das hinzutretende Dritte und die sich dadurch ergebenden vielfältigen Beziehungen im therapeutischen Prozess. Aus diesem Grundverständnis ergab sich das Plädoyer für eine fortlaufend kritische Auseinandersetzung mit den berührten Facetten rund um das Thema Material und einen feinfühligem, ethisch begründeten Umgang mit den entstehenden künstlerischen Werken in der Kunsttherapie.

Kontakt

Antje Hackenthal-Schulze

Kunsttherapeutin (MA), Heilpraktikerin für Psychotherapie (HP Psych)

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt

Potsdamer Chaussee 69

14129 Berlin

Tel 030 8109 – 2542

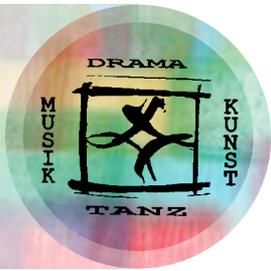
Mail antje.hackenthal-schulze@tww-berlin.de

(Wozu) Braucht die Musiktherapie die Musik ...?

Dr. rer. medic. Peter Hoffmann



Dr. rer. medic. P. Hoffmann, Diplom-Musiktherapeut DMTG, Diplom-Musikpädagoge, Studium an der Folkwang-Musikhochschule Essen und an der Universität Witten/Herdecke, langjährige klinische Tätigkeit (u.a. Erwachsenenpsychiatrie, Innere Medizin, Frühförderung, Hospiz), Vortrags - und Lehrtätigkeit, Leitung des Instituts für Musiktherapie der Universität Witten-Herdecke 2005–2008 sowie Tätigkeit in der Wissenschaftsadministration (Ruhr-Universität Bochum) 2011–2014, seit 1.4.2014 Leiter Kreativtherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kultur in der Klinik am LVR Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Ausgangsfragen

- Was ermöglicht die Musik in der Musiktherapie?
- Was ist das Potenzial (der Musik in) der Musiktherapie?
- Was ist das Spezifische der Musiktherapie?
- Worin unterscheidet sie sich von anderen Therapien?
- Worin unterscheidet sie sich von anderen Kreativtherapien?

Hintergrund

- Das Spezifische der Musiktherapie bleibt in Darstellungen oft unscharf
- Musik in der Musiktherapie = 'black box'
„Es ist nicht erkennbar, warum was in der Musik/der Musiktherapie passiert ...
„Wirkung und Sinnhaftigkeit unterliegen Spekulationen und subjektiven Interpretationen“
„Es ist unklar, ob dem musikal. Handeln eine Methodik zu Grunde liegt ...“
(s. Seidel/Nöcker-Ribaupierre 2014, s. Seidel, Smetana, Deuter, Hartwig, Hegi, Hoffmann; alle Autorinnen/Autoren in Musiktherapeutische Umschau 2009, 4)
Doch: Musiktherapie besitzt etablierte Methoden, Verfahren, Operationalisierungs- und Darstellungsmöglichkeiten

Thesen

1. „Musik ist Dreh- und Angelpunkt in der Musiktherapie“
(Nöcker-Ribaupierre, Seidel 2014)
2. ... in ihr liegt das Spezifische/das Potenzial der Musiktherapie
3. Musiktherapie ohne Existenzberechtigung, wenn ihr Spezifisches unklar ist.
-> Darstellung des Spezifischen notwendig
Differenzierung der Kreativtherapien notwendig

Bedeutung von Musik

Musik => alltägliche ästhetische Praxis, zur Gestaltung individueller Lebenswelt

Nutzung von Musik:

- Freude, Wohlbefinden (intrinsische Motivation)
- Regulation/Modulation persönlicher Befindlichkeit
- Bewältigung des Alltags
- Identitätsbildung, Identitätskonstruktion, Selbstverwirklichung
- Selbstsozialisation, 'technology of the self'

(Vgl. Alber, Bernius 2012, Bruhn, Rösing 1993 Fuchs 2011, v. Georgi 2006, Hartogh 2005 Jäger/Kuckhermann 2004, Kapteina 2004, Lehman, Sloboda, Woody 2007, de Nora 2007, Rotenhan 2011, Schäfer 2003)

Aus Sicht der Entwicklungspsychologie

- 'biologische Ausstattung',
 - 'menschliche Disposition'
 - Musik = Universalie
- > Musikalische Identität des Menschen
(Vgl. Bernius 2012 Oerter 2007)

Musik

... alltägliche ästhetische Praxis, zur Gestaltung individueller Lebenswelt ...

... musikalische Identität des Menschen ...

-> Wichtig für die Methode? Nutzen wir dies?

-> Hinweis auf das Spezifische der Musik in Musiktherapie?

Arbeitsphase: Worin besteht aus Ihrer Sicht das Spezifische des Mediums Musik? (Stichworte der TN des Workshops)

*Musik ist ‚flüchtig‘ (außer wenn sie aufgenommen wird),
Emotionale Darstellung – Spiegelung – emotionale Berührung
Musik ermöglicht eine unmittelbare Berührung von Emotionen, Erinnerungen
Musik ermöglicht Resonanz
Musik kann Unaussprechliches zum Ausdruck bringen
Anregender Klang/Rhythmus/Melodie
Gleichzeitigkeit
Chaos & Ordnung
Töne produzieren und hören
Sie kommt aus einem Space jenseits der Ratio
Berührt im Hier und Jetzt - Individueller Eindruck/Ausdruck möglich
Klang - Melodie - Rhythmus - Instrumente - Singen - Musik hören - Ich erlebe
Direkter Effekt
Klang/Resonanz
Das Indirekte; - emotional berührt werden, ohne es aussprechen zu müssen
1. Das Atmosphärische 2. Die Verkleidung der Stille 3. Das Zeitige
Musik berührt menschliches Empfinden und Erleben
... im Emotionalen ...im Unmittelbaren Erleben
Emotionales Verständnis ohne die Notwendigkeit von Erklärung
Dis-/Melodie/Harmonie/Rhythmus --- es verklingt im Moment
Berührt die Emotionen sofort – Füllt den ganzen Raum und verschwindet/nicht
greifbar/nicht tastbar
Strukturierung von Klängen/Geräuschen
Gemeinschaftsgefühl
Nonverbal
Musik drückt u.a. aus, was aus dem Sprachkonsens heraus fällt
Affektiver Austausch ohne Erklärungsnotwendigkeit (Verbalisierung)
Non-verbaler Ausdruck/Medium für Kontakt
Musik spricht Emotionen an/Musik ermöglicht Ausdruck
Klang Rhythmus Melodie
Das Fühlbare, Hörbare – spürbare Klänge und Rhythmen
Die Möglichkeit der zeitgleichen Interaktion – Selbstaussdruck – Die Klangwirkung
Musik kann halt geben – Stimmung schaffen/erzeugen
Schwingung – Stimmung – Symbol
Atmosphäre wird greifbarer – ‚Etwas‘ bekommt eine Form, Ausdruck, Richtung
Der Halt gebende Faktor der Musik – Das magische Moment, Wirkung ohne Worte
Zeitprozess – außersprachlich/wertfrei
Klang/Tanzen mit den Ohren*



Musik und andere kreative Medien – Handeln mit Kreativen Medien; Merkmale:

- Handlungsorientierung -> körperliche Aktivität
 - Wahrnehmungsgeladene Aktivität -> Wahrnehmung, Erfahrung
 - Orientierung an Eigengesetzlichkeit der Situation/des Materials
-> Materialgefühl, Einfühlung
 - Wechsel von Aktivität und Betrachten/Beziehen -> Reflektion
 - Dialog -> Beziehung
 - Vieldeutigkeit -> Bewegliches Denken
 - Selbststeuerung, eigene Führung/Entscheidung ->Selbstwirksamkeit
 - Möglichkeit zu Spontanem, „Unbedachtem“ ->Intuition, Spürsinn
 - Phantasie und Kreativität -> Beweglichkeit, neue Perspektiven
 - Konzentration -> Aufmerksamkeit
 - Schulung der Sinne/Wahrnehmungsförderung
 - Öffnung zur Welt, Lösung aus Selbstbefangenheit
 - Schaffung von Distanz zu sich -> Verbindung zu sich
 - Sensibilisierung von Empfindung, Gefühl
 - Förderung: aktives Gestalten, Wahrnehmen, Erleben, Empfinden, Ausdrücken, Beziehung, Kommunikation
- (Vgl. Brater 1989, Fuchs 2011)

Vergleich mentaler und sinnlicher Aktivität

Mentaler Zugang	Sinnlicher Zugang
Gedankentätigkeit	Sinnestätigkeit, körperliche/ motorische Aktivität
Sprache	Künstlicheres Medium/nonverbal
sprachlicher Dialog	(nonverbale)Interaktion
Denken und Sprechen über ...	Perfomormanz, Aktion ...
Erinnern, Analysieren, Reflektieren, Einüben	Gestalten, Einfühlen, Erleben, Einüben
Gedankliches Erinnern/ „Vergegenwärtigen“	Unmittelbares Erleben von sinnlichen Reizen, folgendes Erinnern
Gedankliches Assoziieren	In der Gestaltung Assoziationen erleben
Affekte mental nachvollziehen, sprachlich zum Ausdruck bringen, darüber regulieren	Affekte handelnd warnehmen, erleben, ausdrücken, regulieren
Gedankliche Reflektion von Interaktion, Beziehung, Beziehungsmustern, Ausein- andersetzung mit Qualitäten der Beziehung	Audführen, Erleben von Mög- lichkeiten/Modalitäten der Interaktion/der Beziehung Sinnliches Erfahren u. Gestalten von Qualitäten der Beziehung
Zukunft: gedankliche Vorstellung	Zukunft: Explodieren, Probehandeln

(Darstellung basierend auf Eberhard-Kaechele, Aldridge 2011, modifiziert)

Handlungsmerkmale im Medium Musik¹

- Hören
- Kontakt, Beziehung, Interaktion, Kommunikation
- Gleichzeitigkeit der Aneignung von Material und gestalterischem Ausdruck
- Gleichzeitigkeit von Wahrnehmung und Realisierung
- Gleichzeitigkeit von Aktivität und Beziehen
- Gestaltung eines zeitlichen Verlaufs
- Herstellung von Bedeutung in interaktionellem Prozess
- Spiel(en) als übergeordnete Form

Arbeitsphase: Worin liegt nach Ihrer Erfahrung übergeordnet das Potenzial der Musik im Vergleich zu anderen Medien? (Stichworte der TN des Workshops)

*Es spricht unmittelbar emotional, archaisch an bzw. korrespondiert
Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik, im Zusammenspiel mit sich Selbst und
dem Selbst des Anderen
in der Inneren Bewegung/in der Resonanz bzw. der Ausdruck innerer Bewegung
durch den Klang
in der Initiation innerer Prozesse
Flüchtigkeit – Man kann die Musik nicht sehen
alle können gleichzeitig klingen/musizieren,
aber nicht alle gleichzeitig sprechen
Hörbarkeit!!
Gleichzeitigkeit von Nähe (Affekten) und Distanz (Medium ist Außerhalb)
Gleichzeitigkeit von Intensität, Gewähr werden und Flüchtigkeit
Zeitlichkeitsprozess
Berührungsqualität
Gemeinschaftlichkeit
Rezeption & innere Resonanz & Erinnerungen
Begegnung mit sich selbst/Begegnung mit anderen
Töne vergehen, sind trotzdem noch spürbar > machen neugierig,
wecken Lust auf mehr, („Fehler“ nicht mehr sichtbar)
Direkte harmonisch/disharmonische Verbindung
Nähe/Distanz regulierbar
Kontrolle über sich/nicht über Andere
Aus dem musikalischen Interpretieren entsteht das ‚Dritte‘
Unmittelbare Resonanz durch Machen-Hören
Musik ähnelt in ihren zeitlichen Abläufen der Dynamik des Gefühls
In der Musik liegt Kraft, die der Patient für sein Weiterkommen nutzen kann/
auch im Privaten (außerhalb der Therapie)
Die Musik kann Grenzen aufzeigen*

¹ Fokus aktive Musikausübung und Improvisation



Potenzial der Musik in der Musiktherapie

Musik Plattform für

- Aktivität
- Wahrnehmung (intra-/intersubjektiv)
- Kontakt/Interaktion/Beziehung/Kommunikation
- Ausdruck
- Erleben
- Reflektion
- Exploration, Entwicklung
- Selbsterkenntnis, Selbstentwicklung (Patientin/Patient)
- Einschätzung von Fähigkeiten/Verhalten, Diagnose (Therapeutin/Therapeut)
- Interventionen, Zielsetzungen (Therapeutin/Therapeut, Patientin/Patient)
- Raum für Prozess, Wandlung, Entwicklung (Therapeutin/Therapeut, Patientin Patient)

Zentrale Gestaltungsmerkmale der Musiktherapie

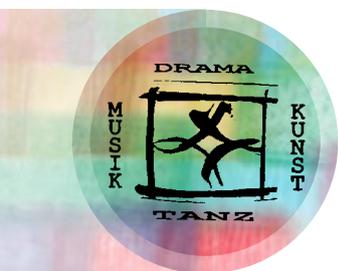
Kontakt-, Beziehungsqualität	emotionale Gestaltung, Affektausdruck	Gestalten in der Zeit
Beziehung (-squalität)	Qualität der Aktivität	Aktivität (vs. Passivität)
Kontakt	Ausdruck	Verlauf
Bezug	Stimmung	Struktur
Nähe	Klang	Form
Eigenständigkeit	Empfindsamkeit	Ausrichtung
Abgrenzung	Beweglichkeit	Entwicklung
Synchronisation	Empathie	Intentionalität
Interaktion	Regulation	Antizipation
Timing in der Beziehung	Steuerung, Kontrolle	Freiheit
emotionale Qualität in der B.	...	Vielfalt
Anpassung		
...		

Operationalisierung und Dokumentation

- Ratingskalen (Nordoff et al. 1980; Nordoff, Robbins 2007)
- Beobachtungsskalen zur Beschreibung des musikalischen Ausdrucks (Maler et al. 1994).
- Musiktherapie-Kodiersystem (MUSIKOS) (Pechr 1996).
- Adjektivliste zur Einschätzung des emotionalen Erlebens (Inselmann u. Mann 2000).
- Improvisation Assessment Profiles (IAP) (Bruscia 2001).



- Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen (Wosch u. Frommer 2002)
- Musiktherapeutische Ausdrucks- und Kommunikationsskalen (MAKS) (von Moreau 2010).
- Einschätzung der Beziehungsqualität. (EBQ) (Schumacher et al. 2011; Schumacher 1999);
- Psychosomatik (Körber 2009a), Gerontologie und Geriatrie (Warme 2010)
- Computergestützte musiktherapeutische Diagnostik zu Emotion und Interaktion (Wosch u. Jonscher 2012)
- Musikbasierte Autismusdiagnostik (MUSAD; Bergmann et al. 2012) Diagnostik auf Grundlage der OPD-2 (Dettmer u. Wolf 2008; Körber 2009a).
- Musiktherapeutische Diagnostik nach ICD-10 in der KiJu Psychiatrie (Frohne-Hagmann u. Pless-Adamczyk 2005)
- Music Interaction Rating Scale (Pavlicevic 2007) (n. Phan-Quoc 2007, Körber 2013, vgl. Wosch/Wigram 2007)



Spezifik (der Musik) in der Musiktherapie

- sinnlich/interaktionelle Tätigkeit: (Eigen-/Fremd-) Wahrnehmung, Erleben, Empfinden, Beziehen, Erkennen, Entwickeln
- Interaktiv-affektive Tätigkeit
- interaktionell gestalteter Bedeutungsraum
- Selbstmodellierung/Selbstaktualisierung in der Interaktion
- Gleichzeitigkeit sinnlicher, emotionaler, sozialer, ästhetischer, Aspekte (+...kognitiver)
- Offenheit, Möglichkeit zur Spontaneität
- aus dem Alltag gelöst, aber Alltagsrelevant; Probehandeln, Explorieren
- an persönliche Bedeutungszusammenhänge anknüpfend

Musik in der Musiktherapie - im Kontrast zu...

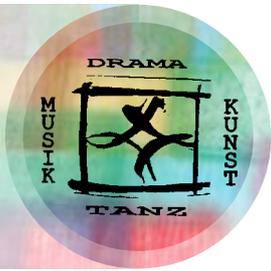
Zugang über musikalische Aktivität	...im Kontrast zu
nonverbal	verbal
sinnlich, hörend (spürend, empfindend, erlebend)	mental, kognitiv
an der gemeinsamen Gestaltung orientiert	an Expertise orientiert
Dialog, Kommunikation als Basis	Wissen über Vorläufe
Individuelle Zielsetzung aus aktiven, schöpferischen Möglichkeiten entwickelnd	Behandlungsziel als Norm, Gesetzmäßigkeit ausgerichtet
Orientierung an Gestaltungs-, Ausdruckskompetenz	Orientierung an Krankheits-symptomatik, bzw. funktionale Einschränkungen
Patientin/Patient Gestaltende	Patientin/Patient inaktiv/ Erduldende
eingebettet in Beziehung	Handlung an Patientin/Patient
Seinsqualitäten Gestaltungseinschränkungen und Ressourcen	Symptom- oder Krankheitsbeschreibung Fokus auf Symptomatik/Fokus auf Erkrankung
Ausdruck von/Umgang mit Affekten	Sprechen über/Reflektieren von Affekte(n)
Individuelles Beziehungs- und Interaktionsverhalten erleben/entwickeln	Sprechen über und Reflektieren von Beziehungs- und Interaktionsverhaltens
individuelles Gestaltungs- und Bewältigungsverhalten erleben/entwickeln	individuelles Gestaltungs- und Bewältigungsverhalten reflektieren

Arbeitsphase: Worin liegt nach Ihrer Erfahrung das Potenzial der Musik in der Musiktherapie? (Stichworte aus der Diskussion der TN)

Auf die Musik kann sich bezogen werden
Es geht nicht nur um Störungen/Probleme > Magie
Die Musik erzeugt Stimmung > Atmosphären entstehen
Musik als Gemeinschaftserleben(≠ alleine ein Bild malen, alleine bewegen)



Etwas anderes tun
Erleben der Selbstwirksamkeit (Selbstresonanz)
Das Erleben einer gemeinsamen (synchronisierten) Gestalt
Unmittelbares Verstehen
Individuell einsetzbar
Selbstwirksamkeit direkt erfahrbar
Analogie zum Leben
Aktiv: Im Selbsterleben
Im Selbst machen, im Selbst hören/fühlen/gestalten und dessen Entwicklung
Haltung
Ebenenwechsel
Real-Erleben vs. Reflektieren
Das Verhandeln der interaffektiven Gleichzeitigkeit aus nonverbaler Ebene
Sinnliches Verfahren, das nur 1 Sinn beansprucht (dies dosiert das Erleben!)
Unverfänglicher Begegnungs- und Ausdrucksraum
Die eigene Resonanz finden und den Anderen unmittelbar unterstützend,
schätzend einbeziehen
Hörbar machen eigener Erfahrungen, Gefühle, Wünsche, Ängste, Ärger ...



Take home messages ...

Potenzial

- in musikbezogener Handlung ...!!
- im ästhetischen Zugang
- in den Merkmalen musikalischen Handelns
- Interaktiv, interaffektiv, sinnlich, gemeinsamer Bedeutungsraum,

Selbstmodellierung in Interaktion, Zeitgestaltung

- Fokussieren des Potenzials/des Spezifischen!!
- Anknüpfen an ästhetische Praxis!
- Beschreiben des Spezifischen!
- To Do: Differenzierung zu anderen Therapien
Was sagen die Patienten dazu????

Literatur:

Alber, B., Bernius, V. (2012): Wie beeinflusst Musik den Alltag? Das funktionale Rauschen. In: Bernius, V. (Hrsg.) (2012): Sinfonie des Lebens. Funkkolleg Musik. Die gesendeten Beiträge. Schott Musik: Mainz. S. 116–128.

Bernius, V. (Hrsg.) (2012): Sinfonie des Lebens. Funkkolleg Musik. Die gesendeten Beiträge. Schott Musik: Mainz.

Brater, M. et al (1989): Künstlerisch Handeln. Die Förderung beruflicher Handlungsfähigkeit durch künstlerische Prozesse. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.

Bruscia, K.E. (1987): Improvisational models of music therapy. Springfield: C.C.Thomas Publisher.

Eberhard-Kaechele, M., Aldridge, D. (2011): Das Spezifische der Künstlerischen Therapien: Anregungen für eine Theoriebildung aus der Tanztherapie. Musiktherapeutische Umschau, 3, 193–205.

Fuchs, M. (2011): Ästhetisches Lernen und Lehren in Institutionen. Diskurse – Themen – Zugänge. Internet:<http://www.akademieremscheid.de/fachbereiche/allgemeine-kulturpaedagogik/publikationen-literatur/publikationen-m-fuchs.html> (10.10.2012)

Gruber, H./Rose, J.-P./Mannheim, E./Weis, J. (2011): Künstlerische Therapien in der Onkologie - wissenschaftlicher Kenntnisstand und Ergebnisse einer Studie. Musiktherapeutische Umschau 32(3), 206–217.

Hegi, F. (1986): Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hess, Chr., Hess-Cabalzar, A. (2006): Menschenmedizin. Für eine kluge Heilkunst. Suhrkamp medizinhuman. Sinzheim.

Hillecke, Th, Wilker, F-W. (2007): Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin. Themenheft Musiktherapie. 28, 1. 62–85.
Jäger, J., Kuckhermann, R. (Hrsg.) (2004): Ästhetische Praxis in der Sozialen Arbeit. Wahrnehmung, Beziehung und Gestaltung. Juventa: Weinheim, München.

Kapteina, H. (2004): Ästhetische Aneignungen der Wirklichkeit und Konsequenzen für die ästhetische Praxis im Sozialwesen. In: Peter Marchal (Hg.): Einführung in das Fach Ästhetik und Kommunikation. MUK 155/156. Universität Siegen: S. 6–13.

Körper, A. (2013): Musiktherapie – Entwicklungsstand und Wirkungsweise einer Spezialtherapie. Psychotherapeut; 58:79–99.

Metzner, S. (2010): Musiktherapeutisch-musikologische Interdisziplinarität in Lehre und Forschung. 4, 331–341.

Nickel A. K., Hillecke T. K., Bolay H. V. (2005): Outcome Research in Music Therapy – A step on the long road to an evidence-based treatment. Annals of the New York Academy of Sciences, 1060, 283–293.

Nöcker-Ribaupierre, M., Seidel, A. (2014): Spezifisch musiktherapeutisch?! – Kompetenzen und Potenziale. Musiktherapeutische Umschau, 2, 237–244

Oerter, R., Stoffer, M. (2005): Musikpsychologie, Bd. 2: Spezielle Musikpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

Penzel, N., Moreau, D. (2015): Schulenübergreifende Gemeinsamkeiten deutscher Musiktherapeuten in der Gruppenmusiktherapie mit schizophrenen Erwachsenen. Musiktherapeutische Umschau, 3, 194–209.

Pesek, U. (2007): Musiktherapiewirkung. Eine Meta-Analyse. Musiktherapeutische Umschau 28, 2: 110–135

Phan Quoc, E. (2007): Forschungsansätze zur Operationalisierung von emotionalem Ausdruck und Interaktion in der musiktherapeutischen Improvisation. Musiktherapeutische Umschau, 4, 351–361.

Schäfer, G. (2003): Ästhetische Erfahrung als Basis für frühkindliche Bildung. in: Landesmusikrat NRW (Hg.) Dokumentation der Tagung „Jenseits von Pisa?“ Lernen mit Sinn(en) und Verstand. S. 6–13.

Von Rotenhan, M. (2011): SINGEN IM ALTERUNGSPROZESS – EINE EXPLORATIVE STUDIE IN DER ALTERSGRUPPE 50+. unveröffentlichte Magisterarbeit. PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT I DER JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

von Georgi, R., Silina, A., Gebhardt, St., Weber, B. (2012): Indirekte Wirkung der Musiktherapie: Transfereffekte auf die Verwendung von Musik im Alltag bei Personen mit psychischen Erkrankungen. Abstract zum DGM Kongress.



Wigram, T. (2004): *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinics, Educators and Students*. London: J. Kingsley Publishers.

Wosch Th; Wigram, T. (2007): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. London: J. Kingsley Publishers.

Zum Thema ‚Zur Rolle der Musik in Fallstudien der Musiktherapie‘:

Musiktherapeutische Umschau (2009) 4; 371–394: Beiträge jeweils von Seidel, A., Smetana, M. ; Deuter, M.; Hartlieb, M.C.; Hegi, F.; Hoffmann, P.

Dr. Peter Hoffmann
Peter.Hoffmann@lvr.de

Rituelle Gesten und Körperhaltungen als Medium der Drama- und Theatertherapie

Ilil Land-Boss



M.A. in Theaterwissenschaft, Anthropologie und Sprachwissenschaft (Universitäten Köln und Paris), Drama- und Theatertherapeutin DGfT, HP Psychotherapie, Schauspielerin, Dozentin für Theater und Theaterpädagogik und Regisseurin.

Zahlreiche Fortbildungen in systemischer Familienrekonstruktion, Tanztherapie, Trauma-Arbeit, Tanz- und Theaterpädagogik, dem LifeArtProcess von Anna Halprin u.v.m. Regelmäßiges Training in Tanz und in Aikido, jahrelange Ritualarbeit.

Tätigkeit in Erwachsenenbildung, Psychiatrie, JVA und allen Schulformen, Lehraufträge an Hochschulen (Akademie Remscheid, Hochschule für Musik und Theater Rostock, LWL Vlotho, Justizvollzugsschule u. a.). Zurzeit Vorbereitung einer Promotion.

Besondere Interessenschwerpunkte: Trauer-, Übergangs- und Initiationsriten, Heilung in verschiedenen kulturellen Kontexten, Kontexte politischer Konflikte, kollektive Traumata.



In allen Kulturen markieren besondere Rituale die Verabschiedung von Verstorbenen. Hier und heute jedoch empfinden viele Menschen tradierte Trauerrituale als leere Hüllen. Auch bei anderen Übergängen von einer Lebenssituation zu einer anderen, z.B. Beruf, Lebensalter oder Beziehung und Familie betreffend, spielen kleinere oder größere Trauerprozesse eine zentrale Rolle, in denen das Alte verabschiedet wird, damit das Neue angenommen werden kann.



Der bei der LVR-Tagung 2015 angebotene Workshop wurde u.a. von der Annahme geleitet, dass im Leben und Alltag der meisten Menschen heute zahlreiche Übergänge keine ausreichende Gestaltung und rituelle Einrahmung finden und das dies Fehlen von Zeit, Raum und rituellen Gefäßen zu psychischen Belastungen führen kann.

Es wurden rituelle Strukturen sowie einige Formen vorgestellt – Gesten, Körperhaltungen und einfache Bewegungen – die in unterschiedlichen Kulturen im Kontext von Trauer oder Übergängen vorkommen. Damit sollte ein experimenteller Raum eröffnet werden, in dem Aspekte des Lebens und der Persönlichkeit der Teilnehmenden, die aktuell eine Beachtung benötigen, einen Ausdruck in einem klar gerahmten rituellen Gefäß finden konnten.

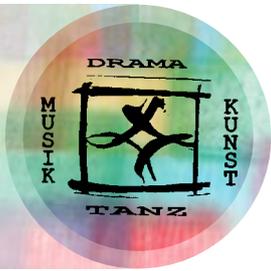
Die Frage und Suche nach u.a. körperlichen Ausdrucksformen wie Bewegungen, Gesten und Körperhaltungen, die auch jenseits ihres jeweiligen kulturellen Kontexts und ggf. sogar ohne jegliches Wissen über diesen eine Wirkung auf die sie Ausübenden haben, hat zum Beispiel mehrere Theaterforscher beschäftigt (z.B. Jerzy Grotowski, Eugenio Barba u.a.) und ist teilweise Sujet der Theateranthropologie. Die Ausgangshaltung hier konzentriert sich auf universelle, d.h. Menschen verschiedener, nicht miteinander verwandter Kulturen gemeinsame Merkmale (wie z.B. die Benutzung von Sprache, Vorstellungen vom Geschehen nach dem Tod eines Menschen usw.). In diesem Kontext kann man allerdings auch auf rein körperliche Merkmale verweisen, deren ‚Matrix‘ Menschen in allen Teilen der Welt gleich ist (also außer individueller Ausnahmefälle die gleichen inneren und äußeren Organe etc.). Hier ist es mehr als eine plausible Annahme, dass die Ausübung bestimmter Bewegungen mehrheitlich eine ähnliche Wirkung hat.

Nach einer ‚theoretischen‘ Einführung mittels Power Point Präsentation über Drama- und Theatertherapie (da diese künstlerische Therapie unter den Teilnehmenden der Tagung mit Abstand am wenigsten repräsentiert war), zu gemeinsamen Wurzeln von Theater und Ritual, zu Strukturen von Übergangsritualen und zu einer Ritualstruktur, an der sich die Theatertherapie häufig orientiert, sowie zu Tod- und Trauerritualen und zum konkreten Inhalt dieses Workshops, begannen wir mit dem „praktischen“ Teil.



Die Teilnehmenden wurden eingeladen jeweils ein Bild mit Zeichnung, Schrift u./o. Symbolen zum Thema „Was betrauert oder verabschiedet werden möchte“ zu erstellen. Dies konnte mehrere Elemente wie ein trauriges Ereignis, der konkrete Tod einer Person, aber auch ein hinter sich gelassener Lebensabschnitt bzw. -aspekt o.ä. bedeuten. Dazu wurden Papierbögen, Wachsmalstifte und Bilderkarten als zu integrierendes Material im Raum verteilt. Dann wurden im Raum zahlreiche Bilder von Gesten und Körperhaltungen aus dem Kontext von Tod und Trauer verteilt. Daraus sollten sich die Teilnehmenden jeweils 3–5 wählen und einstudieren. Es entstanden kleine Sequenzen, kleine Choreographien der Trauergesten.

Als abschließenden Schritt gestaltete die Gruppe eine Art „Altar“ an einer Stelle des Raums, indem sie ihre Bilder dort hinlegte, aber auch andere Gegenstände, die sich im Raum befanden (Steine, Holz u.v.m.). Dann versammelten wir uns um diese Stelle, so dass ein klares räumliches Gefäß entstand. Die folgende Einladung war, allein oder zu mehreren in den Kreis hineinzutreten und mit Musik als Unterstützung die Bewegungsabfolge ein oder mehrere Male auszuführen. Der Rest der Gruppe „hielt“ den Kreis, den Rahmen. So konnte – im Rahmen des Möglichen in dieser sehr kurzen Zeit – eine gewisse Einbettung individueller Empfindungen und anderer Aspekte in einen größeren Rahmen, den der Gruppe, geschehen, sowie ein Ausdrucksraum eröffnet werden, in dem mithilfe der durch die Gesten und Bewegungen ermöglichten ästhetischen Distanzierung ein Zugang und gleichzeitig eine Veräußerlichung, eine Gestaltung vollzogen werden konnte.



Workshop: Die heilsame Kraft der Poesie – Integrative Poesietherapie

Brigitte Leeser



Studium der Literaturwissenschaft/Kunstgeschichte in Frankfurt a.M.

Heilpraktikerin für Integrative Therapie und Poesietherapie (EAG-FPI).

Als klinische Poesietherapeutin tätig im Asklepios Westklinikum Hamburg und in eigener Praxis. Lehrbeauftragte der EAG-FPI. Museumspädagogische Kurse in der Hamburger Kunsthalle.

Kreative Schreibkurse mit besonders begabten Jugendlichen in Enrichment Projekten der Schulbehörde.

Im intermedialen Ansatz der Integrativen Poesietherapie werden Bewegung, Malen und Schreiben eingesetzt, um den Menschen ganzheitlich-leiblich in seinen Empfindungen, Emotionen, in seinem Denken und seinen Handlungskräften anzusprechen. Der Einsatz verschiedener Medien ist grundlegend für die integrative Methode der Poesietherapie. Der Mensch wird als schöpferisches Wesen mit seinen rezeptiven, memorativen und expressiven Fähigkeiten gesehen und dem Potential, seine Ressourcen zur Selbstbestärkung zu erkennen und für sich zu nutzen. Die erlebnisaktivierenden künstlerischen Therapien sind dabei eine wichtige Ergänzung zum klinischen multifunktionellen Therapiekonzept.

Mit den künstlerischen Methoden der Poesietherapie soll vor allem die Erlebnisfähigkeit, die Wahrnehmung und Selbstvergewisserung eigener Ressourcen und die Erinnerungsfähigkeit an Freudiges und Bestärkendes gefördert werden und zugleich bewirkt sie Freude am eigenen Gestalten.

Die bildhafte Sprache der Poesie weckt beim Zuhören und einführenden Mitschwingen Resonanzen. Erinnerungen an eigene Erlebnisse tauchen vor dem inneren Auge auf, die von leiblichen Empfindungen begleitet sind. Wir arbeiten ressourcenorientiert mit Themen wie Naturerleben im Wandel der Jahreszeiten, einem Ort des Wohlfühlens, Menschen, die ermutigend und unterstützend waren, Tätigkeiten, die Freude machen... manchmal sind diese „Kraftquellen“ in den Hintergrund geraten oder überschattet von aktuellen Belastungen. Im angeleiteten Naturerleben draußen werden Wahrnehmungsprozesse angeregt, die zum „Übersetzen“ im Malen von Bildern und Schreiben von eigenen Texten anregen. Im anschließenden Gespräch, im Erzählen über etwas oder von sich selbst, wird ein Verstehen des eigenen Prozesses und darüber hinaus auch des angesprochenen Lebensthemas angebahnt.

Der methodische Ablauf folgt Strukturen wie sie sich auch in der Kreativitätsforschung herausgebildet haben: Einstimmungsphase (Inspiration) – Aktionsphase (Inkubation) – Solidaritätsphase/Erfahrungsaustausch und Erkenntnis (Illumination) – Neuorientierung (Verifikation) – was hier beispielhaft am Verlauf des Workshops aufgeführt wird:

Die Blätter fallen – es ist Herbst

Alle Teilnehmerinnen sitzen um einen großen Tisch, der einladend mit großen Zeichenblättern, farbigen Pastellkreiden und herbstlichen gelben Gingkoblättern gestaltet ist.

In der **rezeptiven Phase der Einstimmung** wird nach einer kurzen Begrüßung und Vorstellungsrunde das Thema „Herbst“ vorgestellt und als Anregung folgen einige Zeilen aus einem Text von Marie Luise Weissmann:

Wie ein Blatt ...

Ich wünsche zu sein, was mich entflammt: dieser Herbst zum Beispiel, als Kind spürte ich ihn wie heut. Ich wäre gern ein Blatt gewesen, ein rot und gelbes Blatt. Ich wäre ebenso sanft geschaukelt in Kreisen zur Erde geglitten ...

Im anschließenden Austausch werden Wahrnehmungen, die draußen gemacht wurden, geäußert und auch Kindheitserinnerungen an ein Tollen im Laubhaufen, das Sammeln von Kastanien, an Herbstspaziergänge und Geborgenheit drinnen im Warmen erzählt und wecken bei den Anderen ebensolche Erinnerungen.



Dann spreche ich ein Gedicht von Rilke – auswendig – und habe dabei die Teilnehmenden im Blickkontakt.

*Die Blätter fallen, fallen wie von weit,
als welken in den Himmeln ferne Gärten;
sie fallen mit verneinender Gebärde.*

*Und in den Nächten fällt die schwere Erde
aus allen Sternen in die Einsamkeit.*

*Wir alle fallen. Diese Hand da fällt.
Und sieh dir andre an: es ist in allen.*

*Und doch ist Einer, welcher dieses Fallen
unendlich sanft in seinen Händen hält.*

Rainer Maria Rilke, Buch der Bilder

In der folgenden **Aktionsphase** ermutige ich, zuerst zu malen, was in den Sinn gekommen ist, und anschließend einige Zeilen zu schreiben – es genügt auch ein Wort oder ein Titel zum Bild –; der Einstieg sollte niedrigschwellig sein und wohlwollend begleitet werden. In der multiplen Stimulierung durch Farben und Malblätter zusammen mit den Herbstblättern und poetischer Prosa wird atmosphärisch ein kreativer Raum hergestellt, die Sinne werden geweckt und es wird auf eine spielerische Weise zu eigenen Äußerungen ermuntert und zum freien Gestalten auf dem Papier. Die anfangs fremde Gruppe „taut“ auf, Blätter werden ertastet und auf das Papier gelegt, Farben werden ausgetauscht. Es entsteht bald ein konzentriertes, vertieftes Arbeiten. Die Ko-Kreativität der Gruppe wirkt sich ebenso stimulierend aus wie der Nachklang des Gesprochenen und das ausgebreitete Material.

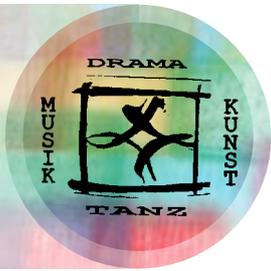


Prozessreflexion – Solidaritätserleben

Alle sind eingeladen etwas zum eigenen Erleben des Prozesses zu sagen – Wie ist es mir ergangen? Was ist aufgetaucht? Mit was habe ich begonnen? Wer sprechen und auch sein Bild zeigen, seinen Text vorlesen mag, darf das tun, es besteht jedoch kein Zwang zur Äußerung. Gerade im Vorlesen zeigt sich erst der eigentlich Sinngehalt und was an eigener Thematik ausgedrückt wurde. Die Resonanz der Anderen darauf, die Empathie, die darin deutlich wird, ist für alle eine zutiefst berührende und heilsame Erfahrung. Hier ist auf eine achtsame Wahrung der Grenzen zu achten. Rückmeldung kann in Form eines Sharing gegeben werden.



Die Vielfalt der Bilder und Texte löst immer wieder Erstaunen aus, so individuell ist die Resonanz eines Jeden auf die Thematik. Dies zu erkennen, macht das Denken und Urteilen beweglicher – Ach, so kann man es auch auffassen! Das Staunen ist ein Schritt zu einer offeneren Haltung dem gegenüber, was uns begegnet.



Wenn der Zeitrahmen es erlaubt, kann an dieser Stelle ein weiterer Impuls in die Gruppe gegeben werden:

*Ich hielt ihn für ein welkes Blatt
im Aufwind
dann auf der Hand
ein gelber Schmetterling*

*Er wird nicht länger dauern
als ein Blatt
das fallen muß
in diesem großen Herbst*

*(und ich nicht länger
als ein großer Falter
in deiner Liebe großer Flut
und Ebbe)*

*Und flattert doch
streichelt meine Hand
auf der er sich bewegt
und weiß es nicht.*

Erich Fried

Die Anleitung ist jetzt direkter – man lasse sich von dem Gedicht zu einer Farbe inspirieren und gestalte ein kleineres Blatt oder eine Karte in diesen Farbtönungen. Dazu ein Haiku schreiben, ein kurzes dreizeiliges Silbengedicht – oder nur ein Wort oder einen Satz.

Ich lese das Gedicht ein zweites Mal.

Das Gestalten beginnt nun spontan und freudig erregt – doch ohne Hast. Es entstehen helle farbige Blätter – alle haben Freude an dieser Verdichtung. Es ist ein positiver Abschluss des kreativen Tuns. Diesen letzten Impuls gebe ich gerne auch in Patientengruppen, so dass ein heller Nachklang der Stunde mitgenommen werden kann.

In der abschließenden Runde der **Neuorientierung**

kann jeder erzählen, was sie/er Neues erfahren hat und was sie/er aus der Stunde mitnehmen will.

Neben der lösenden Wirkung der Poesietherapie ist ebenso wichtig, aufmerksam zu werden auf das, was gerade geschieht – achtsam werden auf die Umgebung, auf sich selbst und auf andere. Noch vor der „Welle“ von achtsamkeitsbasierten Therapien, wurde in der Poesie- und Bibliothherapie die heilende Wirkung einer verlangsamten und achtsamen Wahrnehmung und Gestaltungsweise eingesetzt – achtsam werden auf die Umgebung, auf sich selbst und auf andere.

Resümée

Poesie ist ein Medium, in dem der Mensch sich zu begreifen versucht, um damit ein Gefühl von Sinn, ein vertieftes Verstehen seiner selbst, seiner Beziehungen und seines Lebens in der Welt zu erlangen. Wie Musik ist es eine der tiefsten menschlichen Ausdrucksformen in der künstlerischen Gestaltung eines menschlichen Themas – Freude oder Leiden. Literatur und Poesie sind Medien, welche uns zu einem vertieften

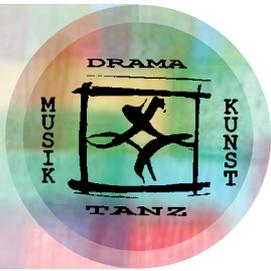


Verstehen von uns selbst, unserer Beziehungen und unseres Handelns in der Welt hinführen können. „Der Leser ist der Zwillings des Dichters“, schreibt Hilde Domin. So wirkt Dichtung lösend als heilsame Kraft, besonders bei Menschen, deren Schwingungsfähigkeit erlahmt ist.

Im Gestalten begreift der Mensch sich als ein kreatives Wesen, Phantasieräume eröffnen neue Möglichkeiten des Handelns und neue Perspektiven.

Im gegenseitigen Austausch werden Bewusstseinskräfte geweckt. Über das Medium der gestalteten Sprache sieht der Mensch sein individuelles Schicksal gespiegelt und vermag so Einsichten in Lebenszusammenhänge gewinnen, was zur Bewältigung von Lebensproblemen oder Krisen beitragen kann. Neue Perspektiven können schreibend (probeweise) entwickelt werden.

Selbst im akuten klinischen Bereich der Psychiatrie kann das Vorlesen von Literatur und Poesie eine Insel der Ruhe bedeuten, ein Raum, in dem Stille und Besinnung möglich ist. Im Vor-Lesen von literarischen Texten wird eine geordnete Gedankenwelt vorgestellt, an der Menschen sich orientieren können, deren Welt- und Ich-Erfahrung brüchig geworden ist.



Im klinischen Bereich arbeite ich mit einer Gruppengröße von 8 Personen.

Indikationen für die therapeutische Arbeit im klinischen Kontext und in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und Psychotherapeuten sind folgende Krankheitsbilder:

- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angststörungen, Zwangsstörungen
- Chronique Fatigue Syndrom
- Somatisierungsstörungen
- Des Weiteren wird Poesietherapie erfolgreich in der Behandlung und Nachsorge von KrebspatientInnen und in der Suchttherapie angewandt

Wirkfaktoren der Poesietherapie:

- **Erlebnisaktivierend**

- Arbeit mit Resonanzen
- Schwingungsfähigkeit animieren
- Anregung der Sinnes- und Wahrnehmungsfähigkeit
- Eigenleibliches Spüren – Erfassen – Erinnern – Verstehen

- **Ressourcenorientiert**

- Positive Haltung beim Schreiben – Verlangsamung – Selbstbesinnung
- Vergegenwärtigung von Bewältigungsstrategien (hilfreiche Personen, Orte der Kraft, erfolgreiches Tun)
- Entfaltung und Nutzung von Potentialen – kreatives Gestalten

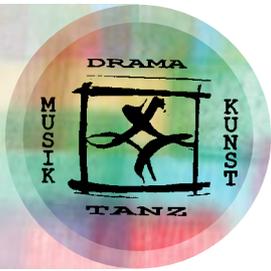
- **Reflektierend – bewusstseinsbildend**

- Ordnen der Gedanken – Selbstanalyse
- Selbstkontrolle
- Ermutigung – Probehandeln

- **Solidarität erleben lassend**

Ziele der Poesietherapie

sind die Wahrnehmung und Förderung eigener Ressourcen, der schöpferischen Potentiale und Selbstheilungskräfte, der Erlebnisfähigkeit und die Einsicht in wesentliche Lebenskonstellationen, um damit auf Veränderungsbereitschaft beim Patienten hinzuwirken.



„Das musiktherapeutische Dritte: konkretes Ding oder symbolischer Raum?“

Dr. sc. mus. Nicola Nawe



*1968

Dipl.-Musiktherapeutin (DMTG), Sonderpädagogin mit dem Unterrichtsfach Musik, Heilpraktikerin für Psychotherapie, Dozentin am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg. Praxistätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in eigener Praxis.

Klientel: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Geistig behinderte Menschen jeden Alters. Einzel- und gruppentherapeutisches Setting.

Ausrichtung: Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie.

Forschungsschwerpunkte: Triangulierung, Gruppenmusiktherapie, Trennungskinder

Einführung

In der langjährigen musiktherapeutischen Arbeit mit Trennungskindern hat es sich als hilfreich erwiesen, eine begriffliche Umformulierung vorzunehmen: vom Dritten in der Musiktherapie zum musiktherapeutischen Dritten. Damit lässt sich der kreative Spielraum in der Musiktherapie als triadischer Prozess erfassen. Diese begriffliche Erweiterung kann in allen Praxisfeldern der Musiktherapie neue Perspektiven und Herangehensweisen aufzeigen.

Einführungsvignette

Eine kurze Vignette aus der Einzeltherapie mit einem 11-jährigen Jungen zeigt, dass die Instrumente in der Therapie häufig von Klientinnen/Klienten verwendet werden, um die Therapeutin/den Therapeuten zunächst auf Abstand zu halten. In dieser Vignette versuchte der Junge in vielen Sequenzen, die Therapeutin zwar ganz eng neben sich am Klavier zu wissen, reagierte jedoch sehr empfindlich auf jegliche Töne, die sie spielte. Nur er allein wollte spielen: verschwimmend, schwebend, pedallastig und grenzenlos. Die eigenen Töne der Therapeutin schienen schmerzhaft für ihn zu sein. Oft bat er fast flehentlich darum, sie möge nicht spielen. Diese Szenen gaben bereits erste Auskunft über die „störende“ Einflüsse in den frühesten Erfahrungen dieses Jungen, der bereits pränatal mit toxischen Einflüssen (Drogenabhängigkeit der Mutter) überflutet war und auch später jede Einwirkung zunächst als Angriff erleben musste – so auch das Spielen der Musiktherapeutin.

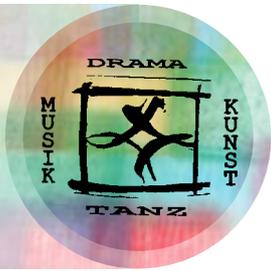
Neben seinem dringlichen Wunsch, die Therapeutin auf Distanz zu halten und ihr Einwirken zu verhindern, wurde in den verschwimmenden Klängen am Klavier ein großer Wunsch des Jungen nach Ungetrenntheit und Eins-Sein spürbar; nach einer Symbiose, in der kein Unbehagen und keine Störungen existierten.

Das zentrale Instrument Klavier war somit noch kein Drittes im eigentlichen Sinne: Es konnte noch nicht als etwas Drittes in der Dyade gemeinsam geteilt werden. Ein solches – verbindendes und trennendes – Drittes war dem Jungen vorerst nicht möglich, da Kind und Therapeutin zunächst noch nicht als zwei getrennte Personen intrapsychisch repräsentiert waren. Symbiotisches Erleben war zunächst noch im Vordergrund, wie es in der Musik fühlbar wurde. Dennoch war es notwendig, dass das Klavier buchstäblich eine Grundlage zum Festhalten bereitstellte. Die Szene erweiterte das Verständnis über die intrapsychische Dynamik des Kindes und bildete den Auftakt auf dem Weg hin zu einer intersubjektiven Bezogenheit, die sich erst nach und nach entwickeln konnte. In diesem Sinne war das Klavier auf dem besten Wege, ein entwicklungsförderndes Drittes zu werden.

Definition „Der/Das Dritte“

Der Dritte ist eine reale oder gedachte Person, die in Bezug auf eine dyadische Konstellation von hoher und prinzipieller Bedeutung ist, jedoch eine autonome Größe mit einem eigenen Entstehungs- und Motivationshintergrund bleibt. Der Dritte hat im Wechselspiel einer Dyade einen unverwechselbaren Status und kann Teil des fließenden triadischen Austausches sein, er behält jedoch immer eine eigene Existenz außerhalb dieses subjektiven triadischen Zusammenhanges

Das Dritte ist ein drittes Element, welches in einem dyadischen Zusammenhang wurzelt oder sich hier entfaltet. Ein drittes Element kann auch ein mentales Ereignis oder metaphorisches Konstrukt sein (z.B. das erste Auftauchen einer trennenden Grenze zwischen Kind und Bezugsperson oder eine gemeinsame Fantasie von Therapeutin/



Therapeut und Klientin/Klient über die gemeinsame Arbeit zum Beginn der Therapie). Das Dritte als ein mentales, geistiges, emotionales oder musikalisches Element ist im Vergleich zum Dritten als Person keine unabhängige Größe. Es entfaltet seine eigentliche Dimension erst, wenn es in einer spezifischen Dyade Bedeutung erlangt. Das gilt auch für Gegenstände wie z.B. Instrumente. Sie stellen zwar ein drittes Element in der Beziehung dar, zu dem auch andere einen überindividuellen Bezug haben (jede/jeder kennt ein Klavier), doch sie dürfen nicht als dritte Person gleichgesetzt werden und erhalten ihre individuelle und subjektive Bedeutung nur in dem zugrunde liegenden dyadischen Bezug.

Was ist triadisches Denken?

Mit dem triadischen Denken entsteht die Möglichkeit, zwei Polaritäten oder Gegenbereiche unter einer integrierenden Einheit zusammenzufassen und somit ein polares Spannungsfeld herzustellen, z.B.



Damit wird die Dimensionalität erhöht, gleichzeitig wird Komplexität reduziert. Die entstehende Mehrperspektivität verweist auf ein Spannungsfeld. Somit ermöglicht das triadische Denken in Dreiecken auch einen Zugang, Ambivalenz auszubalancieren – was vielen unserer Patientinnen/Patienten schwer fällt.

Hinführung zum „musiktherapeutischen Dritten“

Zwei zentrale Referenztheorien bilden die Grundlage für die Konzeptualisierung eines musiktherapeutischen Dritten und werden kurz skizziert.

1. Intersubjektivitätstheorie:

Die intersubjektive Wende in der analytischen Psychotherapie führte zu einem Abrücken von ausschließlicher Rekonstruktion der Vergangenheit und Deutung durch die Therapeutin/den Therapeuten hin zu einer Auffassung, bei der der Beziehungsprozess zum eigentlichen Inhalt der Therapie wird. Dies kann in einer Kreisbewegung beschrieben werden: „Ich stelle mich darauf ein, dass der andere sich auf mich einstellt“ (Benjamin 2006).

Das Augenmerk einer intersubjektiv gestalteten Therapie liegt auf Synchronisation und Abstimmung, Unterbrechung, Störung im Austausch, sowie im Wiederherstellen der gegenseitigen Abstimmung. Dieser Prozess ist das eigentlich Dritte in der Therapie.

2. Triangulierungsforschung:

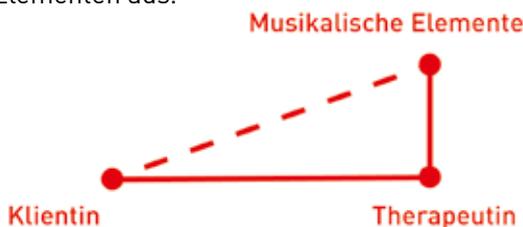
Neben der „klassischen“ ödipalen Triangulierung und der später konzeptualisierten frühen Triangulierung sind in den letzten 20 Jahren Entwürfe zu einer primären Triangulierung (Begriffsentwurf N. Nawe) entstanden. Es sind damit alle Elemente gemeint, die in der frühen dyadischen Beziehung bereits Spuren von „Drittem“ hinterlassen, z.B.

- Gewissheit der Mutter über die Getrenntheit zwischen ihr und dem Säugling und das Bewusstsein, dass auch andere Personen für das Kind wichtig sind

- Zäsuren im Austausch, die erste (erträgliche) Lücken in der engen Bezogenheit hinterlassen.

Damit werden erste triadische Spuren angelegt, die als Vorbereitung für Symbolisierung und Mentalisierung gelten bzw. in reale Erfahrungen mit drei Personen einfließen. Diese primäre Triangulierung beinhaltet früheste Synergien in der Affektresonanz zwischen Kind und Bezugsperson und mündet in spätere Symbolisierungsprozesse und Denkvorgänge bzw. in der Entwicklung einer psychischen Triangulierung.

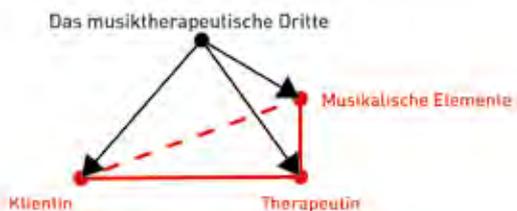
Vor dem Hintergrund dieser Referenztheorien ergibt sich das musiktherapeutische Dritte. Zunächst gehen wir von einem Basisdreieck zwischen Therapeutin/Klientin und den musikalischen Elementen aus.



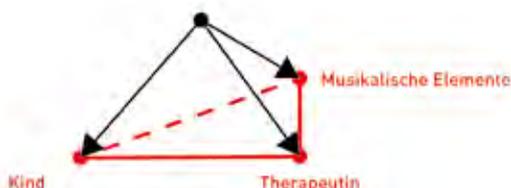
Die musikalischen Elemente (Instrumente, Tonträger, das Zuhören, Improvisationsspiele usw.) definieren die Musiktherapie, sind aber im oben beschriebenen Sinne nicht das eigentliche Dritte in der Musiktherapie. Das musiktherapeutische Dritte tritt vielmehr hinzu als Beziehungsprozess zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klienten auf der Basis dessen, wie beide sich miteinander auf die musikalischen Elemente beziehen.

Das musiktherapeutische Dritte (MTH3) ist:

- der Beziehungsprozess, der sich zwischen den drei Grundpfeilern entwickelt
- der Erfahrungsraum, indem sich beide aufeinander und auf die musikalischen Elemente beziehen
- „immer da“ und muss sich trotzdem in jeder therapeutischen Beziehung/Gruppe neu entfalten
- der professionelle Rahmen, in dem die musikalischen Elemente zu einem therapeutischen Medium werden.



Selbst wenn die Klientin/der Klient gar nicht spielen mag, ist auch das Teil des entstehenden Beziehungsprozesses. Er teilt etwas mit (z.B: Ich habe Angst) und „erzählt“ damit über seine innere Welt. Der Beziehungsprozess beginnt damit, wie sich die musikalischen Elemente als „Eigenschaft der Musiktherapie“ im intersubjektiven Raum entfalten – manchmal auch schweigend. Somit gibt es unterschiedlich hohe Differenzierungsgrade im musiktherapeutischen Dritten.





Vielleicht sucht ein Patient eher die dyadisch-symbiotische Verschmelzung mit der Therapeutin über die musikalischen Elemente und wehrt sich stark dagegen, dass die Therapeutin auch als eigenständige Person auftritt. Hier sind wir eher am Spektrum von „weniger differenziert“. Diese für den Klienten prägende Beziehungsszene wird jedoch durch ihre sinnliche Konkretisierung und die gemeinsame Klanggestalt zu einem realen Bezugspunkt für beide und kann weiter differenziert werden. Die Prozesse im musiktherapeutischen Dritten geben somit Auskunft (Diagnostik) über die psychische Struktur der Patientin/des Patienten und erfassen sein Pendeln zwischen dyadischen und triadischen Kapazitäten. Gleichzeitig kann an dieser Beziehungsstruktur gear-



beitet werden. Das musiktherapeutische Dritte enthält somit auch eine Paradoxie. Es entsteht immer, muss aber individuell gestaltet werden. Dadurch verändern sich beide: Therapeut/in und Klient/innen! In der Fallvignette (s.o.) diente das „Alleine-Spielen“ dem Jungen zunächst der Abwehr, der Angstreulation und dem Schutz vor Überflutung durch zu viel Nähe. Auch innerlich fiel es ihm noch schwer, zwei Dinge aufeinander zu beziehen und einen Prozess zwischen Nähe und Distanz zu balancieren. Dennoch ist die Anordnung am Klavier eine kreative Leistung von ihm, die konkret und sinnlich zu Tage tritt und gemeinsam „behandelt“ werden kann.

Im späteren Verlauf der Therapie konnte er sich zunehmend als getrennt erleben und somit mehr in die Beziehung wagen. Im musiktherapeutischen Dritten wurden zunehmend Nähe und Distanz möglich. Damit erweiterte sich seine Ambivalenzfähigkeit: ein Entwicklungsschritt, der für die meisten Patientinnen/Patienten in der Musiktherapie von zentraler Bedeutung ist.

Das Instrument im „musiktherapeutischen Dritten“

Musikinstrumente dürfen nicht automatisch mit Übergangsobjekten gleichgesetzt werden. Oft dienen sie auch der Abwehr, werden zu Trostobjekten (Auflösen der Grenze von Innen und Außen) oder es werden Partialobjekte auf das Instrument projiziert und dort bekämpft. Instrumente können aber im Beziehungsprozess in der Musiktherapie zu Übergangsobjekten werden; immer dann, wenn sie dazu beitragen, an der Differenzierung zwischen Innen und Außen mitzuwirken.

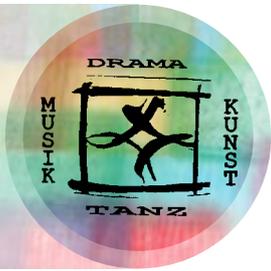
Im musiktherapeutischen Dritten verschiebt sich die Fragerichtung von „Welche Bedeutung hat das Instrument für den Klienten?“ hin zu der Frage: „Welcher Beziehungsprozess entwickelt sich anhand dieses Instrumentes?“ Damit wird auch deutlich, dass die Bedeutung von Instrumenten nicht faktisch festgelegt werden kann, sondern dass sie immer wieder neu in jeder therapeutischen Beziehung entdeckt wird.

Schlussbemerkungen

Eine Antwort auf die Leitfrage der Tagung kann so formuliert werden:
Das Potential des künstlerischen Mediums Musik liegt darin, einen intersubjektiven



triadisch strukturierten Beziehungsprozess sinnlich zu konkretisieren, in dem sich bewusste und unbewusste Prozesse realisieren. Es entsteht eine konkrete, sinnliche Matrix, innerhalb derer Abstimmungsprozesse in der Beziehung fühlbar werden. Dadurch sind Symbolisierungsprozesse und Mentalisierungsvorgänge organischer zu begreifen. Sie entwickeln sich weniger „denkend“, sondern „spielend“. Damit besteht eine zentrale Analogie zwischen früher dyadischer Beziehungsgestaltung im Rahmen der primären Triangulierung (s.o.) und den Beziehungsprozessen in der Musiktherapie. Durch die sinnliche Konkretisierung der musikalischen Gestaltung ist das Erleben von Urheberschaft deutlich erhöht: Die Patientin/der Patient erlebt sich beteiligt und macht die Erfahrung, zu einem neuen konstruktiven Beziehungsprozess beitragen zu können. Dieses ist eine zentrale Erfahrung, die eine hohe heilsame Wirkung bei verschiedensten Formen von Ohnmachtserleben hat. In schwierigen therapeutischen Prozessen ist oftmals das Vertrauen des Therapeuten in diesen Beziehungsraum das Eigentliche, das die triadische Dimension des musiktherapeutischen Dritten aufrechterhält.



Literatur:

Altmeyer, Martin/Thomä, Helmut (Hg.) (2006): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart

Benjamin, Jessica (2006): Tue ich oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept. In: Altmeyer/Thomä, S. 65–107

Fivaz-Depeursinge, Elisabeth/Philip, Diane (2014): The Baby and the couple. Understanding and treating young families. London/New York

Grieser, Jürgen (2015): Triangulierung. Gießen

Metzner, Susanne (1999): Tabu und Turbulenz. Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten, Göttingen

Nawe, Nicola (2010): Musiktherapie mit Trennungskindern. Triangulierungsprozesse in der Einzel- und Gruppenmusiktherapie. Wiesbaden

Smetana, Monika (2012): Die Wiederkehr des Ähnlichen. Zur Bedeutung musikalischer Objekte in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen. Wien

Wiesmüller, Edith (2005): Zum Umgang mit den Begriffen Übergangsobjekte und Objektbesetzungen in der Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau 2005/1, S. 39–49

„Allgemeine und spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren: Forschung und Praxis“

Dr. rer. medic. Renate Oepen



Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alfter bei Bonn; Studium der Kunstpädagogik und Kunsttherapie M.A., Promotion an der Universität Witten/Herdecke; Forschungsschwerpunkte: Kunsttherapie zur Wohlbefindenssteigerung in Prävention und Gesundheitsförderung, Burnout, kunsttherapeutische Wirkfaktoren; diverse Publikationen, Vorträge zur Kunsttherapie an Hochschulen und medizinischen Kongressen; künstlerische Tätigkeit; Leitung von kunsttherapeutischen Projekten „SelbstART“ zur Burnoutprophylaxe an der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft.



Ausgangslage:

Kunsttherapeutische Interventionen weisen auf Grund des künstlerischen Mediums, dem sogenannten „Dritten im Bunde“, spezifische Wirkprozesse auf, die sich von den Wirkfaktoren anderer therapeutischer Verfahren, z.B. der Gesprächspsychotherapie, unterscheiden und daher besonderer Beachtung bedürfen. Die Wirkfaktorendarstellung von Riedel & Henzler (2004) zeigt im Rahmen der psychodynamischen Betrachtungs-



weise der Kunsttherapie grundlegende Wirkprozesse kunsttherapeutischer Interventionen auf. Über das Ausdrucksmedium des Bildes, das als Botschafter des Unbewussten fungiert, wird dem Bewussten noch nicht zugängliches Material zur Problemlösung über den Symbolisierungsprozess zur Verfügung gestellt. Der Symbolisierungsvorgang, die spezifischen Wirkgesetze künstlerischen Gestaltens, die Förderung der Kreativität im Gestaltungsvorgang, die Kommunikation über das Ausdrucksmedium mit den daraus resultierenden Emotions- und Kognitionsregulationsmechanismen gehören laut Riedel et al. (2004) zu den wesentlichen Wirkfaktoren kunsttherapeutischer Interventionen. Wie neurobiologische Erkenntnisse belegen, können durch künstlerisches Gestalten (Klemm, 2003) andere Hirnareale angesprochen werden als durch rein sprachliches Vorgehen. Damit ermöglichen sie eine Erweiterung der Sichtweise im Sinne einer Ganzheitlichkeit. Ergebnisse aus der Traumaforschung (Van der Kolk et al., 1995) belegen, dass gerade sensorische, bildbezogene Prozesse beim Menschen besonders intensiv und nachhaltig wirken, Bilder lange erinnert werden, so dass die Vermutung nahe liegt, dass über das Gestalten erarbeitete Problemlösungen und positive Gestimmtheit dem Individuum sehr lange zur Verfügung stehen.

Studienergebnisse:

In eigenen empirischen Studien wurde ermittelt, dass kunsttherapeutische Wirkfaktoren zur Steigerung des Wohlbefindens (Reduktion und Beseitigung von Beschwerden und Steigerung von Stimmung und positiven Emotionen) effizient beitragen (Oepen et al., 2012, 2014, 2015 a–c). Im Rahmen des qualitativen Untersuchungsteils der explorativen Studie mit Lehrern (n=18) wurden auf Basis von Interviews mit ausgewählten

Probanden zehn kunsttherapeutische Wirkfaktoren generiert (Vgl. Tab. 1; Oepen et al., 2015 a–c). Dabei fungierten insbesondere die von Gruber et al. (2011) in einer Expertenbefragung ermittelten Wirkfaktoren als Ausgangskategorien. In der vorliegenden, explorativen Studie erfolgte eine Aufteilung der Wirkfaktoren in allgemeine und spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren. Unter einem allgemeinen kunsttherapeutischen Wirkfaktor ist eine Ursache/Element für Ergebnisse/Wirkungen zu verstehen,



die durch Kunsttherapie, aber auch von anderen Therapieformen erzielt werden können (Oepen & Gruber, 2012). Spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren stellen eine Ursache/Element für Ergebnisse/Wirkungen dar, die insbesondere durch Kunsttherapie und nicht durch andere Therapieformen erzielt werden können (Vgl. ebd.).

WIRKFAKTORENTABELLE		
Allgemeine (A) und spezifische (S) kunsttherapeutische Wirkfaktoren		
1	A-WB	Regulation des aktuellen und habituellen Wohlbefindens
2	A-EC	Förderung von Erkenntnisprozessen/Unterstützung beim Aufbau von Copingstrategien
3	A-IK	Spezifische Aspekte eines indikations- und zielgruppenorientierten Interventionskonzeptes
4	S-SI	Stimulation von Symbolisierungsfähigkeit und Imagination
5	S-WH	Erweiterung der Wahrnehmungsmöglichkeiten durch Stimulation sinnlich-ästhetischer Erfahrungen
6	S-GS	Stimulation aktiver Gestaltungsfähigkeit/Förderung von Selbstwirksamkeit
7	S-GG	Förderung von Gemeinschaftsgefühl und Selbstwirksamkeit durch Gestalten in der Gruppe
8	S-KG	Kommunikationsmöglichkeiten in der Gruppe über ein Ausdrucksmedium
9	S-KR	Anregung von Kreativität, Spiel und Regression
10	S-PH	Möglichkeit zum Probehandeln durch Gestalten

Tab. 1 Allgemeine (A) und spezifische (S) kunsttherapeutische Wirkfaktoren

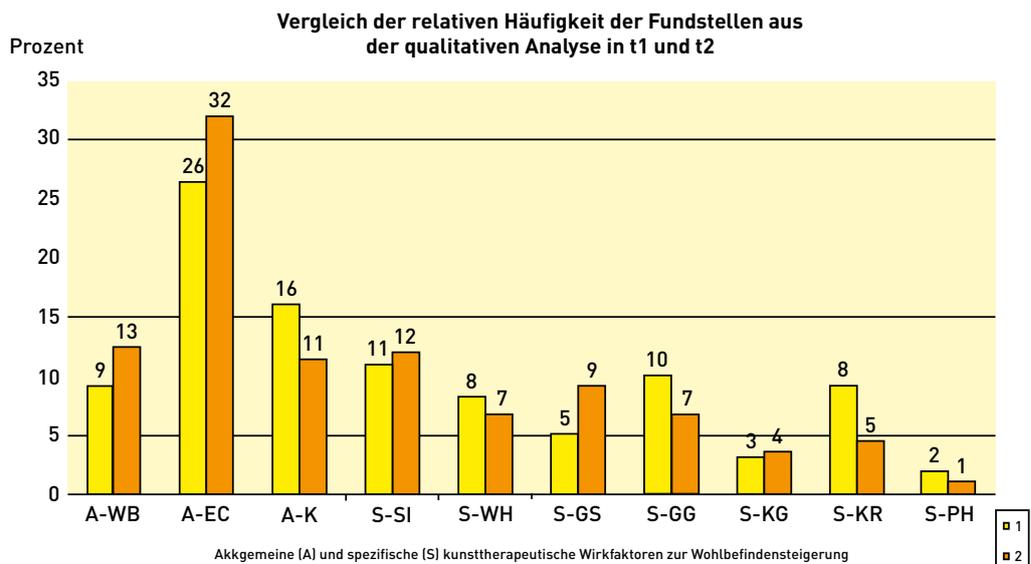


Abb. 1 Häufigkeitsverteilung allgemeiner und spezifischer kunsttherapeutischer Wirkfaktoren (t1 = erstes Interview, t2 = zweites Interview)

Die Ergebnisse der explorativen Studie mit Lehrern im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung untermauern die von Riedel & Henzler (2004) getätigten Aussagen zur Wirkung von Kunsttherapie. So ist in Abb. 1 erkennbar, dass der Symbolisierungsfaktor (S-SI) der von den Probanden in beiden Interviews am häufigsten genannte spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktor darstellt (Oepen et al., 2015a-c). Bei den allgemeinen kunsttherapeutischen Wirkfaktoren wurden Erkenntnisprozesse/Copingstrategien (A-EC) am meisten genannt. Dies legt den Schluss nahe, dass – wie von Riedel & Henzler (2004) bereits in der Literatur ausgeführt – der Symbolisierungsvorgang beim Gestalten mit der Zunahme von Erkenntnisprozessen/Copingstrategien in Verbindung zu stehen scheint.

Ausblick:

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass kunsttherapeutische Therapieverfahren über Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Wirkung mit anderen therapeutischen Verfahren verfügen. Auf Grund des Einsatzes bildnerischer Medien weisen kunsttherapeutische Interventionen spezifische Wirkmechanismen auf, die sich von anderen Therapieverfahren unterscheiden und diese sinnvoll ergänzen. Die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede von Kunsttherapie zu anderen therapeutischen Methoden bedürfen der weiteren empirischen Untersuchung, um zu einer grundlegenden Theoriebildung bezüglich der Wirkmechanismen zu gelangen, kunsttherapeutische Verfahren empirisch besser abzusichern und somit die große Bedeutung dieser Verfahren in Prävention, Gesundheitsförderung und Heilung von Erkrankungen stärker zu verdeutlichen.

Literatur:

Gruber, H., Rose, J.-P., Mannheim, E., Weis, J. (2011): Künstlerische Therapien in der Onkologie – wissenschaftlicher Kenntnisstand und Ergebnisse einer Studie. Musiktherapeutische Umschau, 32 (3), S. 206–218.

Klemm, R. E. (2003): Die Kraft der inneren Bilder. Entstehung, Ausdruck und therapeutisches Potential. Schwabe, Basel.

Oepen, R., Gruber, H., Heusser, P. (2015a): Kunsttherapie zur Wohlbefindenssteigerung bei Waldorflehrern – eine explorative Studie im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung (Dissertation Dr. rer. medic. Universität Witten/Herdecke).

Oepen, R., Gruber, H., Heusser, P. (2015b): Kunsttherapie zur Steigerung des Wohlbefindens bei Lehrern – eine explorative Studie im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung. Abstract, Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Berlin, 25. – 28.03.15.

Oepen, R. (2015c): Kunsttherapie zur Wohlbefindenssteigerung in Prävention und Gesundheitsförderung. Eine explorative Studie. Berlin: EB-Verlag (Monographie, im Druck).

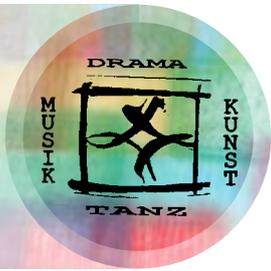
Oepen, R. & Gruber, H. (2014a): Ein kunsttherapeutischer Projekttag zur Gesundheitsförderung bei Klienten aus Burnout-Selbsthilfegruppen – eine explorative Studie. PPM - Psychotherapie • Psychosomatik • Medizinische Psychologie, 64 (07), 268–274.

Oepen, R., Gruber, H., Heusser, P. (2014b): Ein kunsttherapeutischer Projekttag zur Wohlbefindenssteigerung bei Waldorflehrern – eine explorative Studie. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie (im Druck).

Oepen, R. & Gruber, H. (2012): Kunsttherapeutische Interventionen bei Burnout in Prävention und Gesundheitsförderung. Musik-, Tanz und Kunsttherapie, 23 (3), 117–133.

Riedel, I. & Henzler, C. (2004): Maltherapie. Eine Einführung auf der Basis der analytischen Psychologie von C.G. Jung. Kreuz, Stuttgart.

Van Kolk der, B.A. & Fisler, R. (1995): Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. Journal of Traumatic Stress, 8 (4), S. 505–525.



Gemeinsames Erleben in der Musiktherapie – ein magisches Band

Dr. phil. Heike Plitt



Dr. phil. Heike Plitt, Dipl.-Musikpädagogin, Dipl.-Musiktherapeutin, Lehrmusiktherapeutin (DMtG), Psychotherapie (HP), Chorleiterin (B-Examen); Weiterbildungen u.a. in Gesprächspsychotherapie als Zweitverfahren sowie Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), derzeit Masterstudiengang an der KH Münster zur psychologischen Beraterin mit dem Schwerpunkt systemische Therapie

Studium: Folkwang Hochschule Essen, Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und am Graduiertenkolleg „Qualitative Psychotherapieprozessforschung“ der Universität Hildesheim

Arbeitsschwerpunkte: Musiktherapie in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; psychologische Beratung; Dozentin an der WWU im Masterstudiengang klinische Musiktherapie

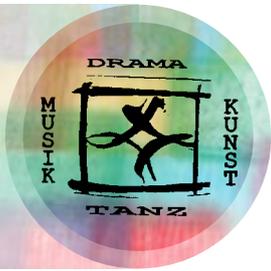
In der Musiktherapie kommt neben den Akteuren Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut ein bedeutsames Medium hinzu: die Musik. Musik ermöglicht eine besondere Art der nonverbalen Kommunikation, die an eine frühe Mutter-Kind-Interaktion erinnert. So wie die frühe Mutter-Kind-Interaktion zeichnet auch die Beziehung zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient über das Medium Musik eine Feinabstimmung der Affekte und der Zugang zum impliziten Beziehungswissen aus. Über die Musik als Drittes im Bunde wird es möglich, dass sich ein intersubjektiver Raum entfaltet, in dem es zum Austausch und zu Veränderungen von Erlebnisinhalten kommen kann. Eine affektive Verdichtung, die sich über das gemeinsame Erlebnis der musiktherapeutischen Improvisation zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient vollzieht, prägt nachhaltig den therapeutischen Prozess. Wir betrachten diese Aspekte genauer.

Affektabstimmung

Mikroanalysen in der Musiktherapie können zeigen, dass es in der musiktherapeutischen Improvisation zu feinen Abstimmungsprozessen zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient kommt (Plitt 2013/2014). In der frühen Mutter-Kind-Beziehung ist Affektabstimmung (Stern 1996) als intersubjektiver Regulierungsprozess von herausragender Bedeutung. Affektabstimmung vollzieht sich über das Ausführen von Verhaltensweisen, die die Gefühlsqualitäten eines gemeinsamen Affektzustandes zum Ausdruck bringen, ohne diesen exakt zu kopieren (Vgl. Stern 1996, 200). Das Abstimmungsverhalten entspricht einem Spiegeln oder Echogeben. Im Gegensatz zur reinen Nachahmung wird die Aufmerksamkeit auf das gelenkt, „was ‚hinter‘ dem Verhalten liegt, auf die Qualität des Gefühls, das gemeinsam empfunden wird“ (Stern 1992, 204). Die Affektabstimmung zeigt sich in einem Nachahmungsverhalten „aber nicht in genau derselben Form oder Modalität, sondern in einer abgewandelten Form oder in einer anderen Modalität, bei der aber der Rhythmus und der ‚Duktus‘ [...] erhalten bleiben“ (Friedlmeier 1999, 216).

Affektabstimmung findet auf der Ebene der Vitalitätsaffekte statt. Vitalitätsaffekte lassen sich mit dynamischen und kinetischen Begriffen wie aufwallend, explodierend, abklingend oder verblassend beschreiben. Der Säugling erlebt seine Welt als Welt der Vitalitätsaffekte. Er ordnet die Handlungen in Bezug auf diese Affekte ein: Streichelt eine Mutter beispielsweise dem Kind sanft mit den Worten „Ist ja gut ...“ über den Bauch, so erlebt der Säugling hier nicht zwei unterschiedliche Mütter – die sanft sprechende und die streichelnde –, sondern den Vitalitätsaffekt „beruhigend“ (Stern 1992, 90). Mit Hilfe der Vitalitätsaffekte ist eine ununterbrochene Abstimmung und Orientierung am Gegenüber möglich, so dass der Faden des gemeinsamen Erlebens nicht abreißt. Ähnliche Vitalitätskonturen rufen bei verschiedenen Arten des Verhaltens denselben Vitalitätsaffekt hervor. Dadurch werden organisationsstiftende Erfahrungen möglich. Die Vitalitätsaffekte können mit kategorialen Affekten und ohne diese auftreten. Kategoriale Affekte lassen sich, im Gegensatz zu Vitalitätsaffekten, als abgegrenzte Affekte (z.B. Freude, Wut, Trauer, Angst) beschreiben.

Smeijsters (2008) geht in Bezug auf die Betrachtung der Vitalitätsaffekte in der Musik davon aus, dass eine Analogie zwischen musikalischen und psychischen Prozessen besteht. Grundlage seines analogen Prozessmodells ist, „dass in der Musik vitality affects erklingen, weil es eine Übereinstimmung zwischen den musikalischen Prozessen und



den gefühlten inneren vitality affects der Spieler und Zuhörer gibt“ (Smeijsters 2008). Er stützt seine Aussage darauf, dass in der Musik dieselben Parameter (Rhythmus, Tempo, Intensität, Form, Bewegung, Anzahl) bedeutend sind wie in der Psyche. Diese Parameter haben strukturierenden Charakter. Schon im Mutterleib bestimmen die rhythmischen Elemente Atem und Herzschlag das Kind. „Im Rhythmus und im inneren Aufbau spricht die Musik ganz basale Lebensstrukturen an, die im impliziten Wissen gespeichert sind“ (Dantlgraber 2008, 164). Die Möglichkeit, über Vitalitätsaffekte die Empfindungen des Gegenübers wahrzunehmen und darauf zu reagieren, bleibt lebenslang bestehen. Die affektiven und musikalisch-dynamischen Prozesse hängen unmittelbar zusammen und machen eine Kommunikation des emotional Unbewussten auf der Metaebene Musik möglich. Durch das gemeinsame Durchleben der Improvisation und die sich anschließende Darstellung dieses Erlebnisses im Gespräch können Patient und Therapeut sich impliziten, nicht in die Form der Worte gelangten Beziehungswissen gewahr werden. Das Gewahrwerden von Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut, dass sie mit der Improvisation eine gemeinsame, meist affektiv beladene, Erfahrung teilen, bereichert die therapeutische Beziehung um abrufbare, gemeinsam erlebte affektive Strukturen.

Implizites Beziehungswissen

Die psychische Struktur eines jeden Menschen entwickelt sich aus Beziehungserfahrungen heraus. In diesem Zusammenhang ist das implizite Beziehungswissen (Stern 2005) bedeutsam, welches sich auf das Wissen bezieht, das in Erfahrungen in der Beziehung zur primären Bezugsperson gewonnen wird. Das implizite Wissen beinhaltet Muster für Affekte, motorische Abläufe, Erwartungen und Denkmuster und prägt das spätere Handeln in der Interaktion, einschließlich der Übertragung. Das implizite Beziehungswissen ist „nicht verbal und nicht symbolisch, es ist unbewusst, aber in der Regel nicht verdrängt – obwohl es dies sein könnte; es ist einfach nicht in die Form der Worte gelangt“ (Stern 1992, 103). Es bildet die affektive Basisstruktur, auf der sich die kognitive Struktur aufbaut (Dantlgraber 2008, 162). De Masi (2003) prägt den Begriff des emotionalen Unbewussten. Die Inhalte dieses emotionalen Unbewussten sind sensorisch-motorisch repräsentiert.

Inhalte des impliziten Beziehungswissens kann der Patient nicht auf der verbalen Ebene äußern, sie werden über vorsprachliche Zeichen, Bewegungen und Gesten vermittelt. Der Therapeut registriert diese Inhalte wiederum auf vorbewusster Ebene und erlebt sie in Form von Gefühlsqualitäten. Grotstein (2006) spricht von „sensomotorischer Induktion“, die die Teilhabe am Erleben des Gegenübers ermöglicht. Die Therapeutin/der Therapeut registriert zum Beispiel eine schnelle Bewegung und erlebt sie in Form von Heftigkeit. Die Wahrnehmungsqualitäten des impliziten Beziehungswissens werden in Gefühlsqualitäten erlebbar, den Vitalitätsaffekten. Diese können in der Musik wahrnehmbar und einfühlbar werden.

Neben dem impliziten Beziehungswissen beschreibt Stern auch den Moment des intersubjektiven Bewusstseins. Grundsätzlich gilt, dass intersubjektives Bewusstsein (Stern 2005) in einem sozialen, zwischenmenschlichen Kontext steht. Es kann nicht in einer einzelnen Psyche erlebt werden. Intersubjektives Bewusstsein taucht auf, wenn sich eine Person gegenwärtig ihres Erlebens bewusst wird, und zwar einschließlich der Wahrnehmung, dass sie dieses Erleben mit einer anderen Person, die genauso empfin-

det, teilt. Es kann also von einem doppelten Erleben gesprochen werden: dem eigenen und dem wahrgenommenen Erleben des Anderen, welches im Hier und Jetzt bewusst wird. Dies kann in der Musiktherapie in der Musik selbst oder im gemeinsamen Gespräch über das gemeinsam erlebte in der Musik geschehen. Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut haben durch die gemeinsam erlebte Improvisation quasi eine gemeinsame Geschichte. Der Gegenwartsmoment (Stern 2005), in dem sich beide Partner des Gleichen gewahr werden, beeinflusst dabei nachträglich die Vergangenheit. Aber auch die Vergangenheit nimmt Einfluss auf das Erleben der Gegenwart, denn ohne die gemeinsame Vergangenheit und das Teilen gemeinsamer Erfahrungen aus der Vergangenheit fände der Gegenwartsmoment in dieser Form nicht statt.

Affektive Verdichtung

Mikroanalysen musiktherapeutischer Gespräche können zeigen, dass, sobald sich Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient auf die gemeinsam erlebte Improvisation beziehen, das Gespräch mit erhöhten Emotionen einhergeht (Plitt 2013). Es kommt zu einer affektiven Verdichtung im Gespräch, wenn sich beide über gemeinsam erlebtes austauschen. Hier zeigt sich, dass Sprechanschlüsse unmittelbarer aufeinander folgen, es vermehrt zu Emotionen wie Lachen oder Weinen kommt und nicht enden wollende Gesprächsschleifen durchbrochen werden können. Im folgenden Beispiel tauschen sich Therapeut und Patient nach nicht enden wollenden Erzählungen des Patienten über Beziehungen, die gescheitert sind, über die Geschichte, die der Patient in Bezug auf die Improvisation geschrieben hat, aus. Hier zeigt sich die affektive Verdichtung in Form von Lachen und einem sehr engen Sprecherwechsel (Vgl. Abb. 1).

Emotionale Verdichtung und Durchbrechen von Schleifen

Gespräch 5 Z 217-226

217 T: °auch wenn das jetzt erst mal ein Gedankensprung ist, hat ihre Geschichte 'n Happy-End?°

218 P: <<f> Ja, mit dem Störenfried hab' ich dann zusammen getanzt und gespielt, nha,
[ha,]>

219 T: [ha,]

220 P: <<f> ha ha .H weil ich *Vertrauen* gefasst habe ha ha>

221 T: <<lächelnd> Hat also doch ein Ende.>

222 P: Hat'n Ende ja! <<f> ha ha [ha]>

223 T: [Ein] positives.

224 P: .h

225 T: Was könnte das denn im wirklichen Leben heißen?

226 P: h. (-) h. tch Ja, dass ich ähm (5.5) versuche müsste andere Menschen wieder an mich ran zu lassen.

Abb.1: Gesprächstranskript

Der gemeinsam geteilte Affekt, hier das Lachen, bestätigt das Gewahrwerden gemeinsamer Erlebnisinhalte. Im Sinne Sterns (2005) kann hier von auf der affektiven Ebene wahrnehmbaren und einfühlbaren Momenten des intersubjektiven Bewusstseins gesprochen werden. Beim Gewahrwerden gemeinsam erlebter Erfahrungen kann das intersubjektive Feld soweit verdichtet werden, dass Energie frei wird. Die affek-



tive Verdichtung wirkt als Energiezufuhr auf das Gespräch ein. Das heißt, dass es im Gespräch beim Bezug auf das gemeinsam Erlebte zu einer temporären Instabilität kommen kann, durch die starre Muster oder Gesprächsschleifen durchbrochen werden können. In dem geschilderten Fallbeispiel klagt der Patient zunächst wiederholt über misslungene Beziehungen. Sobald es durch den Austausch über das gemeinsam erlebte während der Improvisation zur affektiven Verdichtung kommt, schildert der Patient, welche Beziehungen in seinem Leben gelungen sind. Durch die affektive Verdichtung können stabile und rigide Verhaltensmuster aufgebrochen werden und Neues kann entstehen. Mit Metaphern aus der Synergetik¹ ausgedrückt: Der Übergang zu einem neuen Ordnungssystem (Attraktor)² kann hergestellt werden (Vgl. Abb. 2).

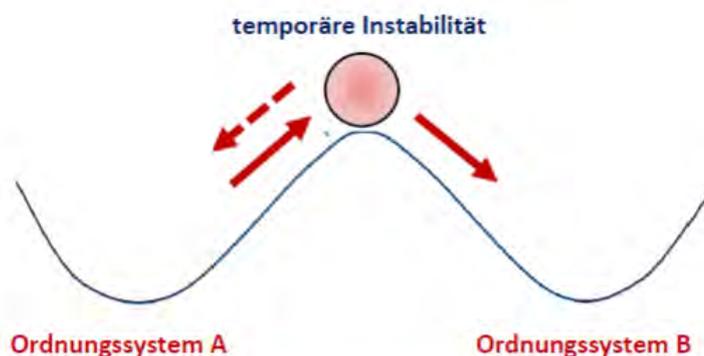


Abb. 2: Attraktorenlandschaft

Gemeinschaft im Dritten

In ihrem intersubjektiven Triangulierungskonzept beschreibt die Psychoanalytikerin Benjamin (2006) das Dritte als einen sich gemeinsam eröffnenden triadischen Raum, in dem durch wechselseitige Anerkennung Differenzen ausgetragen und Verbindungen hergestellt werden können (Vgl. Benjamin 2006, 72). Wechselseitige Anerkennung bedeutet in diesem Zusammenhang, sich gegenseitig als Subjekt anzuerkennen. Der eine erfährt den anderen „als ein seinerseits psychisch verfasstes Wesen, mit dem sich ‚mitempfinden‘ lässt, dass jedoch über ein abgegrenztes, eigenständiges Gefühls- und Wahrnehmungszentrum verfügt.“ Benjamin (2006, 66) spricht von Differenzierung und Containing als dem „Dritten in der Gemeinschaft“, und von der affektiven Resonanz als „Gemeinschaft im Dritten“. Grundlage für das Dritte in der Gemeinschaft, oder auch das „sittliche Dritte“, bildet die „Fähigkeit, innerlich seiner selbst gewahr zu bleiben und die Spannung auszuhalten, die sich daraus ergibt, dass sich die eigenen Bedürfnisse von denen des Patienten unterscheiden, während man auf ihn eingestimmt bleibt“ (Benjamin 2006, 74). Die Gemeinschaft im Dritten lässt sich im Einschwingen eines gemeinsamen Rhythmus wiederfinden und veranschaulichen. In der frühen Mutter-Kind-Interaktion zeigt sich dieses rhythmische Prinzip insbesondere in der Affektre-

- 1 Synergetik ist eine Theorie der Selbstorganisation, die sich aus der physikalischen Theorie der Nichtgleichgewichtssysteme von Haken (1981) ableiten lässt.
- 2 Ein Attraktor ist ein dynamisch attraktiver Zustand, stabiler Zustand. Dieser Zustand stellt sich auch im Therapieschehen ein und zwar durch relativ konstante Verhaltensmuster. Attraktoren, die in der Synergetik synonym für den Begriff Ordnungsparameter benutzt werden, werden durch sogenannte Kontrollparameter, die sich auf die Energiezufuhr beziehungsweise das Energielevel beziehen, bestimmt. Die Voraussetzung für diesen den Übergang von einem Ordnungssystem zu einem neuen Ordnungssystem ist eine temporäre Instabilität des Systems. Instabil wird der Ordnungszustand durch Energiezufuhr. Geraten die Schwankungen der Kontrollparameter dabei über eine bestimmte Schwelle, so ist schlagartig ein Übergang zu einem anderen Systemzustand möglich.

sonanz oder in einem gelingenden Stillrhythmus, in dem sich Mutter und Kind wechselseitig aneinander anpassen (Vgl. Sander 2002). Die Gemeinschaft im Dritten ist in der Musiktherapie nicht auf die Improvisation selbst beschränkt. Tauschen sich Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient im therapeutischen Gespräch über ihr Erleben während der Improvisation aus, so geschieht auch dies in wechselseitiger Anerkennung.



Der eine erfährt den anderen dabei als Subjekt, als „gleichwertiges Wesen mit einem eigenen Zentrum zum Sein“ (Benjamin 2006, 68). Jeder bringt seine subjektive Perspektive auf das Improvisationserlebnis in die therapeutische Beziehung mit ein. Beide sind auch noch nach der gemeinsamen Improvisation über das gemeinsam Erlebte als Drittes miteinander verbunden, auch wenn die subjektiven Erfahrungen dieses Erlebnisses von Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient noch so unterschiedlich sind. Dadurch wird über das gemeinsame Improvisationserlebnis ein intersubjektiver Raum eröffnet, der die nötige Nähe-Distanz-Balance zum Aufbau des Selbstbildes gewährleistet und Beziehungs- und Emotionsregulationen ermöglicht.

Veranschaulicht werden kann dieser sich eröffnende intersubjektive Raum mit Hilfe des Bildes der Borromäischen Ringe, die Patient, Therapeut und Improvisation versinnbildlichen. Die drei Borromäischen Ringe zeichnen sich dadurch aus, dass sie verbunden und doch paarweise unverknotet bleiben. Der dritte Ring fügt sich nicht dadurch ein, dass er mit jedem der beiden anderen Ringe verknotet ist, sondern dadurch, dass er dafür sorgt, dass die anderen beiden miteinander verschlungen werden. Die Borromäischen Ringe können nicht getrennt werden, ohne einen Ring zu zerschneiden.

Die Borromäischen Ringe sind also paarweise unverknotet und doch nicht voneinander zu trennen. Entsprechend verhalten sich Therapeut, Patient und das Improvisationserlebnis zueinander. Durch das gemeinsame Erleben der Improvisation sind die Erfahrungsfelder von Therapeut und Patient miteinander verschlungen. Sie lassen sich nicht voneinander trennen. Dennoch bleibt die Subjektivität von Therapeut und Patient bestehen. Beide blicken so jeweils von ihrer subjektiven Perspektive auf dieses Erlebnis. Es eröffnet sich ein intersubjektiver Raum in dem Trennung und Verbundensein eine stabile Entfaltung des Dritten ermöglichen. Die Intersubjektivität zeichnet sich durch eine Verknüpfung im Unverbundenen aus, die ich als kreative Bindung bezeichnen möchte.

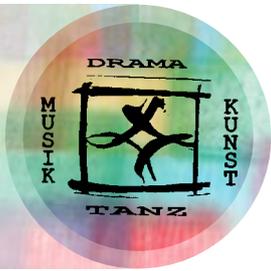


Abb. 3: Borromäische Ringe (2011)

Fazit

Musiktherapeutische Improvisation kann als ein gemeinsames Erlebnis von Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut beschrieben werden. Beide sind mit all ihren Erfahrungen und Empfindungen, ihren gedanklichen Verknüpfungen und Bewegungstätigkeiten am Erleben der gemeinsam gestalteten Improvisation beteiligt. Gemeinsam wird eine Erfahrungswelt gestaltet, die dauerhaft in den Erfahrungsschatz der Beteiligten einfließt. Musiktherapeutische Improvisation als Erlebnis und gemeinsam erlebtes Abenteuer prägt die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut. Mikroanalytische Untersuchungen in der Musiktherapie zeigen, dass Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient dabei nicht nur in der Improvisation, sondern auch im verbalen Austausch über die Improvisation in einem wechselseitigen Prozess und in Bezug zum Improvisationserlebnis musikalisch aufeinander abgestimmt sind. Dieser Abstimmungsprozess bestimmt nachhaltig die therapeutische Beziehung.

„Gemeinsames Erleben in der Musiktherapie – ein magisches Band“: ein Titel, der etwas Mystisches versprechen könnte. Das Erleben in der Musiktherapie ein unerklärbarer Zauber? Oder womöglich sogar etwas Übernatürliches, auf Magie beruhendes? Dass dem nicht so ist, können mikroskopische Analysen mit Hilfe der qualitativen Psychotherapieprozessforschung zeigen. Therapeut und Patient stehen auf beeindruckende Weise über das gemeinsam gestaltete Dritte, die Musik, während und auch noch nach der Improvisation miteinander in Bezug. Diese Prozesse werden bei mikroanalytischer Betrachtung des therapeutischen Geschehens nachvollzieh- und erklärbar. Sie verlieren so ihren mystischen Zauber, allerdings nicht die Magie im Sinne der Faszination, mit welcher passgenauen Abstimmung sich Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient aufeinander beziehen, und wie dies den therapeutischen Prozess nachhaltig beeinflusst.



Literatur:

Benjamin, J. (2006): Tue ich es oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept. In: M. Altmeyer, H. Thomä, Hrsg.: Die vernetzte Seele. Stuttgart: Klett-Cotta, 65–107.

Borromäische Ringe (2011). URL: http://www.ruhr-uni-bochum.de/rubin/rbin2_01/natur/Beitrag1/index2.html. Eingesehen am 25. Mai 2011.

Dantlgraber, J. (2008): „Musikalisches Zuhören“. Zugangswege zu den Vorgängen in der unbewussten Kommunikation. Forum der Psychoanalyse, 24 (2), 161–176.

De Masi, F. (2003): Das Unbewusste und die Psychosen. Einige Überlegungen zur psychoanalytischen Theorie der Psychosen. Psyche, 57 (1), 1–34.

Friedlmeier, W. (1999): Emotionsregulation in der Kindheit. In: Friedlmeier, W.; Holo-dynski, M., Hrsg.: Emotionale Entwicklung: Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, 197–218

Grotstein, J. S. (2006): „Projektive Transidentifizierung“ – Eine Erweiterung des Konzepts der projektiven Identifizierung. In: Junkers, G., Hrsg.: Verkehrte Liebe. Ausgewählte Beiträge aus dem „International Journal of Psychoanalysis“. Bd. 1. Tübingen: edition diskord, 159–186.

Haken, H. (1981). Erfolgsgeheimnisse der Natur – Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.

Plitt, Heike (2013): Erleben von Intersubjektivität – eine Chance in der Musiktherapie. Eine qualitative Psychotherapieprozessforschung zur Beziehungs- und Emotionsregulation am Beispiel der Behandlung von Borderline-Patienten. Marburg: Tectum.

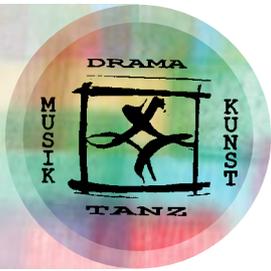
Plitt, Heike (2014): Gewährwerden von impliziten Wissen in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 39 (4), 287–301.

Sander, L. (2002): Thinking differently: Principles of process in living systems and the specificity of being known. Psychoanalytic Dialogues 12: 11–42.

Smeijsters, H. (2008): Vitality affects in der Musik. Forschung zur Analogie von musikalischen und psychischen Prozessen. Musiktherapeutische Umschau Online. URL: http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/smeijsters_vitality-affects.pdf. Eingesehen am 1. November 2015.

Stern, D. N. (1996): Die Lebenserfahrung des Säuglings. 5. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta.

Stern, D. N. (2005): Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.



Das Dritte im Bunde – Der künstlerische Tanz- und Ausdrucksraum als Wachstumspotential und Freiraum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung

Antje Scherholz



Bühnentanzausbildung

Tanz- und Bewegungstherapeutin (BTD)

Langjährige Tätigkeit als Tänzerin/Schauspielerin auf der Bühne und als Dozentin.

Seit 2008 als klinische Tanztherapeutin tätig: Von 4/2008 bis 09/2014 am LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; stationär, tagesklinisch und ambulant. Seit 10/2014 an der Rhein-klinik Bad Honnef/Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, momentan mit dem Schwerpunkt auf der Begleitung tagesklinischer Klientel mit Erkrankungen im psychosomatischen Spektrum sowie stationär von Patientinnen/Patienten mit Traumafolgestörungen.

Dozentin auf Fachtagungen/Kongressen mit tanztherapeutisch-künstlerischen Inhalten. Lehrtätigkeit u.a. für das Institut für klinische Verhaltenstherapie (IKV) des LVR-Klinikums Düsseldorf und die SHR Hochschule Heidelberg (Institut für Therapiewissenschaften).

Betrachtet man die Wirkweise und Nutzung von Tanz in der Geschichte der Menschheit, werden wichtige Aspekte des künstlerischen Prozesses im Tanz deutlich, die in der Tanztherapie zum Tragen kommen.

Tanz und Tanzrituale wurden immer schon von Menschen in unterschiedlich kulturellen Ausprägungen als überhöhte, symbolische Ausdrucksform genutzt. Archäologische Funde in Gönnersdorf, die der Epoche Magdalénien des Jungpaläolithikum zugeordnet werden, zeigen erste Darstellungen von tanzender Menschen. Diese Zeugnisse von ca. 12.500 v. Chr. bestätigen, dass neben den anderen Künsten Tanz fester Bestandteil früher sozialer, menschlicher Gesellschaftsformen war. Die archäologischen Funde lassen auf die Funktion der künstlerischen Darstellung schließen, sich symbolisch herausfordernden Ereignissen oder anstehenden Veränderungen anzunähern, auf sie vorzubereiten oder rituell Lebensereignisse zu bewältigen.¹ „Die Heilung von Körper, Geist und Seele durch das Freisetzen von Emotionen in religiösen Zeremonien und dem Ausleben sowohl des alltäglichen Lebens als auch von Krisensituationen durch Körperbewegung begegnet uns immer wieder im Zusammenhang mit Tanz.“² Der gemeinsame rituelle Tanz beheimatet miteinander geteilte Bildung, Kultur und intergenerationelle Übermittlung von Traditionen bzw. Weltanschauungen.³ Die künstlerische Symbolik und Darstellung im Tanz birgt eine verbindende und integrative Funktion in der Gesellschaft. Emotionen, Erkenntnisse oder Anschauungen werden miteinander geteilt und eventuell, wie z.B. in Kreistänzen, miteinander gestaltend zelebriert. Die transformative Kraft sowie die Möglichkeit der Katharsis und Erkenntnis im Tanz, die dieser Kunstform durch die Einbeziehung des sinnlich körperlichen Selbsterlebens inne liegen, ließen die Menschheit ursprünglich zur Bewältigung als auch zu Heilungszwecken auf Tanz zugreifen.⁴ Bildet sich dieser schöpferische Tanz-Freiraum als wertvolle dritte Größe zwischen Klientin/Klienten und Tanztherapeutin/Tanztherapeuten heraus, eröffnet die künstlerische Auseinandersetzung beiden Seiten eine wertfreie, offene und neugierige Haltung und beugt einer Trübung des Blickes durch die Kategorien „richtig“ oder „falsch“ vor. Die symbolische Verkörperung des „Als-ob“ ermöglicht die Eroberung neuer Erlebens- und Handlungsweisen. Wie das phantastische Spiel bei Kindern, kann der künstlerische Freiraum die Unabhängigkeit der Patientin/des Patienten von der Therapeutin/dem Therapeuten bei gleichzeitig bestehender Bindung unterstützen, lässt Platz für individuelle Entwicklung und regt zu individuellen, schöpferischen Gestaltungs- und Bewältigungsprozessen an.

Im Folgenden werden die Aspekte, die inhaltlich meinem Workshop „Das Dritte im Bunde – Der künstlerische Tanz- und Ausdrucksraum als Wachstumspotential und Freiraum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung“ auf den KreativtherapieTage 2015 zugrunde lagen, näher beleuchten.

Die besondere Wirkweise von Kunst als Quelle ästhetischer Erfahrung

„Die Künste tragen, so behaupte ich, maßgeblich zu unserem Erkennen, Verstehen und Selbstverstehen bei.“⁵

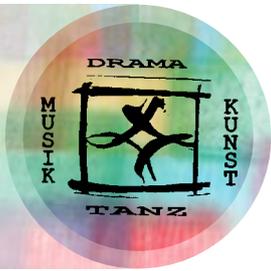
1 Vgl. Weickmann 2012; Terberger 1997

2 Vgl. Junge 2011, S. 153

3 Vgl. Weickmann 2012

4 Dieselben Qualitäten bewirkten jedoch zugleich, dass Tanz als subversiv, die Ordnung bedrohend, verunsichernd und beängstigend eingestuft und bekämpft wurde und immer wieder wird (Vgl. Junge 2011; Schwan 2012; Weickmann 2012).

5 Vgl. Scholz 2012, S. 34



Kunst hat in mehrererlei Hinsicht Erkenntnisfunktion. Kunstwerke vermitteln Erkenntnisse und Einsichten und tragen somit zu einer Erweiterung unserer Lebens- und Gestaltungsrealität bei, welches gleichzeitig zu einer Sublimierung unserer kognitiven Fähigkeiten führt. Die Künste schulen die sensorische Diskriminationsfähigkeit, sodass die Wahrnehmungsfähigkeit verfeinert wird. Dies befähigt wiederum zur „[...] expliziten Klassifikation, zur Bildung und Festigung von Meinungen, zur Rechtfertigung von Meinungen und zu höherem Verstehen [...]“.⁶ Die Verschränkung von Intellekt mit Emotion ist, nach Scholz (2012), der besondere Wert der Kunst. Durch unsere Phantasien, Assoziationen, Emotionen und individuellen Werteeerlebnisse, die durch ein bestimmtes Kunstwerk ausgelöst werden, erringen wir ein kognitives Verständnis für dasselbe. Künste beugen Phantasielosigkeit und Voreingenommenheit vor, sie sind Motor für Entwicklung, Veränderung und Erfindungen. Ebenso schult das Ausüben und Rezipieren von Kunst unser moralisches Verständnis. Mittels überhöhter, verfremdeter Darstellung bestimmter Themen in der Kunst, durch Über- oder Untertreibung, Betonung oder Abschwächung etc., werden wir auf Qualitäten oder Details aufmerksam, die wir in der alltäglichen Wahrnehmung nicht realisieren. Das Anreichen dieser o.g. Gestaltungsmittel durch die Tanztherapeutin/den Tanztherapeuten ist deshalb wichtiges Instrumentarium in der Tanztherapie um Gestaltungsspielräume, Varianten und damit neue Sicht- bzw. Handlungsweisen zu eröffnen.

Ästhetische Erfahrungen, die sich in der Kunst ergeben, beinhalten unterschiedliche Erfahrungsqualitäten. Sie ermöglichen zum einen Distanz zu Alltagserfahrungen, lassen uns durch Assoziationen unsere gewohnten Wahrnehmungs- und Denkmuster verlassen, zum anderen lassen sie uns Entsprechungen zu unserer geläufigen Welt finden.⁷ In der Tanztherapie beinhaltet das Sensibilisieren für eine begleitende achtsame beschreibende Wahrnehmung während des tänzerischen Gestaltungsmoments die Grundlage für diesen ordnenden, klärenden Moment. Die abschließende verbale Reflexion des Gestaltungsprozesses ergänzt dies.

Dies weist auf einen zweiten wichtigen Aspekt der Kunst hin: Auf ihre Fähigkeit, durch Sinneserfahrung Handlungsspielräume entstehen zu lassen, zu erweitern oder bewusst werden zu lassen. Sowohl in der Kunstrezeption als auch in der künstlerischen Gestaltung lässt uns insbesondere der darin enthaltene spielerische, teils lustvoll neugierige Charakter Neues ausprobieren, Konventionen verlassen und symbolisch „Gewagtes“ oder „Fremdes“ aktiv erproben.⁸ In der Tanztherapie, in der die Bewegung immer gleichzeitige (teils interaktive) Handlung ist, kommt dieser Aspekt der Kunst deutlich zum Tragen. Die damit einhergehende Erweiterung des Erfahrungshorizonts beinhaltet zudem Erweiterung der Gefühlslandschaft: Künstlerische Werke „[...] ermöglichen es uns, Gefühle und Stimmungen zu durchleben, die uns vorher fremd oder nur dunkel bewusst waren oder deren Durchleben „im wirklichen Leben“ mit Risiken und Nachteilen behaftet ist, die wir nicht zu tragen bereit sind.“⁹ So enthält die Kunst das Potential, Probehandlung mit dem dazugehörigen Selbstgefühl zu durchleben, um daraus eine Haltung für sich zu gewinnen sowie die moralische Sicht zu überprüfen, zu erweitern, zu verändern oder zu bestätigen. „Diese Erweiterung der Möglichkeiten der Artikulation individueller Extremzustände und Bedürfnisweisen, die Entwicklung

⁶ Vgl. Scholz 2012, S. 39

⁷ Vgl. Düwell 2012, S.164 f.

⁸ Vgl. Düwell 2012

⁹ Vgl. Scholz 2012, S. 45

neuer Perspektiven auf die Handlungswelt und die Eröffnung eines Freiheitsraums im Verhältnis zur je eigenen Wirklichkeit sind die genuinen Leistungen der ästhetischen Erfahrung.“¹⁰ Dies gilt meines Erachtens sowohl für den Rezipienten als auch für den Künstler selber.

Ein weiterer Wert liegt in dem Moment der Intersubjektivität zwischen künstlerisch Gestaltendem und Rezipienten. Die individuelle Erfahrung innerhalb des künstlerischen Handlungsfreiraums wird durch die äußere Gestaltung für den Betrachter zugänglich und gelangt somit in den öffentlichen Raum. Dies ermöglicht das Realisieren verschiedener Sichtweisen, unterschiedlicher Bedürfnisse, verschiedener Handlungsoptionen, ohne diese Wahrnehmung durch vorherige Wertung einzuschränken. Im besten Falle eröffnet dies Kommunikation, Auseinandersetzung, Interesse und erweitert unser Weltbild und soziales Verständnis. Daraus resultiert ein Überdenken des Status Quo, neue ethische Impulse werden reflektiert und neue moralische Handlungsoptionen angestoßen.¹¹ Dieses Potential kann sich in der tanztherapeutischen Beziehung entfalten.

Diese Darstellung verdeutlicht, dass die künstlerische Annäherung die Auseinandersetzung mit Thematiken, Gedanken, Sichtweisen oder Bedürfnissen ermöglicht und uns darin Erfahrungen sammeln lässt, die uns im realen Lebensalltag verwehrt wären. Daneben weist sie deutlich auf den möglichen Nutzen und Wert des künstlerischen Mediums in der psychotherapeutischen Auseinandersetzung für Erkenntnis- und Entwicklungsprozesse hin, wie sie in den Kreativtherapien enthalten sind.

Die spezielle Wirkkraft der Kunstform Tanz in der Tanztherapie

In der soma-ästhetischen Kunstform Tanz ist der Körper das Instrument der Gestaltung und somit unmittelbar im Ausdruck mit unserer Person und Persönlichkeit verknüpft. Tanz ist die Selbstverkörperung des Kunstwerks, der eigene Körper wird zum Bindeglied zwischen innerer und äußerer Welt. Der unmittelbare Ausdruck durch den Körper stellt nach Eberhard-Kaechele eine Besonderheit innerhalb der Kreativtherapien dar.¹² Das kinästhetische Empfinden und die körperliche Resonanz in der Ausgestaltung von Form, Gestalt und Spannung bergen zudem, dass die emotionale (psychische) Beteiligung an der Gestaltung unmittelbar erlebt wird. Diese Mehrdimensionalität der ästhetischen Erfahrung ist ein großes Potential für die psychotherapeutische Nutzung von Tanz. Die Klientin/der Klient setzt sich gleichzeitig auf verschiedenen Wahrnehmungs- und Erlebensebenen¹³ mit einer Fragestellung auseinander. Dies ermöglicht, dass aus der tänzerischen Gestaltung gewonnene Einsichten oder Erkenntnisse durch gleichzeitige neuronale Aktivität in unterschiedlichen Arealen des Gehirns begleitet werden.¹⁴ Meines Erachtens erklärt sich daraus der oft ausgesprochene Satz „Jetzt habe ich das Gefühl, dass ganz verstanden zu haben“ von Patientinnen/Patienten in der Tanztherapie, der meist von einer den Körper einbeziehenden Geste unterstrichen wird. Meine Klientinnen/Klienten erwähnen in der abschließenden Reflexion ihres Therapieverlaufs diese Momente ganzheitlich erlebter Erkenntnis oftmals als Evidenzerleben für Veränderung und mögliche Entwicklung.

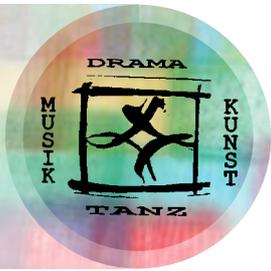
¹⁰ Vgl. Düwell 2012, S. 173

¹¹ Vgl. Düwell 2012; Eberhard-Kaechele 2002

¹² Vgl. Eberhard-Kaechele 2009, S. 44

¹³ Es sind sowohl die geistige/intellektuelle, die körperliche als auch die emotionale Wahrnehmungsebene involviert.

¹⁴ „Ein dialektisch oszillierender Prozess zwischen Wahrnehmung der eigenen Bewegung beim Tanzen und Momenten bewusster Aufmerksamkeit für Ideen, Zielsetzungen oder Pläne (während Improvisation oder Performance), der Veränderungen und Entwicklung ermöglicht, hat auch neurobiologische Entsprechungen: [...]“ (Weber, 2012, S. 142); Vgl. Weber 2012, S. 137ff.



Vor diesem Hintergrund rückt das transformative Potential im Tanz in den Vordergrund. Umwandlungsprozesse, die mit der eigenen Person verbunden sind, sind vor allen Dingen über eigenes körperliches Erleben erfahrbar. Jung (2011) betont, dass die im Tanz enthaltenen unwillkürlichen Momente, die unseren Körper ungeplante Gesten oder Bewegungen gestalten lässt, Erfahrungen beinhalten, die transzendierende Kraft besitzen.¹⁵ In der Tanztherapie wird die Klientin/der Klient unterstützt, die eigene Bewegung sowie die innere Beteiligung achtsam wahrzunehmen und den darin gewonnenen Eindrücken offen zu begegnen, um sie einordnen zu können. So kann er Verständnis für eigene Handlungs- und Gestaltungsmuster erringen und bewusster für sich nutzen bzw. umformen, falls er sie als dysfunktional erlebt hat. Tanz ermöglicht, mit der ganzheitlichen Wahrnehmung im zeitlichen Moment zu sein, dies bezieht sich auf die (sinnliche) Körperbewegung, auf die emotionale Beteiligung sowie auf die begleitenden Assoziationen.¹⁶ Unser Zeitempfinden dehnt sich umso mehr aus, je vielfältiger die Sinneserfahrungen sind, was wiederum die Intensität der Erfahrung verstärkt. Im Tanzen kann der Mensch aus der funktionalen (Handlungs- bzw. Gestaltungs-)Form heraustreten und in ein räumliches, zeitliches, sinnliches Schwelgen eintreten, welches ihn sich unmittelbar spüren und fühlen lässt. Darin enthalten ist die Option, aus dem äußeren und inneren Moment heraus körperzentriert selbstwirksam zu reagieren, was sowohl den Erfahrungshorizont als auch die Handlungsspielräume erweitert und eine neue Selbstwahrnehmung nach sich zieht. Im besten Falle hinterlässt das symbolische Handeln im Tanz durch dessen kinästhetische Resonanz Erinnerungsspuren, die keiner Reproduktion bedürfen.¹⁷

Wird die tänzerische Gestaltung als offene Metapher¹⁸ begriffen, entsteht Raum für individuelle Assoziationen, die durch die eigenen biographischen Erlebnisse befeuert werden. Die Bewegungsmetapher unterstützt in der Tanztherapie einerseits eine auf die Gestaltung bezogene, offen wahrnehmende Haltung und birgt andererseits mit der begleitenden Bewegungsempfindung einen emotionalen persönlichen Bezug auf sie. Das ermöglicht Einordnung, Klärung, Neuorientierung und eventuell Erprobung eines relativierenden Umgangs mit bzw. innerhalb des betrachteten Phänomens. Im gruppentherapeutischen Setting der Tanztherapie ist dieser Aspekt zudem von hohem Wert, da er zur Kommunikation über unterschiedliche, individuelle Wahrnehmungen einer Situation oder Erscheinungsform, z.B. einer Geste, einlädt. Im Austausch können relativierende oder ergänzende Erfahrungen realisiert werden, daraus kann eine offenere und achtsamere Haltung entstehen, sowohl auf sich selbst als auch auf das soziale Gegenüber bezogen.¹⁹

Mit tänzerischer Bewegung können wir unsere Stimmung beeinflussen. Das rhythmische, körperzentrierte Gestalten im Tanz ist gleichzeitig Modulation von Spannungsgraden. Im Tanzen kann daher Spannung reguliert und u.a. überhöhte Spannung kanalisiert werden, was wiederum den affektiven Zustand beeinflusst.²⁰ Ergänzend lädt insbesondere gemeinsames Tanzen dazu ein, freudvoll gemeinsam rhythmisch zu

¹⁵ Vgl. Jung 2011, S. 153ff.

¹⁶ Vgl. Land 2007

¹⁷ Vgl. Land 2013

¹⁸ Statt der Einstufung der tänzerischen Geste als geschlossenes Symbol

¹⁹ Vgl. auch dazu Eberhard-Kaechele 2006

²⁰ Spannungsmodulation und -regulation sind mit Affektmodulation und -regulation verbunden und dementsprechend in verschiedenen Bewegungsanalysen (Kestenberg Movement Profile, Laban-Bewegungsanalyse) zugeordnet (Vgl. Bender 2007; Eberhard-Kaechele 2007)

agieren. Dies beinhaltet neben dem Erleben von Zusammengehörigkeit und sozialer Verbundenheit das Erleben von Vitalität. In der direkten Begegnung in der tänzerischen Gestaltung stimmen wir uns sowohl in der formenden als auch in der rhythmischen Gestaltung kinästhetisch aufeinander ein, welches eine wichtige Grundlage für das Entstehen von Vertrauen und Empathie ist.²¹ Aus dem gemeinschaftlichen tänzerischen Gestalten resultieren folglich Gefühle von Zugehörigkeit, Verbundenheit, Sicherheit und Geborgenheit.

Die kathartische Wirkung, die in Tanz enthalten sein kann und in bestimmten rituellen Tanzformen besonders provoziert wird²², ist durch die im Tanz enthaltene vitale, freudvolle Qualität, wie sie auch Spielen zugrunde liegt, möglich. Daneben werden durch Freude, Neugierde und Angeregt sein in Verbindung mit positiver Körpererfahrung Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht, die nachhaltig erinnert werden. In der Therapie ist eine positive motivationale Erregung Grundvoraussetzung für hormonelle Prozesse, die eine Neurogenese im Sinne eines nachhaltigen Lernens hervorbringen²³. Die tendenzielle zweckfreie Qualität²⁴ des Tanzens, auf die in der Tanztherapie zugegriffen wird, kann für diese motivationale Erregung Vorbereitung bzw. Unterbau sein.

Tanz als künstlerisches Medium in der Therapie/schöpferischer (Frei-)Raum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung

birgt Wachstumspotential durch Exploration und Improvisation

eröffnet offene, neugierige, im besten Sinne wertfreie, forschende Haltung

Ermöglicht Annäherung an emotional herausfordernde Themen über Bewegungsmetaphern

ermöglicht, dass Internalisiertes symbolisch nach Außen gebracht

- es kann ein aktiver Umgang damit stattfinden

ist Frei- und Proberaum und ermöglicht die Verkörperung im "Als-Ob"

- spielerische Annäherungen birgt Leichtigkeit durch unverbindliches Erproben
- ermöglicht Lösen ohne Ohnmacht/Hilfslosigkeit

enthält körperlich sinnliches Spüren und Erleben

- birgt Einordnen von diffusem, verworrenen Erleben und selbstwirksame Auseinandersetzung damit

sensibilisiert für Körperausdruck, Bewegungssprache und Körperresonanz

- eröffnet selbstregulierende Reaktion auf eigene Körpersignale
- eröffnet Selbstregulation innerhalb Beziehungsgestaltung

lässt den Menschen in gemeinschaftlichen Tänzen Verbundenheit und Zugehörigkeit erfahren

Diese Faktoren bilden die Grundlage für das **Transformationspotential des Tanzes** in der Therapie

21 Einstimmen auf den Spannungsfluss-Rhythmus des Gegenübers wird in der Bewegungsanalyse des Kestenberg Movement Profils als Grundlage für Entwicklung von Urvertrauen gesehen; das gegenseitige Anpassen an die Körperform des Anderen als Fundament für das Entstehen von Empathie. (Vgl. Bender 2007; Eberhard-Kaechele 2007)

22 Als Beispiel sei hier der Tanz der Derwische genannt.

23 Vgl. Grawe 2004, S. 429ff.

24 Tanz darf für sich stehen bleiben und sich selber genügen. (Vgl. Jung 2011; Land 2013), „Die signifikante Wirkung des Tanzes ist deshalb einzigartig, weil sie keine eindeutigen Signifikate verkörpert.“ (Land 2013, S. 102)



Der künstlerische Freiraum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung

Der im vorherigen Abschnitt beschriebene Freiraum ist, wie jeder andere Freiraum, eröffnend und kann gleichzeitig stark verunsichern. Insbesondere die im Tanz enthaltene Unmittelbarkeit in Ausdruck und Erleben stellt in der Tanztherapie sowohl eine Chance als auch Herausforderung dar. Alleine das Wort „Tanz“ löst bei vielen Patientinnen/Patienten Unsicherheit, unterschwellige Scham, Sorgen und Ängste aus, was u.a. zunächst zu Rückzug, Abwehr oder Widerstand in der Therapie führen kann. Insbesondere die Klientinnen/Klienten, die sehr intellektuell ausgerichtet leben und geprägt wurden, erkennen ihren Körper nur als einen Teil von sich an, der in ihrem willkürlichen Sinne zu funktionieren hat. Verweigert der Körper und Organismus vermehrt den Dienst, was oft eine Begleiterscheinung psychischer Belastung und Erkrankung ist, wirkt dies zutiefst verunsichernd und bestärkt das Bild des schwachen Körpers, den es zu disziplinieren gilt.

Die Folge ist häufig Entwertung des eigenen Körpers, Negieren körperlicher Resonanz oder Signale sowie Intellektualisierung: Symptome, die oft zu Beginn einer klinischen psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung im tanztherapeutischen Setting im Vordergrund stehen. Die Eroberung einer zugewandten, sinnlichen, erspürenden Haltung gegenüber sich selbst, darin enthalten gegenüber der Körper- und Bewegungsebene, stellt oftmals für Patientinnen/Patienten zunächst eine Überforderung dar, ist jedoch gleichzeitig Auftrag der Tanztherapie innerhalb des multimodalen klinischen Behandlungssettings.

Um diesem Dilemma zu begegnen, steht zu Beginn der Behandlung der Gewinn von Sicherheit und Vertrauen, sowohl in das Setting als auch in die therapeutische Beziehung im Vordergrund. Grundbedingung hierfür ist, zunächst ein gemeinsames Verständnis für die Hintergründe der Ängste und des Widerstands zu gewinnen und diesen als Therapeutin/Therapeut akzeptierend und annehmend zu begegnen²⁵.

Ergänzend wird das psychoedukative Vermitteln theoretischer Hintergründe für die tanztherapeutische Vorgehensweise von Klientinnen/Klienten immer wieder als hilfreich und sicherheitsbildend erlebt. Zum einen fühlen sich die Patientinnen/Patienten mit ihrem Bedürfnis nach intellektuellem Begreifen ernstgenommen, zum anderen werden die Interventionen und die Vorgehensweise in der Tanztherapie für sie nachvollziehbarer und verständlicher. Ein verlässliches Setting, der Einsatz von Materialien sowie fest strukturierte Interventionen brechen zudem die Unmittelbarkeit im Ausdruck und Erleben im Tanz. Das erleichtert einen Einstieg in die Therapie und ermöglicht die Annäherung an Tanz; die feste äußere Struktur ist zusätzlich Schutz vor dem befürchteten Kontrollverlust. Erleben die Patientinnen/Patienten, dass ihnen diese sicherheitsgebenden Aspekte zur Verfügung gestellt werden²⁶, kann zumeist nach und nach mehr explorierend auf das tänzerische Bewegungsangebot zugegriffen werden. Gestaltungsspielräume werden dann zunehmend individuell ausgestaltet und Improvisation vermehrt in die Gestaltung integriert²⁷.

25 Das therapeutische Würdigen der Ängste vor Kontrollverlust als Schutzprinzip des psychischen Systems vor erneuter, überfordernder Verletzung, Beschämung oder Hilflosigkeit birgt meist eine große Entlastung für die Patientin/den Patienten. In meiner therapeutischen Praxis ist dies oftmals der erste Schritt in eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung.

26 Dazu gehört außerdem das Angebot, sich bei Überforderung aus dem aktiven Geschehen zurückzuziehen und Pausen zu gestalten.

27 Vgl. Scherholz 2015, S. 108. Hier wird genauer ausgeführt, welche Faktoren zum Entstehen von Sicherheit und Vertrauen beitragen und relativierende Bindungserfahrung ermöglichen.

Die Momente der Exploration und Improvisation, die teilweise nur Bruchteile einer tänzerischen Gestaltung einnehmen können, sind das Fundament für Bewusstwerdung und Entwicklung in der Tanztherapie. Sie bilden das Fenster für das Verlassen der funktionalen Form und eröffnen erlebniszentrierte Momente, die mit zunehmendem Selbstwirksamkeitserleben zu einem räumlichen, zeitlichen Schwelgen einladen. Die teils spontane, spielerische, sinnliche Annäherung, in der ein unmittelbares Erleben enthalten ist, ermöglicht aus dem Moment und der eigenen körperlichen Resonanz heraus zu entdecken, zu agieren bzw. zu reagieren. Die darin entdeckten Variablen von Handlungs- und Bewegungsmustern, von Wahrnehmungs- und Erlebnismustern sind Orientierungspunkte um eigene Dynamiken zu verstehen. Zudem schaffen sie Raum für Veränderung und sind Motor für Entwicklung sowie ggf. für das Infragestellen und Revidieren alter Glaubenssätze. Interaktive, tänzerische Improvisationen, insbesondere zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut, bilden ein Wachstumspotential, da in ihnen Spiegelungsprozesse enthalten sind, die positive Bindungserfahrung ermöglichen. Diese Spiegelungsprozesse, das Einstimmen und Anpassen an Spannungsfluss und Körperform, sind Grundvoraussetzung für eine sichere, vertraute therapeutische Beziehung und damit Fundament für kreative Exploration und Affektregulation²⁸. Die in interaktiven Improvisationen enthaltenen ästhetischen Antworten seitens der Therapeutin/des Therapeuten bieten zudem die Erfahrung von Intersubjektivität. Der wechselnde Prozess des sich Zeigens mittels einer Darstellung hin zum Wahrnehmen und Einstimmen auf die ästhetische Antwort des Gegenübers ermöglicht das Realisieren und Anerkennen unterschiedlicher Perspektiven. Aus der Auseinandersetzung mit den neuen Perspektiven erwächst eine Erweiterung des Erfahrungshorizonts sowie die Erfahrung, dass auch bei unterschiedlichen Perspektiven Empathie und Bezogenheit in Beziehung existieren kann²⁹.



28 Hierin können Spannungsregulation und Nähe-Distanz-Regulierung neu erprobt und Selbstregulation innerhalb der therapeutischen Beziehung entdeckt bzw. erobert werden. (Vgl. Scherholz 2015; 2016)

29 Vgl. Eberhard-Kaechele 2002



Tanztherapeutische Haltung und Interventionen für die Entstehung des künstlerischen Freiraums

Künstlerische Improvisation (Skizze) beinhaltet

- eine offene Fragestellung bis hin zu „Ich weiß nicht.“
- das Erproben und sinnliche Suchen nach Variationen
- die innere Erlaubnis, sich auf den Weg zu begeben, ohne eine fertige Antwort finden zu müssen
- Probieren, Verwerfen oder Gutheißen und Weiterverfolgen
- Neugierde
- angenehm herausforderndes Angeregensein
- das Vergnügen zu forschen

Übernimmt die Tanztherapeutin/der Tanztherapeut diese o.g. Aspekte in die eigene Haltung gegenüber den kreativen Schöpfungen seiner Klientinnen/Klienten, entsteht ein Freiraum in der Tanztherapie, der ihn unvoreingenommen, neugierig und interessiert der Patientin/dem Patienten und deren/dessen kreativen Gestaltungen begegnen lässt. Als Therapeutin/Therapeut zu beschreiben und nicht zu interpretieren, ist unabdingbares Handwerkszeug sowohl für die eigene differenzierte Beobachtung als auch für das Aufrechterhalten eines Freiraums für die Patientinnen/Patienten³⁰. In diesem unbelegten Entfaltungsraum kann die Patientin/der Patient seine eigene Erkenntnis erringen, kommunizieren und in ein gleichberechtigtes dialogisches soma-ästhetisches Geschehen mit der Therapeutin/dem Therapeuten oder anderen Gruppenteilnehmern eintreten³¹. Innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung kann der kreative Explorations-Raum somit sowohl Selbstbezogenheit als auch soziale Bezogenheit beinhalten und bewirkt die Unabhängigkeit der Patientin/des Patienten bei gleichzeitig bestehender Bindung in der therapeutischen Beziehung. Dieser künstlerische geprägte Entwicklungsfreiraum, der in jedem tanztherapeutischen Gestaltungsmoment enthalten sein kann, wird durch bestimmte Interventionen als auch durch die therapeutische Haltung eröffnet und angeboten.

Interventionen für einen künstlerischen Explorationsraum in der Tanztherapie

- Angebot eines verlässlichen Setting (Einhalten von Zeitrahmen, Einhalten und Vertreten von Regeln)
- Interventionen, in denen wahlweise die Freiräume oder die angebotene Struktur genutzt werden kann
- Eigene oder bei der Patientin/dem Patienten wahrgenommene Assoziationen und Metaphern zur Verfügung stellen
- Eröffnende Fragen stellen
- Inspirierende Materialien zur Verfügung stellen
- Orientierung an der Fragestellung der Patientin/des Patienten für das Interventionsangebot
- Interventionen, die Wahlmöglichkeit bieten
- humorvolle, freudvolle und spielerische Angebote

³⁰ Gleichzeitig ermöglicht diese offene, empathische, wertfreie Haltung, die durch Feinfühligkeit, Achtsamkeit, Empathiefähigkeit, Affektregulation, Respekt, Anerkennung von Individualität geprägt ist, einen adäquaten Entwicklungsraum für die Klientin/den Klienten; ähnlich wie im frühkindlichen Bindungsgeschehen zwischen primärer Bezugsperson und Kind (Vgl. Rass, S. 39f.)

³¹ Eine Abstinenz von eigenem künstlerischen Interesse seitens der Tanztherapeutin/des Tanztherapeuten ist hierbei unabdingbar.

- Schattenbewegungen spiegeln und zur Verfügung stellen
- Offene, unbelegte Zeit zur Verfügung stellen
- Gestaltungsideen der Teilnehmenden aufgreifen, teils verbal, teils in der Bewegung spiegelnd
- strukturiertes Anbieten des Als-ob-Modus z.B. in Form von Rollenspielen
- Interventionen anbieten, die klären, wie Wiederholen, Kontrastieren, Verstärken,



Generalisieren oder Spezifizieren³²

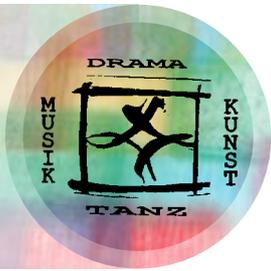
- Halten des therapeutischen Triangels „Atmen – Spüren – Bewegen“ nach C. Caldwell³³
- funktional ausgerichtete Interventionen für Bewusstwerdung des Körperselbst, wie Anregung der Gelenkverbindungen, Atemfluss, Anreichen der Körperverbindungen nach I. Bartenieff etc.

Faktoren der therapeutischen Haltung für die Bildung eines künstlerischen Explorationsraums in der Tanztherapie

- Neugierde, Interesse und Wertschätzung an der Person, der kreativen Gestaltung und individuellen Erkenntnis der Patientin/des Patienten
- Abstinenz von eigenem künstlerischen Interesse
- Aufrechterhalten von Gleichberechtigung in schöpferischen interaktiven Prozessen
- Achtsame, beschreibende Haltung – die eigene Wahrnehmung als individuell empfundene Wahrnehmung zur Verfügung stellen
- Annehmende, akzeptierende Haltung gegenüber der Beschreibung/Wahrnehmung der Patientin/des Patienten
- humorvolle Haltung
- dem Augenblick Aufmerksamkeit schenken ermöglicht bewusste Wahrnehmung der Gegenwart und des im Moment erlebten Potentials
- Koregulation von Spannung
- Orientierung am Sicherheitsbedürfnis der Patientin/des Patienten

³² Entnommen aus der Methode des „Moving Cycle“ nach C. Caldwell, vgl. Caldwell 2013

³³ Vgl. Caldwell 1997; 2013



Zum Abschluss meiner Ausführungen, möchte ich als **Praxisbeispiel** die tanztherapeutische Intervention vorstellen, die ich zu Beginn meines Workshops als aktiven Einstieg angeboten habe. Die Vorgehensweise war aus meiner klinischen Arbeit entlehnt und könnte so ähnlich sowohl im psychiatrischen als auch psychosomatischen Setting angeboten werden.

Der Einstieg bildete, begleitet durch Musik, eine Einladung zum Gehen durch den Raum, zeitgleich wurde ein Recken und Strecken angereicht, was zu einer Vertiefung der Atmung, Aktivierung der Körperverbindungen und damit zu einer verbesserten (Körper-)Selbstwahrnehmung führte. Ich lenkte den Fokus auf die vorhandenen Spannungsgrade im Körper, in dem ich erfragte, in welchen Bereichen des Körpers zu hohe Spannung spürbar ist und gelöst werden möchte und wo Spannung aufgebaut werden möchte und welche Bewegungen dabei unterstützen. Meine Aufmerksamkeit war offen für die Gestaltungen im Raum, sodass ich immer wieder die eine oder andere Bewegung oder Qualität, die kreierte wurde, aufgreifen und in meine verbalen Interventionen mit einbeziehen konnte. Nachdem die Konzentration der Teilnehmer zunehmend auf die eigene Bewegung gerichtet war, lud ich dazu ein, parallel den äußeren Raum wahrzunehmen (Lichtverhältnisse, Raumstruktur, Bodenbeschaffenheit, andere Menschen im Raum etc.). Zunehmend wurden individuelle Tempi als auch gestaltete Raumlinien sichtbar, was ich wiederum in Worten als möglichen bewussten Bezugsrahmen zur Verfügung stellte. Zeitliche und räumliche Bezüge wurden darüber klarer in der Gestaltung, teilweise auch bewusster variiert. Während der gesamten Intervention wurde in regelmäßigen Abständen von mir der Atemfluss benannt, die Wahrnehmung des Atmens oder das Aufgreifen einiger tiefer Atemzüge zur Verfügung gestellt. Um den Bezug zum Körper selbst zu vertiefen, ohne den Bezug zur Außenwelt zu verlieren, stellte ich den Fokus auf den Bodenkontakt zur Verfügung, u.a. mit den Fragen: Wie drücken sich die Füße vom Boden ab oder setzen sich auf den Boden? Wie spüren die Füße den Boden, welche Spuren würden sie hinterlassen? Wie balancieren die Füße das Gewicht aus? Unterschiedlich wurden meine Anregungen aufgegriffen, und es entwickelten sich individuelle kreative Tänze, in denen die Füße Ausgangspunkt der Orientierung an sich selbst und im Raum waren. Um des Weiteren den Körperinnenraum anzuregen und Körperverbundenheit zu aktivieren, lenkte ich die Aufmerksamkeit nach und nach auf die an der Bewegung involvierten Gelenke, u.a. mit den Fragen: Wie steigt die Bewegung der Füße in den Körper auf, wie begleitet die Wirbelsäule, die Armgelenke etc. die Bewegung? Dabei griff ich immer wieder verbal oder im Tanz spiegelnd, Bewegungen der Teilnehmer auf. Es entstanden zunehmend individuell sehr unterschiedliche Tänze, die teils ruhig und auf der Stelle, teils raumgreifend und vital waren.

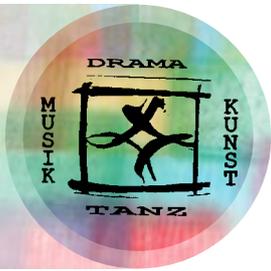
Meine Angebote orientierten sich nun sehr an dem, was ich an Bewegungsqualitäten im Raum wahrnahm, dieses spiegelnde Aufgreifen bestärkte den jeweiligen Urheber der Bewegung und ließ dessen Bewegungsabläufe meist noch deutlicher in ihrer Qualität werden. Gleichzeitig wurden so die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten dem sozialen Raum zur Verfügung gestellt. Dergestalt entstand auch die Anregung wahrzunehmen, wie der Körper mit seiner Bewegung den körpereigenen Umraum füllt und nutzt, welches einen bewussteren Raumbezug für alle Teilnehmer eröffnete. Fortwährend lenkte ich in Intervallen die Aufmerksamkeit auf begleitende Assoziationen, Worte oder Empfindungen.

Zur Klärung des eigenen schöpferischen Gestaltungsprozesses bot ich dann die Gestaltung des Gegensatzes, die Vergrößerung oder Verkleinerung an. Darin wurden von den Teilnehmenden Varianten erkundet und bewusst Entscheidungen für oder gegen bestimmte Aspekte gefällt. Nochmals veränderten sich die tänzerischen Gestaltungen und verdichteten sich in ihrer Qualität, gewannen an Klarheit. Zum Abschluss regte ich an, den Bewegungsideen zu folgen, die den eigenen Bewegungszyklus abrunden, um dann allmählich, dem eigenen Tempo folgend, die äußere Bewegung zur Ruhe kommen zu lassen. Die Gestaltung mehrerer tiefer Atemzüge und eines Reckens und Streckens begleitete das „Wiederauftauchen“. Hierbei bat ich, den eigenen Körper nochmals bewusst wahrzunehmen sowie den Kontakt zum Boden zu realisieren. Ich lenkte abschließend die Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung der momentanen Präsenz (auf sich und auf den äußeren Raum bezogen) und ermunterte dazu, diese für sich innerlich zu beschreiben sowie nochmals die begleitenden Assoziationen, Bilder, Gedanken, Worte zu erinnern. Aus einem anfänglichen Gehen im Raum waren individuell sehr unterschiedliche Tänze entstanden, denen schöpferische Gestaltungsprozesse zugrunde lagen.

Die Fragestellung, ob in dieser „Ankommenssequenz“ ein künstlerischer Ansatz, eine künstlerische Vorgehensweise enthalten war, ob die entstandenen Bewegungsabläufe mit Tanzkunst in Verbindung standen, war Ausgangspunkt des folgenden inhaltlichen Diskurses. Zunächst wurde dies eher verneint. Ankommen, Wachwerden, Selbstfürsorge, Abbau von Spannung hätten im Vordergrund gestanden. Bei der genaueren Reflexion des eigenen Involviertseins und der eigenen Wahrnehmungsprozesse während der Gestaltung wurden zunehmend die Zusammenhänge zur künstlerischen Qualität deutlich. Das Sammeln und Benennen der individuellen Erlebensqualitäten sowie der eigenen Wahrnehmung während der Improvisation zeigte, entgegen der ersten Annahmen, deutlich, dass diese einfache Intervention künstlerische Gestaltungsdimension barg.

Die im Workshop entstandene Auflistung der Eindrücke der Teilnehmenden unterstreicht dies:

- Veränderte Körperwahrnehmung
- Auftauchen eines Themas
- Wachstum
- Suchen und Finden
- Dynamik – Veränderung
- Gegensätzliches miteinander verbinden
- Verbindung
- Durch Loslassen entsteht Kreativität
- (Frei-)Raum ergründen und spüren
- Verbindung des inneren Raums mit dem äußeren Raum
- Erwartungsfreier Raum – erspürende Qualität
- Raumpräsenz durch innere Wahrnehmung
- schöpferischer Prozess
- Innerlich, sinnliche Prozesse



Das unterstreicht meine Überzeugung, dass auch sehr einfache, nicht künstlerisch erscheinende Interventionen, wie eine schlichte Aufwärm- oder Ankommübung, Potential für kreative künstlerische Improvisationsprozesse bietet. Wichtig ist hierfür die eröffnende, jedoch nicht erwartende Haltung der Tanztherapeutin/des Tanztherapeuten, die sich am Bewegungsmaterial und am Spannungs- und Formenfluss der Patientinnen und Patienten orientiert und im Sinne eines angemessenen Bindungsangebots sowohl haltgebende Strukturen als auch Spielräume für Exploration anbietet. So kann diese wertvolle dritte Größe auch für die Patientinnen/Patienten in der Tanztherapie entstehen, die sich nicht zutrauen, kreativ zu sein, zu tanzen oder Sorge vor Kontrollverlust haben.

Literatur

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

Caldwell, C. (1997). Hol dir deinen Körper zurück. Bielefeld: Kamphausen Verlag

Caldwell, C. (2013). Moving Cycle Training. Phase One. March 2013. Berlin. Unveröffentlichte Unterrichtsmaterialien

Düwell, M. (2012). Neue Pfade im Dickicht der Lebenswelt. Bedarf die Moral der spielerischen Kraft ästhetischer Erfahrung? In B. Kleimann & R. Schmücker (Hrsg.), Wozu Kunst? Die Frage nach ihrer Funktion. (S. 158–175). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Eberhard-Kaechele, M. (2002). Ästhetische Antworten: Kunst-basierte Medizin > Kunst-basierte Reflexion > Kunst-basierte Forschung?. In P. Petersen (Hrsg.), Forschungsmethoden künstlerischer Therapien (S. 250–270). Stuttgart: Mayer.

Eberhard-Kaechele, M. (2006). Gestaltung der Bewegtheit mit Metapher in der Tanz- und Ausdruckstherapie. Material zu einer Übung bei den Lindauer Psychotherapiewochen April 2006. Unveröffentlichtes Handout

Eberhard-Kaechele, M. (2007). Tabellarische Arbeitshilfen zur Diagnostik und Interventionsplanung mit dem KMP. In S.C. Koch & S. Bender (Hrsg.), Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenberg (S. 65–85). Berlin: Logos

Eberhard-Kaechele, M. (2009). Einordnung der Tanztherapie in die medizinische Landschaft. In Langen Institut (Hrsg.). Tanz und Therapie im Wandel (S. 31–52). Düsseldorf: Langen-Institut

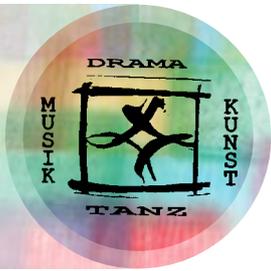
Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Kleimann, B., Schmücker, R. (2012). Vorwort. In B. Kleimann & R. Schmücker (Hrsg.), Wozu Kunst? Die Frage nach ihrer Funktion. (S. 7–12). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Kleimann, B. (2012). Erfülltes Interesse. Worin der Reiz der Kunst besteht. In B. Kleimann & R. Schmücker (Hrsg.), Wozu Kunst? Die Frage nach ihrer Funktion. (S. 68–87). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Junge, A. (2011). Tanzekstase und Transformation. Die Eigendynamik des Tanzes als Transformation der Wirklichkeit. In J. Birringer & J. Fenger (Hrsg.), Tanz und WahnSinn. Dance and ChoreoMania. Tanzforschung 2011. Jahrbuch Tanzforschung Bd. 21 (S. 151–165). Leipzig: Henschel

V. Laban, R. (1996). Die Kunst der Bewegung (2. Aufl). Wilhelmshaven: Florian Noetzel GmbH, Verlag der Heinrichhofen-Bücher



V. Laban, R. (2001). Der moderne Ausdruckstanz (8. Aufl.). Wilhelmshaven: Florian Noetzel GmbH, Verlag der Heinrichhofen-Bücher

Land, R. (2007). Tanzen kann, wer die Uhr vergisst. In Jahrbuch Kulturpädagogik der Akademie Remscheid (S. 20–26). Remscheid: Akademie Remscheid

Land, R. (2013). Die narrative Unvorhersehbarkeit des Tanzes. In Jahrbuch Kulturpädagogik der Akademie Remscheid (S. 97–109). Remscheid: Akademie Remscheid

Peter-Bolaender, M. (1992). Tanz und Imagination. Verwirklichung des Selbst im künstlerischen und pädagogisch-therapeutischen Prozeß. Paderborn: Junfermann.

Rass, E. (2012). Bindung und Sicherheit im Lebenslauf. Psychodynamische Entwicklungspsychologie. (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta

Siouzouli, N. (2011). Die Spaltung im Blick. Krise und ihre Aufhebung in der Arbeit Laurent Chétouanes. In J. Birringer & J. Fenger (Hrsg.), Tanz und WahnSinn. Dance and ChoreoMania. Tanzforschung 2011. Jahrbuch Tanzforschung Bd. 21 (S. 211–222). Leipzig: Henschel

Schmücker, R. (2012). Funktion der Kunst. In B. Kleimann & R. Schmücker (Hrsg.), Wozu Kunst? Die Frage nach ihrer Funktion. (S. 13–33). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Scholz, O.R. (2012). Kunst, Erkenntnis und Verstehen. Eine Verteidigung einer kognitivistischen Ästhetik. In B. Kleimann & R. Schmücker (Hrsg.), Wozu Kunst? Die Frage nach ihrer Funktion. (S. 34–48). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Scherholz, A. (2015). Interaktionelles Handeln – Bindungsrelevantes Verhalten. In Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Tagungsband. KreativtherapieTage 2013 (S. 93–110). Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Kreativtherapien. Köln: Landschaftsverband Rheinland

Scherholz, A. (2016). Beziehung positiv erleben - Bindungsorientierte Tanz- und Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Deimel & T. Thimme; Deutsche Sporthochschule Köln (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaften (38). Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (S. 187–205). Sankt Augustin: Academia.

Schwan, A. (2011). Tanz, Wahnsinn und Gesetz. Eine kritische relecture von Pierre Legendre und Daniel Sibony. In J. Birringer & J. Fenger (Hrsg.), Tanz und WahnSinn. Dance and ChoreoMania. Tanzforschung 2011. Jahrbuch Tanzforschung Bd. 21 (S. 111–119). Leipzig: Henschel

Stöckemann, P. (2001). Etwas ganz Neues muss entstehen. Kurt Joos und das Tanztheater. München: K. Kieser

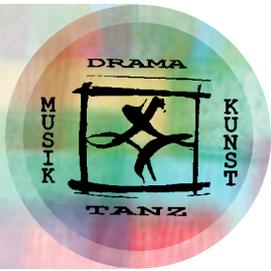
Terberger, T. (1998). Die Siedlungsbefunde des Magdalénien-Fundplatzes Gönnersdorf:

Konzentrationen III und IV (Römisch-Germanische Kommission des Deutschen Archäologischen Instituts zu Frankfurt a.M.). Stuttgart: Franz Steiner

Weber, A. (2012). Tanz als Therapie und Therapie für Tänzer: Impulse aus Neurowissenschaft und Psychotherapieforschung. In J. Birringer & J. Fenger (Hrsg.), Tanz und WahnSinn. Dance and ChoreoMania. Tanzforschung 2011. Jahrbuch Tanzforschung Bd. 21 (S. 131–150). Leipzig: Henschel

Weickmann, D. (2012). TANZ. Die Muttersprache des Menschen. München: Herbig

Willke, E. (2007). Tanztherapie: Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Huber



Workshop „Kunsttherapeutische Identitätsarbeit“

Juliane Melches



Dipl.-Psychologin (Heilpraktikerin für Psychotherapie), Dipl.-Kunsttherapeutin, Studium der Freien Kunst

Berufliche Stationen:

Tätigkeit als Psychologin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm.

Initiierung eines kunsttherapeutischen Projekts bei der NGO „For the children of Kosova“ in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und der Steffi Graf Stiftung „Children for tomorrow“.

Wiss. Mitarbeit im Aufbaustudiengang KunstTherapie, Hochschule für Bildende Künste Dresden (WS 2013/2014, Vertretung der Studiengangsleitung Prof. Doris Titzel).

Aktuell:

angestellt als Psychologin in der Jugendforensik im Sächsischen Krankenhaus Arnsdorf, selbstständig als Kunsttherapeutin in eigener Praxis, sowie wiss. Mitarbeit im Deutschen Fachverband für Kunst und Gestaltungstherapie (DfKGT) und Dozentin, freischaffende Künstlerin.

Die Themen „Wer bin ich“ und „Wie möchte ich sein“ sind von jeher Teil einer Psychotherapie. Gegenwärtig sehen wir uns als Therapeutinnen/Therapeuten in einer Gesellschaft des beschleunigten Wandels und der Vielfalt an Lebensformen und Möglichkeiten noch verstärkt mit diesem Themenkomplex konfrontiert. Es sind längst nicht nur die Adoleszenten, die auf der Suche nach sich selbst sind. Es sind auch die vielfältig Begabten, die für sich immer wieder neue Optionen entdecken. Oder Menschen mit Migrations-



erfahrung, die versuchen, sich in mehreren Kulturen einzurichten. Bis hin zu jenen, die nomadenartig immer weiter ziehen, um z.B. beruflichen Angeboten nachzugehen.

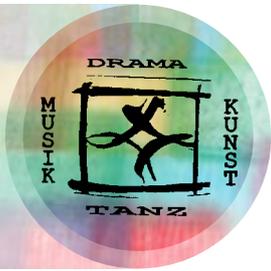
Welche Chancen bieten sich den Menschen und vor welche Herausforderungen sind sie gestellt? Wie lassen sich die Kompetenzen formulieren, die der Einzelne braucht, um sich selbst zu erkennen und sich nicht im Strudel der Möglichkeiten zu verlieren? Diese Fragen und mögliche Antworten wurden im theoretischen Teil besprochen.

Praktische Gestaltung:

In einer praktischen Übung gestalteten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Selbstbilder. Dazu wurden Kopf- und Gangkörperumrisse in diversen Größen und Formen als möglicher Ausgangspunkt für die Gestaltung bereitgehalten. Das Material konnte als Schablone, als Malgrund oder als Collagenmaterial verwendet und mit einer breiten Auswahl an Mal- und Zeichenmaterialien kombiniert werden.

Reflexion, Diskussion und Herstellung von Praxisbezügen:

In der Reflexionsrunde wurden die entstandenen Arbeiten gemeinsam betrachtet und besprochen. Dabei flossen neben biographischen Aspekten konkrete Erfahrungen aus dem Gestaltungsprozess und mit dem angebotenen Material ein, sowie Überlegungen zum Praxisbezug für die Kunsttherapie. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden Erfahrungen aus der eigenen kunsttherapeutischen Arbeit eingebracht und gemeinsam Bezüge zum theoretischen Teil des Seminars hergestellt.



Anmerkung des LVR-Fachforum Kreativtherapie:

Unser besonderer Dank gilt Frau Melches, die kurzfristig den krankheitsbedingten Ausfall von Frau Prof. Titze kompensiert hat.



Abendveranstaltung im „Unperfekthaus“, Essen









Wissenschaftliche Posterpräsentationen



v.l.n.r. Eva Terbuyken-Röhm, Katja Mergheim, Kirsten Wolschina

Experiencing beauty.

Der heilende Faktor ästhetischer Erfahrung in den künstlerischen Therapien und seine Relevanz bei Parkinson

Katja Mergheim & Sabine Koch, Tanz- und Bewegungstherapie

Einführung

Der heilende Faktor ästhetischer Erfahrung in den künstlerischen Therapien, sein Wesen und seine Wirkungen wurden anhand der wissenschaftlichen Literatur sowie der Ergebnisse empirischer Forschung aus den Embodiment-Ansätzen, der Phänomenologie, der Neurobiologie, der tanztherapeutischen Bewegungsanalyse sowie den künstlerischen Therapien untersucht. Dabei wurde die ästhetische Erfahrung durch ein Objekt, durch Art-Making sowie mittels Imagination betrachtet. Die zu erwartende Relevanz ästhetischer Erfahrung bei Morbus Parkinson wurde aufgrund der Ergebnisse herausgearbeitet.

Das Wesen der ästhetischen Erfahrung

- Ästhetik als Wissenschaft von der sinnlichen Erfahrung / sinnl. Erkenntnis (Baumgarten)¹
- Ein Moment von Betroffenheit, der uns zutiefst berührt und ein Gefühl des tiefen Verstehens, der Nähe und des Glücks auslöst
- durch Objekt, art-making, Imagination, "als ob"
- Wahrnehmung; Spiegelneuronen-Theorie²

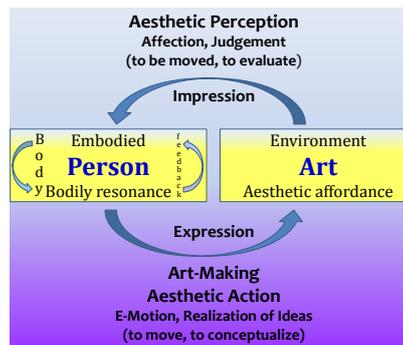
Die Wirkung ästhetischer Erfahrung

Wohlgefühl	Lust	Aufmerksamkeit	Motorik
Entspannung	Pleasure	samkeit	Sprache
Innere Ruhe	Neuro-	Kommuni-	Vegetative
Zeitwahr-	transmitter	kation	Nervensystem
nehmung	Motivation	Selbstwirk-	Schönheit
Widening	Antrieb	samkeit	des Körpers
Freier Fluss	Kreativität	Erkenntnis	Einheit von
Hingebend	Emotion	Spiritualität	Körper und Geist
Leichtigkeit	Gefühl		Zirkularität
Niedrige			Geist-Leib-
Intensität			Umwelt

Erwartete Relevanz bei Parkinson

Abnahme	Steigerung
Rigidität, Tremor, Akinese	Aufmerksamkeitsmodulation
Gebundener Fluss, Anspannung	Wohlgefühl, Entspannung, freier Fluss
Dopaminmangel	Dopaminproduktion, Lust, Antrieb, pleasure, Glücksgefühle, Motivation, Kreativität, Selbstwirksamkeit
Vegetative Magen-/ Darm-/Kreislaufprobleme	Emotionsausdruck, nonverbale Kommunikation, Mimik
Maskengesicht	Ausgleich des vegetativen Nervensystems
Emotionale Ausdruckslosigkeit	Motorik, Sprache, Schrift
Motorik, Sprach-, Schreibschwierigkeiten	Integration des Körpers, Einheit von Körper und Geist
Sozialer Rückzug	Erkenntnis und Spiritualität
Depression, Angst	Soziale Interaktion und Aktivität
Schlafprobleme	Zirkularität Leib-Geist-Umwelt

Model of Embodied Aesthetic



„Model of Embodied Aesthetics including the Perception and action side of aesthetics.“ (Koch, 2015)³

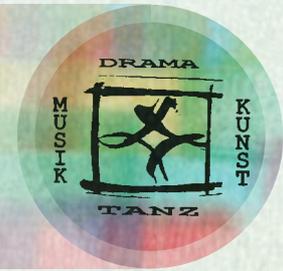
Resultierende Forschungsfragen im Bereich der Künstlerischen Therapien (KüTh)

- Evidenz der empirischen Überprüfung der Ergebnisse
- Erforschung weiterer heilender Faktoren der KüTh und Entwicklung eines Wirkfaktorenmodells
- Erforschung des Art-Making in den KüTh
- Erforschung der Verbindung der KüTh zu Embodiment, Phänomenologie und Neurobiologie
- Biopsychosoziales Krankheitsmodell für Parkinson

Literatur:

1. Allesch, C.G. (2009) Gleichgewichtssinn, Balance und Ästhetik. In R. Schönhammer (Hrsg.), *Körper, Dinge und Bewegung: Der Gleichgewichtssinn in materieller Kultur und Ästhetik*, 243-250. Wien: Facultas.
2. Freedberg, D. & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience, *Trends in cognitive science*, Vol. 11, No.5. Else vier. doi: 10.1016/tics.2007.02.003
3. Koch, S. (2015). *Arts and Health. Active Factors and a framework of embodied aesthetics*. Unpubl. manuscript.

Kontakt: katja.mergheim@gmx.de



Narzissmus in der Musiktherapie. Der narzisstische Musikgenuss in der Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen.

Thema der Promotion Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster von Eva Tribusken-Röhm, Musiktherapeutin LVR-Klinik Versen, betreut von Prof. Dr. R. Töpfer
Posterpräsentation Kreativtherapiepage 2015



Fragestellung

- Wie zeigt sich Narzissmus in der Musiktherapie und wie definiere ich narzisstischen Musikgenuss?
- Wie zeigen sich narzisstische Übertragungsformen musikalisch?
- Inwiefern werden Wirkweisen des narzisstischen Musikgenusses in der Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen sichtbar und therapeutisch eingesetzt?
- Inwiefern hat der narzisstische Musikgenuss und das offene Konzept der Musiktherapie auf geschlossenen Stationen einen positiven Einfluss auf die Atmosphäre der Station?

Hintergrund

Narzissmusstheorie von Heinz Kohut

- Narzissmus ist die „jährlöse Besetzung des eigenen Selbst“ (Kohut 1966, S. 96). Er ist weder pathologisch noch unerwünscht. Vielmehr gilt es, die Bedürfnisse des Patienten in der Musiktherapie in Rahmen der Therapie zu ordnen und in die Persönlichkeit zu integrieren.

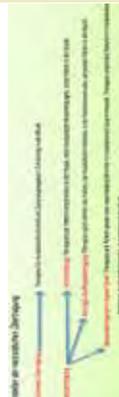
Narzisstische Entwicklung und narzisstische Traumata

- narzisstischen Entwicklungsfähigkeiten:
 - *Größerselbst (ich bin perfekt)*
 - *idealisierende Elternimage (Du bist perfekt und ich bin ein Teil von dir)*.

Bei Selbstobjekttraumata keine Integration in die Persönlichkeit
 Folge: eingeschränkte Identisierung und Ich ohne Selbstwertgefühl

Literatur:
 Kohut, Heinz (1966) Formen und Funktionen des Narzissmus. In: Psyche, Band 20, Heft 6, S. 96-106, Stuttgart, Klett.
 Nachdruck: Frankfurt, Verlag der Fachvermittlung für Psychotherapie.
 Kohut, Heinz (1966) Narzissmus. Eine Theorie der psychodynamischen Behandlung nach der neu entwickelten Konzeption.
 Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Therapeutische Behandlung nach Kohut in der MT



Diskussionen für die Musiktherapie:
 für Klienten und Therapeuten gleichermaßen
 • Was ist die Funktion des Selbstobjekts in der Musiktherapie?
 • Wie wird das Selbstobjekt in der Musiktherapie eingesetzt?
 • Welche Rolle spielt das Selbstobjekt in der Musiktherapie?
 • Wie wird das Selbstobjekt in der Musiktherapie eingesetzt?



Musiktherapie in der geschlossenen Psychiatrie

- Das Angebot richtet sich an akut psychiatrische Patienten.
- Die Teilnahme ist frei. Patienten kommen und gehen nach Belieben.
- Offenes Setting im Tagesraum der Station. Das Stationsgeschehen geht normal weiter.
- Immer andere Gruppenzusammensetzung
- Musikalische Mittel sehr basal; wenig freie Improvisation, wie Lieder singen und (meist entspannende) Musik für die Patienten spielen
- Musiktherapeutische Weiterbehandlung bei Verfügung auf offene Station

Untersuchungsmethoden

- Falldokumentationen mit narzisstischen Genussmomenten bzw. narzisstischen Übertragungsmomenten in der Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen
- Analyse von 6 häufig verwendeten Liedern:
 - mit Festlegern; freies Assoziieren zu den Liedern
 - Analyse der Musik und Lyrik
- Befragung der Teams der geschlossenen Stationen zum Einfluss der Musiktherapie auf das Stationsklima

Bisherige Beobachtungen

- Durch den Musikgenuss werden Selbstobjektfunktionen reaktiviert. Diese zeigen sich in einer Verschiebung mit der Musik (Reaktivierung, Spiegelsubstrangierung).
- Der Musiktherapeut übernimmt die Rolle des idealisierten Objekts im Sinne eines Vorbilds und Spiegelsubstrats (Reaktivierung, Identifizierung, Übertragung).
- Bei Weiterbehandlung auf offenen Stationen entwickeln sich oft die Teilnehmer des Patienten von der Verschiebung zu einem musikalischen Gegenüber (Zwangsübertragung).
- Narzisstische Beschwerden finden sich in Themen der häufig besprochenen Lieder wieder: wie z.B. Sehnsucht nach Freiheit, positives Gemeinschaftsleben, Trost und Hoffnung

Angestrebte Schlussfolgerungen

- Beweis:
 - Erfolg des offenen Konzepts der Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen liegt in Wirkweisen und zielgerichteter Einsatz des narzisstischen Musikgenusses
- Methodenentwicklung für Musiktherapie auf geschlossenen psychiatrischen Stationen

Die Rolle der künstlerischen Tätigkeit für das Selbst - Eine Einzelfallstudie aus dem Kontext forensischer Psychiatrie -

Kirsten Wolschina, Alanus Hochschule

Hintergrund

Die Einzelfallstudie knüpft an die historische Fragestellung nach der existentiellen Bedeutung künstlerischer Tätigkeit im Kontext psychiatrischer Erkrankung an (vgl. Lombroso, 1887).

Untersuchungsgegenstand:

57-jähriger Patient der forensischen Psychiatrie

Diagnose: schizoide Persönlichkeitsstörung mit paranoiden Anteilen (ICD 10; F60.1).

Prognose: Lebenslange (Sicherungs-) Verwahrung

Methode (Erste Ebene)

Interviewebene

1. Problemzentriertes Interview mit dem Patienten
2. Problemzentriertes Interview mit seiner Kunsttherapeutin

Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Kategorisierung der Daten wurde in der Hauptsache hinsichtlich einer Veränderung in der Objektbeziehung des Patienten strukturiert (narzisstische- hin zu einer reifen Objektbeziehung).
Kategorien: Bedürfnisse, Objektbeziehung, Kunsttherapie.



Abbild des Selbsterlebens
06/2011



Selbstregulierung
12/2012 (Nach Vorlage)



Selbstgestaltung
12/2013

Ergebnis

- Die existentiellen Bedürfnisse des Patienten nach Freiheit, Integration und Hoffnung werden für ihn im kreativen Prozess erlebbar und dadurch erfüllt.
- Die künstlerische Tätigkeit konstituiert den Raum für den Individuationsprozess (Selbstwerdung), (vgl. C. G. Jung, 2012).
- Es zeigt sich eine Strukturveränderung des Patienten sowie ein positiviertes Selbsterleben im Zuge seelischer Reifung.
- Für den Patienten ergibt sich ein hoher Stellenwert der Kunsttherapie (im Kontext steht ein hoher Erzählwert).

Methode (Zweite Ebene)

Bildebene

Es wurden drei (Selbst-) Porträts des Patienten aus einem Entstehungszeitraum von zweieinhalb Jahren ausgewählt.

Untersuchung auf drei Ebenen

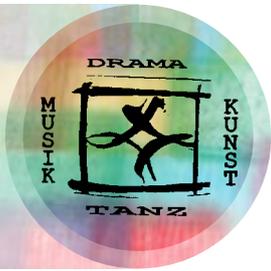
1. psychoanalytische Bildbeschreibung anhand des methodischen Leitfadens Jolande Jacobis (Berücksichtigung formalästhetischer Kriterien)
2. Beschreibung der Erlebnisebene
3. Interpretationsebene (unter Berücksichtigung des Vorverständnisses und der Interviewergebnisse)

Diskussion Im Kontext des Maßregelvollzuges stellt sich die Frage, inwieweit die Kunsttherapie den zur sozialen Integration benötigten Raum konstituiert. Damit fragt sich auch, ob hier dementsprechend die Förderung und Etablierung der Kunsttherapie, im Sinne einer integrationsfördernden, existenziell Bedürfnisbefriedigenden Therapie, im gesellschaftlichen Interesse und auch gesellschaftlicher Verantwortung liegt.

Literatur: H. Kraft (Psychoanalyse, Kunst und Kreativität, Grenzgänge zwischen Kunst und Psychiatrie), J. Jacobi (Die Psychologie von C.G. Jung, Vom Bilderreich der Seele), C.G. Jung (Aion), C. Lombroso (Genie und Irrsinn), M. Jacobi (Individuation und Narzißmus) ...

 **alanus**
hochschule

Kontakt: Kirsten Wolschina, kawedesign@gmx.de



Das Netz werkt

Die Idee „Das Netz werkt“ als tagungsbegleitendes Angebot ist es, zusätzlich zur Kompetenz unserer Referentinnen und Referenten auch das Wissen aller Teilnehmenden zu erfassen. Auf Tafeln und Pinnwänden konnten Teilnehmende ihre Anregungen und Tipps festhalten. Diese sind hier stichwortartig zusammengefasst

Literatur:

Günter Gödde, Werner Pohlmann, Jörg Zirfas (Hg.): Ästhetik der Behandlung – Beziehungs-, Gestaltungs-, und Lebenskunst im psychotherapeutischen Prozess – Psychosozial-Verlag. 2015

Wulf Rössler, Birgit Matter (Hg.): Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für die psychiatrische und psychosoziale Praxis
Verlag Kohlhammer. 2012

Peter Sinapius, Annika Niemann (Hg.): Das Dritte in Kunst und Therapie. Peter Lang Verlag. 2011

Hildegard Ameln-Haffke: Emotionsbasierte Kunsttherapie – Methoden zur Förderung emotionaler Kompetenzen
Verlag Hogrefe

Filmtipp:

„Nicht alles schlucken“. In der 3sat-Mediathek

Websites:

www.liedjesfabriek.nl

Mobiles Musikstudio, welches mit kranken Kindern Lieder schreibt und aufnimmt.

www.eucree.de

Verband zur Förderung der Kunst behinderter Menschen.

www.art-transmitter.de

„Outsider-Art“

www.insiderart.de

Online-Galerie für Künstler mit Handicaps

Transferbindung

Bei dem Begriff Transferbindung handelt es sich um ein Kunstwort. Über diese medien-spezifische Veranstaltung soll ein Transfer in den Berufsalltag und eine Verbindung zwischen den Teilnehmenden im Sinne eines fachlichen Austauschs hergestellt werden.



Kunsttherapie:

- Wunsch nach aktuellen Informationen zur Entwicklung der Forschung in der KT und Forschungszielen
- Wie sieht Bildbetrachtung in der Forschung aus – wie wird das beforscht?
- Spiritualität in der Kunsttherapie und ihre Bedeutung für Pat. in der heutigen Zeit; was ist die Rolle des Kunsttherapeuten dabei?
- Wie lassen sich steigende Patientenzahlen in immer kürzeren Behandlungszeiten bewältigen – welche Auswirkungen haben veränderte Rahmenbedingungen?
- Wie können sich Kunsttherapeuten in veränderte Rahmenbedingungen einbringen?
- Stichwort integrative Kunsttherapie: gibt es ambulante Einrichtungen in denen verschiedene künstlerische Therapien zusammen arbeiten?
- Wunsch nach mehr Vernetzung innerhalb der Kunsttherapie aber auch unter den Künstlerischen Therapien
- Hilfreich war die Austauschmöglichkeit mit Kolleginnen/Kollegen, da viele im Berufsalltag keine kunsttherapeutischen Kollegen haben
- Hinweis auf die Möglichkeit auch für Kolleginnen/Kollegen außerhalb des LVR im LVR-Arbeitskreis Kunsttherapie mitzuwirken (Ansprechpartnerin Frau Gorski)

Musiktherapie:

Was war auf der Tagung anders als erwartet?

- Es gab keine musikalische Improvisation. Mehr Praxis wurde gewünscht.
- Wunsch: Vertrauen erlangen, in dem was wir tun.



Welche besonderen Momente gab es?

- Die Feier
- Besonders wurde es, wenn Musik anwesend war.
- Das Erleben der anderen Medien (Fremdgehen) wurde als etwas Besonderes erlebt.
- Das Fallbeispiel aus dem Tüpker-Vortrag
- Es gab viele Orte der Interaktion und des Austausches.
- Die Intensität des Austausches.
- Die Posterpräsentationen



Was nehme ich von der Tagung mit in den Arbeitsalltag?

- Ein gutes Gefühl der Bestärkung dessen, was man tut.
- Methodenoffenheit
- Die Triangulierung findet in der Arbeit statt. Die Verortung dafür ist bewusster geworden.
- Musikalität der Stimme
- Sensibilisierung für vorhandene Spielräume wurde gestärkt.
- Wir sollten uns um mehr musiktherapeutische Theorie in der Lehre kümmern, anstatt sich auf andere Bezugssysteme zu konzentrieren
- Spannungsfeld: Es geht nur so und immer auch anders
- Spielraumerweiterung: Ein funktionierender Mikrokosmos

Themenvorschläge für 2017

- Was ist das, was in den einzelnen Medien wirkt.
- Medienübergreifendes Arbeiten
- Kultureller Hintergrund in den künstlerischen Therapien – Das Symbolsystem der Kultur
- Spezielle Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Tanz- und Dramatherapie:

Tops!:

- fachlicher Austausch
- wie ein „nach Hause kommen“
- warme, familiäre Atmosphäre auf der Veranstaltung
- auftanken
- neue Inspiration
- tolle Abendveranstaltung
- tolle Workshops
- Vortrag von Frau Tüpker sehr ansprechend und informativ
- Auch als Referent konnte man in die Rolle des Teilnehmers schlüpfen und an Workshops teilnehmen
- Als Referent hat man viel von den Teilnehmenden zurückbekommen
- Als Fachfremde hat man einen guten Einblick/Verständnis für die Kreativtherapien bekommen



Verbesserungspunkte:

- es sollten auch Fachfremde zu der Veranstaltung eingeladen werden wie z.B. Ärzte, Psychologen, ...
- mehr Vorträge aus den eigenen Reihen
- Vorträgen, die nur abgelesen werden, ist schwer zu folgen
- Gerne mehr Workshops

Ideen für neues Thema:

- die Schattenseite des Mediums. Wie gehe ich um mit Widerstand, Ängsten, etc. die durch das Medium hervorgerufen wurden um?
- Neurowissenschaftliche Erkenntnisse?

Brigitte Leeser

Literaturwissenschaftlerin/Kunsthistorikerin MA,
Integrative Therapeutin und Poesietherapeutin/
Lehrbeauftragte (EAG/FPI), Hamburg

Dr. Nicola Nawe

Dipl.-Musiktherapeutin, Hochschule für Musik und Theater
Hamburg

Dr. rer. medic. Renate Oepen

M.A. Kunsttherapie, Wissenschaftliche Mitarbeit und Lehr-
beauftragte, Fachbereich Künstlerische Therapien, Alanus
Hochschule Alfter/Bonn

Dr. Heike Plitt

Dipl.-Musiktherapeutin, Universität Münster

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Arztlicher Direktor, LVR-Klinikum Essen

Anja Scherholz

Tanztherapeutin, Ev. Johanneswerk e.V., Rhein Klinik
Bad Honnef

Prof. Doris Titze

Kunsttherapeutin, Hochschule für bildende Künste Dresden

Prof. Dr. Rosemarie Töpker

Dipl.-Musiktherapeutin, Westfälische Wilhelms-Universität
Münster

Martina Wenzel-Jankowski

Dezernentin LVR-Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Information**Veranstalter:**

Landschaftsverband Rheinland (LVR)
www.lvr.de, www.klinikverbund.lvr.de

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V.
www.musiktherapie.de

Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V.
www.btd-tanztherapie.de

Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie

e.V. www.dfkgt.de
Anschluss e.V.
www.anschluss-bildungswerk.de

Kontakt:

Beatrix Evers-Grewe@LVR.de,
Daniel.Schwartz@LVR.de

Anmeldung:

Schriftliche Anmeldung bis zum 16.10.2015 mit
anlegender Anmeldung/per Email an:

BTZ Berufliche Bildung Köln,

z.Hd. Frau Klüttsch, Vogelsanger Str. 193, 50825 Köln;

Per Fax: 0221 9544-0044; Per Email: v&sb@btz-koeln.de

Sofern Sie ein Handicap haben, teilen Sie bitte mind.

2 Wochen vor Tagungsbeginn mit, welche Unterstützung

Sie benötigen. Wir helfen Ihnen gern.

Tagungsgebühr 170,- €

Ermäßigt auf 150,- €

Für LVR-Beschäftigte, Mitglieder der kooperierenden Ver-
bände, Studenten, Arbeitslose (mit Nachweis). Die Tagungs-
gebühr beinhaltet: Mittagstisch, Abendessen, Getränke und
Rahmenprogramm. Keine Erstattung bei Nichtteilnahme.

Sie werden eine Anmeldebestätigung erhalten. Die Tagungs-

gebühr wird spätestens 14 Tage nach Erhalt der Anmelde-

bestätigung fällig. Die Anmeldung wird erst nach Eingang

der Tagungsgebühren wirksam.

Akkreditierung:

Akkreditierungspunkte sind bei der Deutschen Musikthera-
peutischen Gesellschaft (DMG) beantragt.

Übernachtung:

Übernachtungsmöglichkeiten finden Sie hier: www.essen.de

Organisationsteam:

Uwe Blücher – LVR-Fachbereich 84

Patric Driessen – Leitung der Kreativtherapie,
LVR-Klinik Beburg-Hau

Beatrix Evers-Grewe – Leitung der Fachtherapeutischen

Dienste, LVR-Klinikum Essen

Gudrun Gorski – Bildungsreferentin, LVR-Akademie für
seelische Gesundheit Solingen

Ayllen Kersten – Dramatherapeutin,

LVR-Klinik Beburg-Hau

Ute Pirkl – Tanztherapeutin, LVR-Klinikum Düsseldorf

Daniel Schwartz – Kunsttherapeut, LVR-Klinik Essen

Florian Urbas – Musiktherapeut, LVR-Klinikum Düsseldorf

Mechtild Witte – Musiktherapeutin, LVR-Klinik Düren

Anreise

LVR-Klinikum Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen,

Telefon 0201 7227-0

Auto: Parkmöglichkeiten gibt es in den gebührenpflichtigen

Parkhäusern in der Virchowstraße sowie in der Hufeland-
straße.

ÖPNV: vom Hauptbahnhof:

U-Bahn Linie U17 in Richtung „Margarethenhöhe“ bis
Haltestelle „Holterhauser Platz“; Weiter zu Fuß die Robert-

Koch-Straße entlang bis zum Haupteingang vom Klinikum.

Oder-Strahlenbahn Linie 106 in Richtung „Helenenstraße“

bis Haltestelle „Klinikum“. Für den Fußweg durch das

Gelände des Uniklinikums zum Gebäude des LVR-Klinikums

Essen drücken Sie sich bitte die Skizze auf unserer Home-

page aus: www.kreativtherapien.lvr.de

Abendveranstaltung: www.unperfekthaus.de

**LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
des Klinikverbundes und Verbund Heilpädagogischer Hilfen**
50663 Köln, www.lvr.de



LVR-Dezernat
Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen

KreativtherapieTage 2015

Das Dritte im Bunde –
Das Potential des Künstlerischen
Mediums in der Kreativtherapie



12. und 13. November 2015
Fachtagung im LVR-Klinikum Essen



LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

Einladung

Seiner langjährigen Tradition folgend, veranstaltet der Landschaftsverband Rheinland (LVR) auch im Jahr 2015 die „KreativtherapieTage“, in diesem Jahr mit dem Thema „DAS DRITTE IM BUNDE – DAS POTENTIAL DES KUNSTLERISCHEN MEDIUMS IN DER KREATIVTHERAPIE“. Als Kooperationspartner stehen dem LVR dabei die Berufsverbände Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V., der Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V., Anschluss e.V. sowie der Deutsche Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. zur Seite.

Mit seinen 66 Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten in den neun psychiatrischen Kliniken untersteht der LVR die Bedeutung der Kreativtherapien (Drama-, Kunst-, Musik- und Tanztherapie) für die Behandlung von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Qualität des therapeutischen Angebots.

Es ist eine menschliche Eigenart, seelische Bewegungen nonverbal zum Ausdruck zu bringen und wahrzunehmen. Auf diesem Hintergrund bieten die Kreativtherapien als interaktionelle, erlebnis-, handlungs- und prozessorientierte Verfahren Grundlagen an zum Verständnis seelischer Erkrankungen, deren Ursachen und zur kreativtherapeutischen Behandlung. Dabei stehen den Kreativtherapien lauch als künstlerische Therapien bezeichnet) eine Vielzahl an Behandlungsmethoden zur Verfügung. Das Charakteristische der Kreativtherapie ist, dass in der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient mit dem künstlerischen Medium eine weitere Dimension hinzu kommt. An dieser Stelle unterscheiden sich die Kreativtherapien markant von den verbal orientierten Psychotherapien.

Welche besonderen Wirkfaktoren besitzen also die Künste, die ihren therapeutischen Einsatz sinnvoll und notwendig machen? Mit dieser grundlegenden Frage beschäftigen sich die KreativtherapieTage 2015. Dabei sollen sowohl die Unterschiede der einzelnen Gewerke, wie auch die Gemeinsamkeiten betont werden.

Wir freuen uns, Sie zu der informativen und interessanten zweitägigen Veranstaltung KreativtherapieTage 2015 im LVR-Klinikum Essen begrüßen zu können und laden Sie wieder herzlich zu einem intensiven fachlichen Austausch ein.

Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Programm

Donnerstag, den 12.11.2015

- 09:00 Uhr Tagungsbüro/Begrüßungskaffee
- 10:00 Uhr Begrüßung, Prof. Dr. Norbert Scherbaum
- 10:15 Uhr Grußwort, Martina Wenzel-Jankowski
- 10:30 Uhr Einführung, Prof. Johannes Junker
- 11:00 Uhr Vortrag mit Diskussion: Im Dreiklang – Die Medien in den künstlerischen Therapien
- Prof. Doris Titze
- 12:00 Uhr Mittagessen
- 13:15 Uhr parallele Workshops Runde I inkl. Kaffeepause
- 15:15 Uhr parallele Workshops Runde II inkl. Kaffeepause
- 17:00 Uhr wissenschaftliche Posterpräsentationen
- 19:00 Uhr Abendessen im „Unperfekthaus“ mit Feier

Freitag, den 13.11.2015

- 09:00 Uhr „Morning Mood“ – Einstimmung in den Tag
- 09:30 Uhr Vortrag mit Diskussion: Spielraum der Künste in Zeiten der Not
- Prof. Dr. Rosemarie Tüpkler
- 10:30 Uhr Kaffeepause

- 11:00 Uhr Vortrag mit Diskussion: Das Dritte – Voraussetzung und Ziel kreativer Prozesse in Entwicklung und Therapie
- Dr. Jürgen Grieser
- 12:00 Uhr Medienspezifische Diskussion, „Transferbindung“
- Zusammenfassung
- 13:00 Uhr Mittagsmahl
- 14:00 Uhr Verabschiedung

Moderation der Tagung Prof. Johannes Junker

Workshops und Seminare

- 1) Mit den Sternen nächtlich im Gespräch – Kreativität Form geben
Katharina Conradi
- 2) Was nutzt die Kunst? Modifikation kunstpsychologischer Behandlung in der Akutpsychiatrie
Gudrun Gorski
- 3) Das choreographische Porträt
Claire Gunther
- 4) Berühren und berührt werden – das Material Tonerde in der Kunsttherapie
Antje Hackenthal-Schulze
- 5) (Wozu) Braucht die Musiktherapie die Musik ...?
Dr. Peter Hoffmann
- 6) Rituale Gesten und Körperhaltungen als Medium der Drama- und Theatertherapie
Ilil Land-Boss
- 7) Integrative Poesietherapie
Brigitte Leiser
- 8) Das musiktherapeutische Dritte: Konkretes Ding oder symbolischer Raum?
Dr. Nicola Nawe
- 9) Allgemeine und spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren: Forschung und Praxis
Renate Oepen
- 10) Gemeinsames Erleben in der Musiktherapie – ein magisches Band

- 11) Der künstlerische Tanz- und Ausdrucksraum als Wachstumspotential und Freiraum innerhalb der tanztherapeutischen Beziehung
Antje Scherholz
- 12) Die Linie im Bild
Prof. Doris Titze

Inhaltliche Beschreibungen der Workshops und Informationen zu den Referentinnen und Referenten finden Sie auf unserer Internetseite: <http://www.kreativtherapien.lvr.de/>

Referentinnen und Referenten

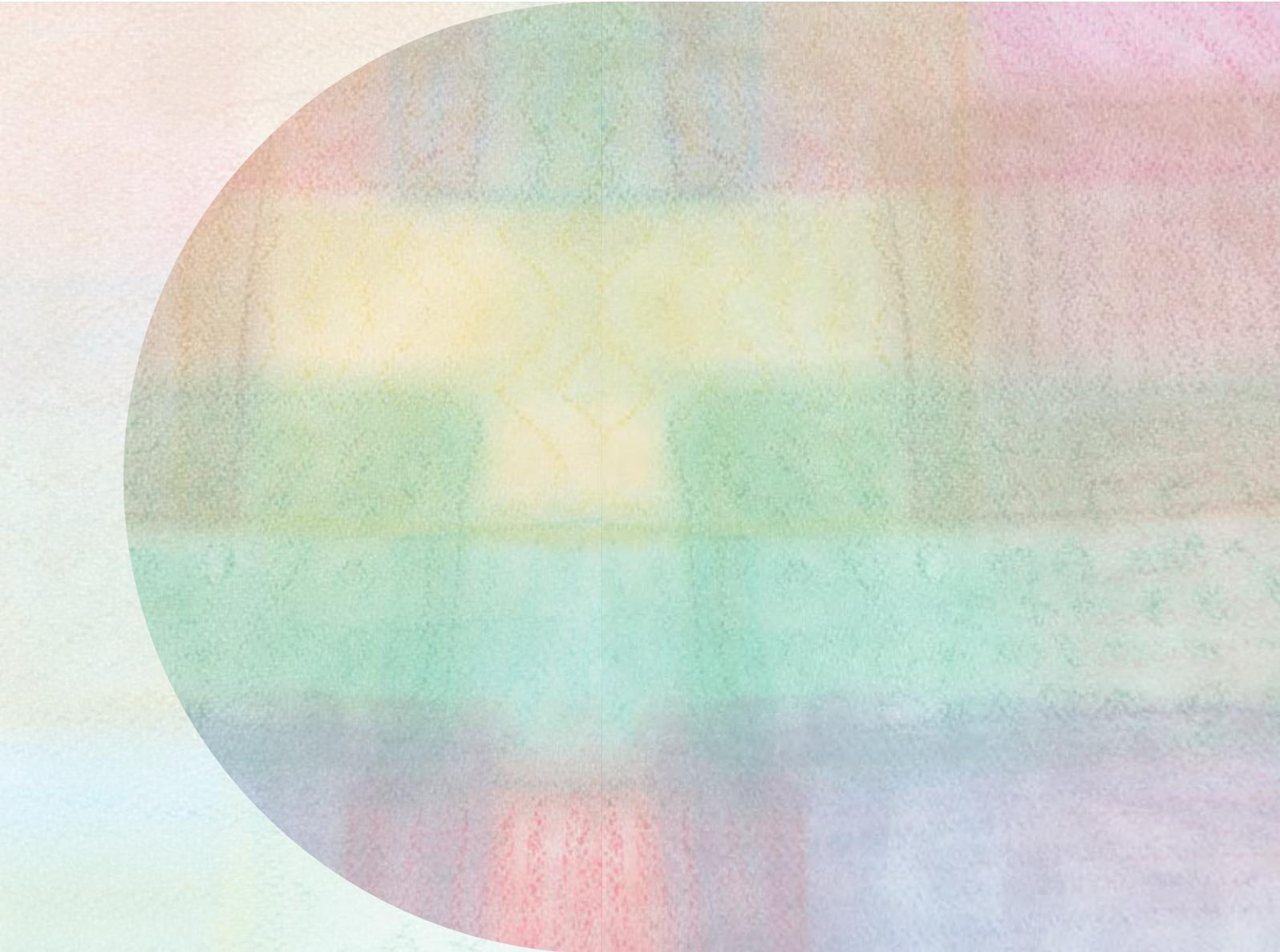
- Katharina Conradi
Tanztherapeutin, Dozentin Hochschule Rotterdam (NL)
- Dr. Jürgen Grieser
Fachpsychologe, Dozent, Supervisor, Zürich und Luzern (CH)
- Gudrun Gorski
Psychologische Psychotherapeutin, Dozentin LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Solingen, Kunsttherapeutin
- Claire Gunther
Tanztherapeutin, St. Alexius-/St. Josef Krankenhaus Neuss, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie
- Antje Hackenthal-Schulze
Kunsttherapeutin IMAI, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin
- Dr. Peter Hoffmann
Dipl.-Musiktherapeut, Leiter der Kreativtherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf
- Prof. Johannes Junker
Dipl. Theologe, Philosoph, Dipl. Dramatherapeut (NL), Rektor und Professor an der Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen
- Ilil Land-Boss
HP Psychotherapie, Drama- und Theatertherapeutin DöGT, M.A. Theaterwissenschaft, Schauspielern und Regisseurin, Berlin
- Brigitte Leiser
Das musiktherapeutische Dritte: Konkretes Ding oder symbolischer Raum?
- Dr. Nicola Nawe
Allgemeine und spezifische kunsttherapeutische Wirkfaktoren: Forschung und Praxis
- Renate Oepen
Gemeinsames Erleben in der Musiktherapie – ein magisches Band



Moderation: Prof. Johannes Junker



**Organisationsteam: LVR-Fachforum Kreativtherapie (v.l.n.r.):
Kassandra Steffan, Daniel Schwartz, Ute Pirkl, Gudrun Gorski,
Beatrix Evers-Grewe, Uwe Blücher, Johannes Junker,
Florian Urbas, Patric Driessen, Mechtild Witte**



Landschaftsverband Rheinland (LVR)

LVR-Fachbereich 84 Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

50663 Köln, Tel. 0221 809-6936.

www.lvr.de