Tagungsdokumentation

Impressum

Herausgeber:	Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke Amt für Planung und Förderung
Redaktion:	Beate Kubny-Lüke
Textgestaltung:	Monika Grollius
Druck:	Hausdruckerei Landschaftsverband Rheinland
Bestellungen:	www.lvr.de

Köln im Juli 2008

1. Auflage 1 - 1.000

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

1. Begrüßung und Einführung in die Tagung 4
Ulrike Lubek

2. Forschungsstrategien für schöpferische Kunsttherapien 7
Prof. David Aldridge

3. Kreative Therapie im Spagat zwischen Kunst und Wissenschaft 25
Dr. Udo Baer

Workshop 1 35
Konzepte für Kurzzeittherapie in den Kreativtherapien:
Alter Wein in neuen Schläuchen?
Dr. rer. soc. Iris Bräuninger

Workshop 2 40
Indikationen und Zielorientierungen in den künstlierisch-therapeutischen Angeboten der klinischen und rehabilitativen Einrichtungen
Prof. Dr. Karl-Heinz Menzen

Workshop 3 51
Operationalisierte psychodynamische Diagnostik für Musik-, Drama-, Tanz- und KunsttherapeutInnen
Barbara Dettmer

Workshop 4 54
Dokumentation Künstlerischer Therapien - ganz konkret
Jutta Jackowski

Ulrike Lubek

Begrüßung und Einführung

Ich freue mich sehr, Sie für den LVR ganz herzlich zu den Kreativtherapie-Tagen 2007 begrüßen zu dürfen. Willkommen heißen darf ich Sie auch im Namen der mit veranstaltenden Kooperationspartner:

- dem Verein Elan e.V. Gesellschaft für Psychohygiene Düsseldorf,
- dem Berufsverband der Tanztherapeutinnen und Tanztherapeuten Deutschlands,
- der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie,
- der Deutschen Gesellschaft für Theatertherapie,
- dem Deutschen Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie und
- dem Deutschen Fachverband für Sozialtherapie.

Bei allen Genannten möchte ich mich für die gute Zusammenarbeit und die Unterstützung bei der Realisierung dieser Veranstaltung bedanken.

Einige von Ihnen werden wissen, dass ich das Amt der Gesundheitsdezernentin im LVR vor noch nicht allzu langer Zeit angetreten habe. Davor war ich im Landschaftsverband Westfalen-Lippe in der Trägerverwaltung der Westfälischen Kliniken – also wenn Sie wollen – im westfälischen Schwesterdezernat tätig. Auch wenn die beiden Landschaftsverbände ein vergleichbares Aufgabenspektrum haben und einen engen Austausch miteinander pflegen, gibt es Unterschiede dabei, wie sie ihre Aufgaben ausgestalten und wo sie Schwerpunkte setzen.

Und es fällt mir auf, dass der Landschaftsverband Rheinland die Etablierung der Kreativtherapien in seinen Kliniken und Heilpädagogischen Netzwerken schon seit über 12 Jahren in besonderer Weise unterstützt und fördert. Und das soll auch so bleiben! So veranstalten wir heute zum 7. Mal eine Fachveranstaltung für Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten.

Alle vorangegangenen Tagungen wurden publiziert – in Buchform oder auf unserer kreativtherapeutischen Website. Zudem wurde der Videofilm „Mit allen Sinnen - Kreativtherapien im Rheinland“ gedreht, der einen guten Einblick in die kreativtherapeutische Arbeit bei Menschen mit verschiedenen Krankheitsbildern bietet.

Warum unterstützt nun der LVR die Entwicklung der Kreativtherapien in dieser Weise? Es ist das Beeindruckende an menschlicher Existenz, dass wir trotz unserer gemeinsamen „Grundstruktur“ doch alle sehr unterschiedliche Persönlichkeiten darstellen.
Dieser Individualität ist auch im Rahmen der therapeutischen Begegnung zu entsprechen. In den vier Therapieformen der Kreativtherapien wird die jeweilige künstlerische Disziplin genutzt, um dem erkrankten Menschen neben dem verbalen Ausdruck weitere Ausdrucksmöglichkeiten, Kommunikationsformen und Erfahrungsräume zu eröffnen und ihm – je nach seinem individuellen Vermögen - so seinen besonderen Zugang zu seinen seelischen Vorgängen zu ermöglichen.

Ich hatte gestern Gelegenheit, dass grenzüberschreitende deutsch – niederländische Kinder- und Jugendtheater „mini art“ kennen zu lernen. Gerade die Drama- und kunstpädagogischen Projekte mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben mich sehr beeindruckt.
Durch ihre Handlungs- und Erfahrungsorientierung im jeweiligen künstlerischen Medium haben diese Therapieverfahren zu einer wesentlichen Verbesserung der Qualität des therapeutischen Angebotes in unseren Einrichtungen beigetragen und sind somit ein wichtiger Bestandteil des interdisziplinären Komplexangebots unserer Kliniken.
Von daher ist es dem Landschaftsverband auch ein Anliegen, die weitere Etablierung dieser Therapieformen zu unterstützen.

Die enge Zusammenarbeit der fachspezifischen Berufs- und Fachverbände, wie sie sich u. a. auch in der heutigen Veranstaltung darstellt, der Austausch, der Diskurs zwischen Theorie und Praxis trägt dazu bei, dass sich die Therapieformen bedürfnisorientiert qualitativ weiterentwickeln und in der psychiatrischen Versorgung folgerichtig ihren festen Platz erhalten.
Es gibt aber noch einen weiteren Grund, aus dem wir die heutige Tagung durchführen.

Unser Gesundheitssystem befindet sich in einem Wandel – und dies auch mit gravierenden Auswirkungen für die psychiatrischen Krankenhäuser.
Dieser Wandel im psychiatrischen Krankenhaus macht sich an folgenden Stichworten fest:

- steigende Fallzahlen bei Verkürzung der Verweildauern,
- Ausbau ambulanter gegenüber stationärer Behandlungsformen,
- schleichender Personalabbau durch steigende Personalkosten bei gedeckelten Krankenhauserlösen (Stichwort: Aushöhlung der PsychPV),
- knapper werdende finanzielle Ressourcen (z. B. Investitionsfinanzierung),
- gestiegene Ansprüche an die Therapiedokumentation und – evaluation,
- Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen,
- gestiegene Ansprüche an die Effizienz der Leistungserbringung (als Folge!).

Wie von allen anderen Berufsgruppen verlangt dies auch von unseren kreativtherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur besonderen Einsatz, sondern auch die Bereitschaft, sich auf diese sich wandelnden Anforderungen einzustellen und dies in klarer Orientierung auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

Die Kreativtherapie-Tage legen daher in diesem Jahr ihren Fokus auf die Fragen der Weiterentwicklung der Konzeptionen, der Qualitätsentwicklung und der Angebotsplanung. So geht es z.B. in einem der Workshops um die Entwicklung von Kurzzeitkonzeptionen, damit trotz verkürzter Verweildauern die Effektivität der Behandlungsstrategie beibehalten wird.

Das SGB V § 135a verpflichtet unsere Kliniken zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und deren Darstellung in Qualitätsberichten.

Welche Zielrichtung verbindet sich mit dieser Vorschrift?
Wer sind die Adressaten kreativthera-

peutischer Dokumentationen?
Was muss ich wie dokumentieren?
Kann über Standardisierung Aufwand reduziert werden?
Welche Rolle kommt der EDV zu?

Angesichts solcher und weiterer Fragen widmet sich ein Workshop der kreativtherapeutischen Dokumentation ganz konkret.

Ohne die Formulierung von Zielen, ohne Kenngrößen und einschlägige Indikatoren lassen sich weder Aussagen zu Effektivität noch zu Effizienz machen. Ein Workshop beschäftigt sich von daher mit kreativ-therapeutischer Diagnostik und ein weiterer mit Fragen der Indikation und Zielsetzung.

Wie schon bei der letzten Veranstaltung werden alle vier Workshops zweimal durchgeführt – heute Nachmittag und morgen Vormittag. Wir wollen so die Austauschdichte erhöhen und möglichst vielen Interessierten eine Teilnahme ermöglichen.

Bevor Sie jedoch heute Nachmittag die Workshops besuchen, freue ich mich sehr, dass wir mit Herrn Prof. Dr. David Aldridge und Herrn Dr. Udo Baer, zwei ausgewiesene Experten aus dem Bereich der Kreativtherapien. Herr Prof. Dr. Aldridge wird uns einen Überblick über die aktuellen Forschungsvorhaben und -strategien in den Kreativtherapien vermitteln, während Herr Dr. Baer einen Einblick gibt, welche Wirkung wissenschaftliche Erkenntnisse auf die Praxis haben können bzw. haben sollten.

Bevor ich zum Schluss komme, bedanke ich mich ganz herzlich bei dem Organisationsteam der heutigen Tagung, hier stellvertretend bei der Projektkoordinatorin Frau Beate Kubny-Lüke. Wie auch in den vergangenen Jahren haben diese Personen versiert an der Konzeption und Durchführung dieser Veranstaltung entscheidend mitgewirkt. Mein Dank geht ebenso an die Frau Klütsch für die Tagungsorganisation vom BTZ Köln.

Unser Ziel ist es, das sich Drama-, Kunst-, Musik- und Tanztherapie innerhalb des Leistungs- und Angebotsspektrums unserer Kliniken und Einrichtungen weiter entwickeln und etablieren.

Ich hoffe, dass die nun kommenden beiden Tage hierfür viele Anregungen und Impulse geben, um letztendlich „kreative Spuren“ hinterlassen.

Aufgrund eines politischen Termins bin ich leider gehindert, Ihrer Tagung länger beizuwohnen. Dies bitte ich zu entschuldigen. Ich wünsche Ihnen interessante und erlebnisreiche Tage – einen schönen Abend in Köln - und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt:
Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke
Tel.: + 49 (0)221/809-6619/-6617
E-Mail: ulrike.lubek.@lvr.de

David Aldridge

Forschungsstrategien für schöpferische Kunsttherapien

Das deutsche Wort „Wissenschaft“ lässt diesen Gedanken des „Wissenschaffens“ deutlich erkennen. Für uns stellt sich die Frage, wie Wissen zu schaffen ist und zu welchem Zweck. Bei von mir betreuten Doktoranden, aus deren Arbeiten ich noch einiges vorstellen werde, besteht der Schwerpunkt ihrer Studien darin, den Zweck der eigenen Wissensfindung zu bestimmen und einen Bezug zum Allgemeinwohl herzustellen. Teilweise geht es auch darum, eine angemessene äußere Form zu finden, die die Anforderungen erfüllt, als „Wissenschaftler“ in der akademischen Welt akzeptiert zu werden. An anderer Stelle habe ich vom reflektierenden Kliniker in der Gemeinschaft der Forschenden gesprochen (Aldridge 1996a). Einige solche Formen sind akademischen Disziplinen entlehnt, beziehen sich aber alle auf das Verständnis von Musik im therapeutischen Kontext.

Was ich Ihnen vorstellen möchte, sind Geschichten - keine erfundenen Phantasiegeschichten, sondern Geschichten über Tatsachen und Erfahrungen aus dem täglichen Leben. Dies entspricht meiner Sichtweise als Forscher, die ich an meine Doktoranden weitergegeben habe. Gelegentlich haben wir quantitative Methoden aus medizinischer Perspektive verwendet, wenn eine Doktorandin beispielsweise ihren Medizinerkollegen demonstrieren wollte, dass Musiktherapie in der Behandlung von Aphasie wirkungsvoll ist. In einem anderen Fall wurde das formale Design einer Einzelfallstudie gewählt, die in der Ausbildungsforschungseinrichtung, in der die Doktorandin tätig war, als beobachtende Forschungsmethode anerkannt war. In einem anderen Fall entschieden wir uns für einen qualitativen Ansatz, um den ethischen Herausforderungen gerecht zu werden, die sich bei der Erfassung von Bewusstsein mithilfe der Musik bei postkomatösen Patienten stellen. In einer weiteren Studie ging es ausschließlich um die musikalische Entwicklung von Melodie im Therapieverlauf (Aldridge und Aldridge 2007).

Alle diese Methoden sind Vehikel zum Ausdruck des emotionalen Anliegens, mit dem Intellekt zu erfassen, was in der Musik passiert, wenn sie zu Therapiezwecken eingesetzt wird.

Quellen

Wer nach einer theoretischen Basis für dieses Bestreben sucht, den kann ich auf Gregory Bateson verweisen (1972, 1978), der empfiehlt, nach verbindenden Mustern zu suchen.
Bateson erzählt ein Beispiel, das die Bedeutung von Geschichten für das Verständnis unterstreicht. „Ein Mann wollte etwas über den menschlichen Verstand herausbekommen, nicht in der Natur, sondern in seinem großen Computer. Er stellte diesem die Frage: Kannst Du berechnen, ob Du jemals wie ein menschliches Wesen denken wirst?“ Die Maschine fing an, ihre eigene Arbeitsweise zu analysieren. Schließlich druckte sie ihre Antwort auf ein Stück Papier, wie es die Art solcher Maschinen ist. Der Mann lief eilig hin, die Antwort zu erfahren,

und las die säuberlich ausgedruckten Worte: DAS ERINNERT MICH AN EINE GESCHICHTE." (S.22, Bateson, 1978)

Erzählungen und Geschichten wurden von den Sufis (Shah, 1964, 1983) als Medium zum Unterrichten und Anleiten entwickelt. Eine Geschichte ist ein Instrument der Kommunikation. Wir behandeln Geschichten häufig buchstäblich als Kuriositäten, anstatt sie als Teil eines Systems aufzufassen. Needleman (1994) weist auf die Gefahr hin, Anschauungen teilweise zu übernehmen und Wissenschaft in einzelnen Anwendungsfällen zu kritisieren, anstatt uns an ein als richtig erkanntes Gesamtsystem zu halten. Damit spreche ich nicht gegen Naturwissenschaft und einseitig zugunsten der Künste; ich befürworte vielmehr eine Perspektive unterschiedlicher Wissensformen als Bestandteile eines Gesamtsystems des Wissenserwerbs. Ebenso wie andere Kunstformen stellt eine Geschichte „... eine Verbindung zu einem Teil der Person her, der mit anderen konventionellen Mitteln nicht zu erreichen ist, und legt in dem Betreffenden den Grundstein für eine Kommunikationsmöglichkeit mit einer nicht in Worte gefassten Wahrheit, die über die Grenzen unserer gewohnten Dimensionen hinausreicht" (Bateson, 1972, S.86). Künste, Naturwissenschaften und Religionen bilden jeweils Ausschnitte aus dem Gesamtkreis des Wissens.

Durch meinen beruflichen Werdegang zieht sich wie ein roter Faden die Lektüre der Schriften von Idries Shah. Seine Ermahnungen zu „lernen, wie man lernt" und zu „wissen, wie man etwas weiß" sind gewiss die ersten Schritte bei allen Bestrebungen, etwas zu lernen (Shah 1968, 1969, 1971, 1983, 1990).

Naturwissenschaftler und Künstler haben die Aufgabe, die in der Welt impizit enthaltenen und uns alle verbindenden Muster zu entdecken. In therapeutischen Erzählungen werden solche Muster explizit sichtbar. Melodien in Form melodischer Improvisationen bilden explizit das Implizite ab. Durch Gestaltung verleihen wir dem nicht Fassbaren Ausdruck. Das Wesentliche wird in der flüchtigen Körperlichkeit der Gestaltung offenkundig. Die in uns verkörperte Hermeneutik muss gestaltet werden, damit wir in der Welt existieren, und zwar zusammen mit anderen. Wer verstehen will, was Menschsein bedeutet, sollte musizieren. Melodie ist der äußere Ausdruck jenes Musters, das verbindet (Aldridge & Aldridge, 2007).

Sinn des Lebens

Als Forschender und Betreuer von Nachwuchsforschern steht man täglich vor der Aufgabe, anderen zu helfen, Sinn in dem zu finden, was sie tun. Im Leben geht es vorrangig darum, aktiv Sinn zu finden – dies ist eine konstruktivistische Perspektive vom menschlichen Wissen, die gut zu dem breiten Methodenspektrum der qualitativen Forschung passt.

In meiner Arbeit untersuche ich die Rolle eines narrativen Ansatzes in der Erforschung und Erklärung der Dimensionen von Gesundheit und integrativer Medizin (CAM – Komplementäre und alternative medizinische Richtungen).

Gesundheitsversorgung wird immer mit positivistischen Begriffen definiert, als Objekt, als Phänomen oder ein System zu erbringender Leistungen (Aldridge 2004). Kenntnisse, die man aus naturwissenschaftlicher und experimenteller Forschung gewinnt, gel-

ten als objektiv, quantifizierbar, stabil und messbar (im günstigsten Fall mit Instrumenten messbar, die menschliche Fehler verringern). Bei qualitativen Ansätzen kommt es jedoch zu einem Paradigmenwechsel. Wissen über Gesundheit wird hier als Prozess aufgefasst, als gelebte Erfahrung, die interpretierbar, veränderlich und subjektiv ist (bestenfalls durch zwischenmenschliche Interaktion in persönlicher Beziehung erfahrbar). Aus dieser qualitativen Perspektive heraus sollten wir Gesundheit eher als Aktivität auffassen. Was im Gesundheitswesen Tätige tun und was unsere Patienten auf Dauer betrifft, sollte entsprechend als heilende Beziehung bezeichnet werden (Aldridge, 2000).

Ziele meines Lehrstuhls

Ein Hauptanliegen an meinem Lehrstuhl ist es, Studierende in Forschungsmethoden zu unterrichten und sie zu Promotionsstudien anzuregen. Zu Beginn meiner Tätigkeit an der Universität wurde die Notwendigkeit deutlich, kommende Generationen forschender Kliniker auszubilden, und die besteht noch heute. Zu diesem Zweck war es erforderlich, angemessene Forschungsmethoden in der konventionellen und unkonventionellen Medizin zu entwickeln, ebenso therapeutische Praktiken und schöpferische Kunsttherapien, die uns helfen, zu erfassen, was Gesundheit und Krankheit bedeuten, was es heißt, Mensch zu sein und kreativ zu sein. Eines meiner Ziele war die Entwicklung von fallstudienbasierten narrativen Forschungsmethoden speziell für Kliniker und vor allem in den schöpferischen Kunsttherapien.

Mich interessiert auch die Förderung interdisziplinärer Studien, beispielsweise zur Erforschung der Bedeutung von Spiritualität im Gesundheitswesen und von Methoden aus den Sozialwissenschaften. Mir fiel auf, dass es vielen klinisch Tätigen an Verständnis für die großen Traditionen europäischer Denker mangelte, zumal in einer medizinischen Fakultät, in der Kliniker den Zusammenhang zwischen medizinischer Praxis und dem größeren Rahmen einer wissenschaftlichen und kulturellen Debatte nicht erkannten.

Forschung muss nicht nur durchgeführt werden, sondern auch Adressaten erreichen, die als Kliniker oder Patienten mit den Forschungsergebnissen etwas anfangen können. Zu diesem Zweck habe ich Methoden zur Verbreitung von Forschungsergebnissen entwickelt, zum Beispiel auf CD-ROMs, in gedruckter Form oder auch in einer elektronischen Fachzeitschrift namens „Music Therapy Today“ (www.musictherapyworld.net). In Erweiterung dieses Journals entstand ein E-Learning-Angebot; die Website „Music Therapy World“ ist mit einer kostenlos zugänglichen Datenbank und ebenso kostenlos zugänglichen Artikeln in Textform und Archivmaterial gekoppelt. E-Learning hat immenses Potential und wird in Zukunft bei sämtlichen Formen von Forschung und Lehre eine wichtige Rolle spielen.

Aufgrund meines großen Interesses an Kunst und künstlerischen Therapien habe ich mir auch zum Ziel gemacht, die Bedeutung der Ästhetik im Gesundheitswesen zu untersuchen.

Abschließend möchte ich noch die Kooperation mit anderen Einrichtungen weltweit nennen, die ähnliche Ziele verfolgen. Die meisten erfolgreichen Wissenschaftler gehören zu Gruppen

Gleichgesinnter, und es ist zweckmäßig, sich mit Kollegen zu vernetzen, die in ähnlicher Richtung arbeiten.

Fallstudien

In den meisten Kulturen gehören Geschichten zu den externen Formen der Wissensvermittlung. Wenn wir anderen Menschen von dem erzählen, was in unserem Leben passiert, verwenden wir Geschichten zur Darstellung komplexer Gedankengänge. Fallstudien geben solchen Geschichten eine formale Struktur. Fallstudien bereichern klinische Forschung um eine wichtige Facette – die der persönlichen Anwendung. Die traditionelle Medizin verlangt Untersuchungen von Gruppen als konventionelle Methode, akzeptiert aber auch Einzelfälle als besondere Beispiele, die auf in der Praxis auftretende Anomalien hinweisen, auf wichtige Aspekte aufmerksam machen oder eine spezielle Theorie widerlegen. Fallstudien verhelfen auch zu theoretischen Erkenntnissen (Aldridge, 2004a).

In schöpferischen Kunsttherapien suchen wir nach Methoden, die uns verraten, was geschieht, wenn wir unsere Therapien anwenden, und die Gründe für unser Tun erhellen. Als forschende Kliniker möchten wir idealerweise unsere Therapietätigkeit so genau verstehen, dass ein anderer Kliniker sie in einer ähnlichen Situation auch versuchen könnte. Klare Beschreibung der Praxis führt zur Replikation und stellt eine Möglichkeit dar, die Validität der Arbeit des einzelnen Therapeuten zu bestätigen, gleichzeitig aber auch eine gemeinsame Grundlage an Forschungsergebnissen für die Berufsgruppen zu schaffen (Aldridge, 2004c).

Fallstudien geben klinischen Geschichten formale Struktur. Grundlage dafür ist der Therapieprozess. Wir sprechen über unsere Praxis, wir reflektieren, was wir getan haben und sprechen miteinander und mit Kollegen aus anderen therapeutischen Berufsgruppen über unser Tun und dessen Bedeutung – der reflektierende Kliniker in einer Gemeinschaft der Forschenden (Aldridge, 1991c).

Mit akkuraten Methoden in der Durchführung von Fallstudien können wir eine Datenbank mit Fallmaterial einrichten, auf der aufbauend größere klinische Studien erfolgen können. Erfolgreiche klinische Studien gehören zu den wichtigen Zielen der Musiktherapieforschung; dazu müssen wir die erforderliche Forschungsinfrastruktur und koordinierte Forschungsstrategien entwickeln. Die Ressourcen haben wir, aber was ist mit dem erforderlichen politischen Willen und persönlichen Einsatz?

Ethik und das Recht auf Leben: Ein zerbrechliches Bewusstsein

Ansgar Herkenrath befasst sich im Rahmen der generellen Debatte über das, was Leben eigentlich ist, mit Entscheidungen, die über den Bewusstseinszustand von Menschen im Wachkoma getroffen werden. Seine Interpretation meiner Vorstellung von „Ich gestalte, also bin ich“ lautet „Ich erklinge, also bin ich“.

Derzeit ist in akademischen Kreisen viel von interdisziplinären Studien die Rede. Alle hier vorgestellten Forscher befassen sich mit Themen, die über die Grenzen der eigenen Disziplin hinausgehen. Das Recht auf Leben, das Recht auf eine gleichwertige Existenz, das Recht, als ganze Person wahrgenommen zu werden, der Wunsch nach Anerkennung des persönlichen Wer-

tes, und nicht zuletzt die Frage, was es bedeutet, voll und ganz Mensch zu sein – solche Fragen tauchen nicht nur in der Musiktherapie auf, sondern werden in der philosophischen Anthropologie thematisiert. In musiktherapeutischen Studien an meinem Lehrstuhl wurden die Beschränkungen funktionalen Denkens aufgezeigt. Ästhetik ist Bestandteil unserer Kultur und muss in Diskussionen über Gesundheitsversorgung wieder berücksichtigt werden (Aldridge, 1991a; Aldridge, 1997). Die Vorstellung, alle Phänomene ließen sich quantifizieren, stellt eine Verarmung unserer Kultur dar und ist letztlich eine Verneinung der Ästhetik.

Die Studie von Ansgar Herkenrath trägt den Titel „Begegnung mit dem Bewusstsein von Patienten im Wachkoma" und stellt bisheriges Wissen über das, was wir als „Bewusstsein" bei Menschen mit Hirnverletzungen bezeichnen, in Frage (Aldridge, 2005).

Er untersuchte Patienten mit Hirnverletzungen, deren Zustand mit den medizinischen Begriffen *apallisches Syndrom, coma vigile, (persistent) vegetative state* oder *Wachkoma* beschrieben wird. Diese Patienten gelten als unfähig, ihre Umgebung wahrzunehmen und zu kommunizieren. Die Teilnehmer an der Studie waren zwischen 20 und 50 Jahre alt, seit mindestens 18 Monaten und maximal sieben Jahren in diesem Zustand und galten als austherapiert. Es handelte sich um Bewohner von Haus Königsborn, einer Langzeitpflegeeinrichtung für Erwachsene mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen, in der Ansgar Herkenrath seit sechs Jahren als Musiktherapeut arbeitet.

Herkenrath beschreibt diese Menschen als *erklingende* Persönlichkeiten, die ihm mit ihrem ganzen Wesen begegnen; dafür hat er ausgehend von meiner Vorstellung „Ich gestalte, also bin ich" (im Gegensatz zu Descarte „Ich denke, also bin ich") die Formulierung „sono ergo sum" gewählt, „ich erklinge, also bin ich".

In der traditionellen deutschen Medizin gelten apallisches Syndrom und Bewusstsein als sich gegenseitig ausschließende Begriffe, das heißt, diesen Patienten wird ein Bewusstsein abgesprochen. Der Titel *„Begegnung mit dem Bewusst-Sein von Patienten im Wachkoma"* erscheint daher zunächst widersprüchlich und ist genauer zu untersuchen.

Bewusstsein setzt generell ein Bewusstsein des eigenen Selbst voraus, das das Ich und andere wahrnimmt, das Ich in Abgrenzung von der Umgebung definiert und kommunikatives Verhalten im Dialog mit diesem Umfeld veranlasst; es ist ein Kernelement der Existenz und des menschlichen Lebens. Den Menschen, die kein Bewusstsein haben und als bewusstlos wahrgenommen werden, fehlt dieses Element der menschlichen Existenz. Aber der definierte Verlust von Bewusstsein bedeutet nicht nur den Verlust dieses Kernelements; nach der allgemein akzeptierten Prognose dieses Zustandes ist es auch unmöglich, das Bewusstsein zurückzuerlangen. Mit dieser Diagnose und Prognose wird der betroffene Patient weg geschoben. Er wird zum Außenseiter in einem Zustand am Rande der Gemeinschaft, eine ritualisierte Existenz in einem permanenten Übergangsstadium, das paradoxerweise nirgendwo hinführt – er führt eine Existenz zwischen Leben und Tod.

Wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, verweist die Wortbildung des englischen Begriffs für Bewusstsein, nämlich „consciousness“, auf eine integrative Funktion. Das Wort setzt sich zusammen aus „con“ – das heißt mit – und „scire“, nämlich wissen. Wir schaffen Bewusstsein durch Wissen mit anderen; Gegenseitigkeit ist implizit enthalten. Durch das Gegenüber erlangen wir Bewusstsein. Wir sind aufgefordert, Menschen mit schweren geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen in diesen Zustand des Wissens mit anderen zu bringen. Hier setzt der Kerngedanke der Musiktherapie nach Nordoff-Robbins an, gleich, ob es um entwicklungsverzögerte Kinder geht oder um alte Menschen mit kognitiven Störungen. Unsere Aufgabe ist es, Wege zu finden, ein gemeinsames Bewusstsein zustande zu bringen, so dass unser Gegenüber die Fülle seiner Existenz erlebt. Im Sinne Vygotskys bauen wir durch die Musik ein gegenseitiges Bewusstsein auf.

Wenn die Frage nach dem Bewusstsein überhaupt beantwortet werden soll, müssen auch philosohpische, theologische und ethische Aspekte einfließen. Folglich werden wir unsere Fragen nicht mit einfachen Forschungsmethoden klären können, sondern nur mit einem interdisziplinären Ansatz. Auch Ornstein verweist uns auf das Wesen des Bewusstseins und fordert auf, seinen Zweck zu erwägen (Ornstein, 1996; Ornstein & Sobel, 1989).

Reaktion und Bedeutung

Herkenrath beobachtet in seiner beruflichen Praxis, dass Patienten im Wachkoma hauptsächlich Veränderungen bestimmter Parametern aufweisen wie etwa Atmung, Veränderungen von Kopf- und Augenstellung hin zu Geräuschquellen und/oder diverse Bewegungen; die meisten derartigen Veränderungen sind Reaktionen, also eine Antwort auf eine Aktion. Diese Reaktionen sind keine Reflexe, sondern Beispiele für intentionale Aktivität als Antwort auf einen Reiz und Ausdruck eines grundsätzlich vorhandenen kognitiven Potentials. Um zwischen Reaktionen und Reflexen zu unterscheiden, müssen die beobachteten Reaktionsarten mindestens ein Grundelement an Intention enthalten.

Eine wichtige Komponente der Atmung ist die Intention; sie hat nicht nur physiologische, sondern auch qualitative Signifikanz (Aldridge, 2002).

Außerdem ist eine Wahrnehmung erforderlich, auf welchen Körperteil oder welchen physischen Ausdruck die Musik Bezug nimmt. Dies zeigt auch das grundsätzliche Potential einer physischen Orientierung.

Der Patient im Wachkoma muss in der Lage sein wahrzunehmen, dass die Musik direkten Bezug zu seiner Atmung, seinem Augenzwinkern oder seiner Bewegung nimmt. Dieses Wahrnehmen geht über bloßes Erkennen eines physischen Elements hinaus. Die Reaktion impliziert Erkennen nicht nur eines Elements, sondern auch *meiner* individuellen Atmung, *meines* Augenzwinkerns, *meiner* Bewegung. Somit wird Re-aktion eine Antwort auf das Gegenüber. Sie zeigt das Erkennen des Ichs und somit Bewusstsein des Selbst.

In diesem Sinne steht Musik nicht symbolisch für Unbewusstes, sondern vielmehr für die Art, wie wir mit Dingen umgehen, die außerhalb unseres Bewusstseins liegen.

Was wir bereits haben

Simon Gilbertson hat mit mir an strukturierten Übersichten über musiktherapeutische Fachliteratur mit dem besonderen Schwerpunkt auf traumatischen Schädelhirnverletzungen gearbeitet (Gilbertson & Aldridge, 2003, 2004). Es reicht nicht mehr, auf existierende Literatur hinzuweisen; die entsprechenden Veröffentlichungen müssen genau untersucht und auf Verwendungsmöglichkeiten hin überprüft werden. Wir wissen, dass es Musiktherapie gibt, müssen aber deutlich machen, was damit erreicht wird. Beide gerade genannten Autoren sind in der klinischen Praxis tätig und kommen zu dem Schluss, dass in der Literatur wesentliche Informationen fehlen. Wir müssen unsere Fallberichterstattung in eine bestimmte Form bringen bzw. bestimmte Strukturen für die grundlegenden Daten einhalten. Ohne die Evidenz spezifischer Effekte können wir keine vergleichenden Studien vorlegen. Ich will keinem für die Darstellung von Fallstudienmaterial eine Zwangsjacke verpassen, befürworte aber Datenerfassung nach bestimmten Regeln, damit eine tragfähige Grundlage für zukünftige Studien entsteht. Kunsttherapien finden Anwendung; es ist aber schwierig zu erfassen, was genau dabei geschieht, weshalb sie eingesetzt werden und wann ihre Anwendung sinnvoll ist.

Gilbertson hat aber auch sinnvolle praktische Ratschläge dafür, wie man gute Fallberichte über Musiktherapie bei Menschen mit traumatischen Schädel-Hirn-Verletzungen schreibt bzw. erkennt; ergänzend kommen eine Checkliste und ein Workflow-Schema dazu mit Hinweisen, wie ein Überweisungssystem zu Musiktherapie einzurichten und zu betreiben ist, wie man bei Patienten mit traumatischen Schädel-Hirn-Verletzungen Improvisationen in der Musiktherapie durchführt, wie man die Angehörigen von Betroffenen in die Musiktherapie einbeziehen kann und wie man Musikinstrumente für die Bedürfnisse von Schädel-Hirn-Verletzten umbauen oder neu entwerfen kann.

Ausgehend von unserer Therapeutischen Narrativen Analyse als einer qualitativen Forschungsmethode entwickelt er musikalische Improvisation in der Therapie für Menschen mit traumatischen Schädel-Hirn-Verletzungen, gibt Hinweise für interdisziplinäre Fachbesprechungen und öffentliche Vorträge über Musiktherapie bei Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen und macht Vorschläge zur Schaffung von Stellen für Musiktherapeuten und zur Einführung von Musiktherapie in bereits bestehenden Einrichtungen.

Monika Jungblut

Monika Jungblut stellt eine spezifische Hypothese über klinische Veränderungen in der Arbeit mit Menschen auf, die seit Jahren an Aphasie leiden (Jungblut & Aldridge, 2004; Jungblut, Gerhard & Aldridge, 2006). Sie identifiziert Elemente der Artikulation und Prosodie in der Sprache und im Singen und bringt Menschen durch ihre eigene, gezielte Form der Musiktherapie zum sprachlichen Ausdruck. In einem meiner früheren Bücher komme ich auf die Bibelstelle zu sprechen, wo es heißt „Am Anfang war das Wort“. Akademisch gebildete Menschen gehen häufig davon aus, „Logos“ in diesem Zusammenhang bedeute das gesprochene Wort; aber genauso gut könnte es sein, dass am Anfang das Singen war.

Für die vorsokratischen Philosphen ist Logos das aktive Prinzip des Kosmos, der Ursprung aller Aktivität und allen Werdens, die in der menschlichen Seele ruhende Kraft des Verstandes. Nach der jüdischen Bibel ist Logos das Wort Gottes, das schöpferische Kraft in sich hat, es ist Gottes' Mittel der Kommunikaton mit den Menschen. Nach meiner Auffassung kommt Musik noch vor der Sprache, und um Sprache zu erwerben oder wieder zu erwerben, können wir auf jenen Logos der Musik zurückgreifen, um uns in die Gestaltungsform hineinzusingen, die wir als Gesundheit bezeichnen. Vom Schöpfer gesungen, gestalten wir unser Sein.

Zweck der genannten Studie von Monika Jungblut war die Untersuchung der Wirksamkeit einer modifizierten Musiktherapie in der Behandlung von Patienten mit globaler Aphasie und Broca-Aphasie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Musiktherapie. Einschlusskriterien waren: chronische Aphasie seit mindestens vier Jahren; nichtflüssige Aphasie (globale Aphasie oder Broca-Aphasie); keine Teilnahme an Sprechtherapie für die Dauer der Studie und Einwilligung in Teilnahme an der Studie.

Als Messinstrument wurde in dieser Studie der Aachener Aphasie Test (AAT) verwendet.

Die expressiven sprachlichen Fähigkeiten der Teilnehmer verbesserten sich (z = -2.932, p<005). Bei einer Untergruppe von Patienten mit Broca-Aphasie ergab sich eine Verbesserung der speziellen expressiven Sprechfähigkeiten beim Nachsprechen von z = -2.323, p<.05 und bei Artikulation und Prosodie von z = -2.049, p <.05. Der Effektgrößenvergleich für die gesamte Studie ist groß, Cohen's d = 2.04, in akzeptabeln Konfidenzbereichen (alpha <0.05, power 1-beta >0.95), so dass festgestellt werden kann, dass dies potentiell eine klinisch signifikante Behandlung ist, die eine erweiterte Studie rechtfertigt.

Wolfgang Schmid

In seiner Studie über Musiktherapie mit an Multipler Sklerose erkrankten Menschen weist Wolfgang Schmid darauf hin, dass die Menschen, mit denen er musiziert, sich dabei eher als Musiker verstehen und nicht in erster Linie als Patienten (Aldridge, Schmid, Kaeder, Schmidt & Ostermann, 2005; Schmid & Aldridge, 2004; Schmid, Aldridge, Kaeder, Schmidt & Ostermann, 2003). Diese Veränderung in der Eigenwahrnehmung vom Patienten hin zum kreativen Künstler ist an sich bereits eine gesundheitsfördernde Gestaltung des Ich und steht in engem Zusammenhang mit der Schaffung persönlicher Identität, mit der ich mich seit zwanzig Jahren befasse (Aldridge, 1989). Die in dieser Studie untersuchten Menschen leugnen nicht das Vorhandensein ihrer Krankheit, aber sie sagen: Ich bin nicht die Krankheit. Unsere Identität erwächst aus den von uns gewählten Gestaltungsformen, nicht aus pathologischen Entwicklungen. Wir sind mehr als materielle Veränderungen in unseren Nervenzellen. Wir sind nicht die Ablagerungen in unserem Hirn. Ich habe wohl eine Krankheit, aber diese Krankheit hat mich nicht. Diese Denkweise wirkt sich auf unsere Ausdrucksweise aus: wir vermeiden es, Patienten mit dem Namen ihrer Krankheit zu bezeichnen, wir sprechen etwa von Menschen, die an Aphasie leiden, aber nicht von Aphasikern.

Zwanzig an Multipler Sklerose er-

krankte Patienten (14 weiblich 6 männlich) im Alter von 29 bis 47 Jahren nahmen an der Studie teil. Zehn Teilnehmer wurden der Therapiegruppe, zehn der Kontrollgruppe zugeteilt und waren vergleichbar bezüglich Alter, Geschlecht und nach der standardisierten neurologischen Einstufungstabelle Expanded Disability Status Scale (EDSS). Ausschlusskriterien waren Schwangerschaft und medikamentös behandelte psychologische Störungen. Die Patienten in der Therapiegruppe erhielten im Verlauf des einjährigen Projektes drei Blöcke Musiktherapie in Einzelsitzungen (jeweils 8 bis 10 Sitzungen). Messungen wurden vor Beginn der Therapie sowie alle drei Monate danach vorgenommen und erfolgten noch einmal beim Follow-up 6 Monate nach Abschluss. Zu dem Mess-Instrumentarium gehörten Indikatoren für klinische Depression und Angstzustände (Beck Depression Inventory und Hospital Anxiety and Depression Scale), eine Selbstakzeptanz-Skala (SESA) und eine Befragung zur Lebensqualität (Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis). Zusätzlich wurden Daten über kognitive und funktionelle Parameter erhoben.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der mit Musiktherapie behandelten und der Kontrollgruppe. Jedoch ergab ein Effektgrößenvergleich zwischen beiden Gruppen eine mittlere Effektgröße bei den Skalen für Selbstachtung (d 0.5423), Depression HAD-D (d 0.63) und Angst HAD-A (0.63). Signifikante Verbesserungen wurden bei der Therapiegruppe im Zeitverlauf bei den Skalenwerten für Selbstachtung, Depression und Angst festgestellt. Beim Follow-up zeigten die Skalen für Müdigkeit, Angst und Selbstachtung in der Musiktherapiegruppe wieder sinkende Werte. Ein Therapiekonzept für Multiple Sklerose mit Musiktherapie als Bestandteil bewirkt Verbesserungen in den Bereichen Stimmungslage, Müdigkeit und Selbstakzeptanz. Wenn die Musiktherapie nicht mehr stattfindet, verschlechtern sich die Skalenwerte, und dies scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass Musiktherapie einen Einfluss hat.

Untersuchen wir die Wirkungsweise von Musiktherapie als Interventionsform für Patienten mit Multipler Sklerose, so können wir auf der Grundlage dieser Ergebnisse festhalten, dass die Betroffenen sich weniger deprimiert fühlen, weniger Angst und eine andere Eigenwahrnehmung ihrer Selbstachtung haben. Sieben Teilnehmer beschrieben eine verbesserte Wahrnehmung ihrer selbst mit zunehmendem Selbstvertrauen im Therapieverlauf. Sie waren zunehmend in der Lage, sich von der entstehenden Musik, aber auch von den eigenen ungeahnten musikalischen Fähigkeiten überraschen zu lassen. Die Patienten erleben Musik und Musiktherapie als „etwas „Bewegendes“, das negative Gedanken über ihre Krankheit in den Hintergrund schiebt und ihnen ermöglicht, Empfindungen von Sicherheit, Freiheit und Vergnügen zum Ausdruck zu bringen. Eine Teilnehmerin berichtet, sie habe nach der Behandlung eine Freundin nach langer Zeit in der Universität wieder getroffen; sie unterhielten sich eine Weile, und erst beim Verabschieden erwähnte sie, dass sie an Multipler Sklerose erkrankt sei. Dies zeigte eine Veränderung in ihrer Eigenwahrnehmung; vorher habe sie sich in erster Linie als „krank“ wahrgenommen, jetzt fühle sie sich wie ein normaler Mensch mit anderen Prioritäten im Leben.

Mehrere der nachstehenden Autoren äußern sich zum Singen, zur Bedeutung der Atmung und zur Problematik des Bewusstseins. Wie zuvor bei Ansgar Herkenrath deutlich wurde, ist die Atmung ein wichtiges Bindeglied in diesem Kontext, weil sie sowohl eine subtile organisierende Fähigkeit als auch eine materielle Manifestation darstellt. Singen ist buchstäblich der bewusste Einsatz des Atmens zum Zweck der Heilung mit Hilfe einer speziellen Therapieform. Ein wesentliches Merkmal des Atems ist sein Rhythmus. Musikalisch gesprochen, muss Rhythmus das Element der Intention enthalten, sonst wäre er lediglich zyklische Wiederholung oder Puls (Aldridge, 2002).

Das Leben beginnt und endet mit dem Atem. Emotionen verändern den Atemrhythmus, und wer in große Aufregung gerät, verliert die Kontrolle über die Atmung. Mit der Kontrolle über die Atmung gewinnen wir die Herrschaft über Geist und Körper, und nicht nur das: wir schaffen über den Atem auch eine Verbindung mit unserer Umwelt, deren Teil wir sind. Diese ganz grundlegende Aktivität ist uns selbstverständlich bis zu dem Moment, wenn wir krank werden.

Im Mittelpunkt des Atmens steht die Vorstellung des Handelns im subjektiven Jetzt (Aldridge, 2004b). Die Koordination menschlicher Aktivität, die zu der Kohärenz beiträgt, die wir im Geheiltwerden erleben, hängt vom Zeitbegriff ab. Zeit ist strukturiert, das Atmen stellt das zeitliche Gerüst dar, innerhalb dessen die Gegenwart konstruiert wird. Die Konstruktion in der Zeit, die wir das Jetzt nennen, ist in ihrer erweiterten Form die Basis der Kognition. So funktioniert Musiktherapie, sie bietet für Ereignisse eine zeitliche Struktur, die Kognition erleichtert – Rhythmus als Grundlage des Bewusstseins.

Eine Geschichte aus New York

Lucanne Magill und ich besuchten einen Krankenhauspatienten. Er nahm an einer Forschungsstudie teil, und eine der Behandlungsoptionen war Musiktherapie. Es handelte sich um eine kontrollierte Studie; folglich hatte er seine Einwilligung erteilt, der Behandlungsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt zu werden. Vor Beginn der Sitzung erhielt er einen Fragebogen zum Ausfüllen.

Wir sangen also für ihn und seine Familie. Er und auch seine Frau erzählten aus ihrem gemeinsamen Leben, welche Lieder sie gerne sangen – einige von „vor ganz langer Zeit“ – und wir spielten einige davon. Sie erhielten außerdem eine von anderen Patienten zusammengestellte Liste mit Lieblingsliedern. Beide suchten sich Lieder aus der Liste aus, die sie gerne hören und mitsingen wollten. In den Pausen zwischen den Liedern kamen Erinnerungen an vergangene Ereignisse, und beide äußerten auch ziemliche Besorgnis über die nahe Zukunft. Der Mann war gerade ins Krankenhaus gekommen, und die erste Behandlungsphase sollte an diesem Abend beginnen. Nachdem wir gesungen hatten, wollte er wissen: „War das jetzt Musiktherapie oder Plazebo?“

Die meisten Therapeuten haben im Gespräch mit Kollegen immer wieder solche Geschichten aus der Praxis zu erzählen. Wenn wir miteinander reden, erzählen wir Geschichten mit unterschiedlichen Bedeutungsebenen. Diese Anekdote wirft ein Licht auf Blindversuche in klinischen Studien, auf Plazebo in der Musiktherapie und

gleichzeitig auf meine zweifelhaften Sangeskünste. Sie unterstreicht auch das Potential von Liedern, Erinnerungen heraufzubeschwören und Gesprächsstoff zu liefern.

Nah an der Praxis bleiben

Wir brauchen einen Ansatz in der Kunsttherapieforschung, der nahe an der Praxis des einzelnen Klinikers bleibt, also des Künstlers als Therapeut. Jede therapeutische Situation erscheint zwar als einzigartig, doch können Behandlungsverläufe miteinander verglichen und Wissen gegenseitig mitgeteilt werden. Forschungsmethoden sind Mittel, unser Wissen so zu formalisieren, dass wir das, was wir tun, überhaupt vergleichen können.

Wenn wir jemandem Geschichten aus unserem Leben erzählen, sind das keine Forschungsberichte in konventioneller Form und auch nicht in der quantifizierenden Sprache der Naturwissenschaft abgefasst. Unser Leben lässt sich am besten in den dynamischen Ausdrucksformen einer gelebten Sprache beschreiben. Wesenselement der Sprache ist musikalische Form, die den gedanklichen Inhalt übermittelt. Was wir als Individuen tun, ist im Kontext unserer sozialen Aktivitäten zu verstehen, und der jeweilige Kontext bestimmt auch die Individuen, aus denen er sich zusammensetzt. Forschung als Prozess, das Erfassen von Daten, Forschungsergebnisse und die auf der Grundlage dieser Daten entstehenden Ideen oder Theorien gewinnen ihre Bedeutung aus dem sozialen Kontext, aus unserem Forschungsumfeld. Die für das Forschen bestehenden Konventionen sind Bestandteil dieser aus Forschung und Praxismilieu bestehenden Ökologie, an der wir teilhaben. Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Sprachen der Forschung möchte ich vor allem auf das damit verbundenene aktive Handeln hinweisen und deshalb lieber von Sprechen als von Sprache reden, lieber von Forschen als von Forschung.

Wenn wir ausgehend von unseren Erfahrungen klassifizieren, kodieren und Konzepte erarbeiten, wählen wir den klassischen Ansatz der Beobachtung und des Experiments, wie etwa in der Botanik, Meteorologie und Astronomie. Wir erfassen die Welt über unsere Sinne oder mithilfe von speziell zur Beobachtung entwickelten Instrumenten. Das ist der Erklärungsmodus, eine aus der Konvention entstandene Geschichte im Rahmen eines größeren Kontextes aus anderen Geschichten. In einer wissenschaftlichen Kultur gibt es konventionelle Formen als Bestandteil eines Ausdrucksrepertoires.

Suchen wir aber nach der Bedeutung von Erfahrungen und möchten diese Bedeutung offenkundig machen, dann können wir andere Ausdrucksformen wählen. Das sehen wir im Vorgang des Geschichtenerzählens. Ich vertrete die Auffassung, dass wir unser Repertoire erweitern müssen, wir müssen unterschiedliche Forschungsmethoden zulassen, und gerade darin liegt die Stärke der Fallstudienforschung. Wir müssen akzeptierte Formen entwickeln, die interne Geographie unserer musikalischen Erlebnisse aufzuzeichnen, ebenso wie wir Formen zur Beobachtung äußerer therapeutischer Veränderungen einbeziehen können.

Kunst und Therapie

Forschung aus therapeutischer Perspektive ist keine medizinische Naturwissenschaft, hat keinen allgemein-

gültigen Bezug. Die Bedeutung dieser Arbeit liegt in ihrem speziellen subjektiven und unkonventionellen Bezug. Ästhetische Aspekte bilden einen nur scheinbaren Gegensatz zu naturwissenschaftlichen; ich halte eine pluralistische Einstellung für erforderlich, um das menschliche Leben richtig abzubilden. Pluralistisch meine ich hier in dem Sinn, dass keine politische, ideologische, kulturelle oder ethnische Gruppe die Diskussion dominieren soll. Deshalb braucht die evidenzbasierte Medizin ein Gegengewicht, das sich nicht gegen das Konzept selbst richtet, sondern gegen die Vorstellung, diese Perspektive sei die einzig legitime und für die Praxis maßgeblich.

Das Konzept des Pluralismus ist aus der Theologie entlehnt. Die zugrundeliegende Annahme lautet, dass kein Mensch für sich beanspruchen kann, das Göttliche voll und ganz zu verstehen, und dass wir in aller Bescheidenheit eingestehen müssen, nur über einen Teilausschnitt des Gesamtbildes zu verfügen. Das gilt gewiss auch für die Musiktherapie; keine einzelne Richtung kann den Gesamtvertretungsanspruch erheben oder behaupten, das eigentliche Wesen der Musiktherapie vollständig zu verstehen. Wir sind alle aufgefordert, uns zusammenzutun und unterschiedliche Vorstellungen einzubringen. Dazu erzählen wir auf unterschiedlichste Weise unsere unterschiedlichen Geschichten, die alle auf ihre Art stichhaltig sind. Ob sie Gültigkeit auch außerhalb unseres Wissensgebietes haben, hängt davon ab, wie wir die Gültigkeit belegen und welche Ausdrucksformen wir dafür entwickeln. Eine der möglichen Ausdrucksformen ist sicher die Forschung, und zu ihren unterschiedlichen Dialekten gehören außer klinischen Versuchen und sehr vielen anderen methodischen Ansätzen auch Fallstudien.

Forderungen nach einer einzelnen maßgeblichen Ausgangsbasis für die Kunsttherapieforschung müssen misstrauisch machen. Die Suche nach einem dominierenden Modell für empirische Evaluation läuft auf den Versuch hinaus, andere Meinungen zu disziplinieren und an den Rand zu drängen. Wir verfügen über unterschiedliche Äußerungsweisen in der Musiktherapie ebenso wie beim Musizieren und können trotzdem aufeinander eingehen und Gemeinsamkeiten in unseren Vorstellungen finden, die eher lokal als global ausgeprägt sind. Wichtig für einen pluralistischen Ansatz ist, dass wir unterschiedliche Schwerpunktsetzungen innerhalb der Musiktherapieforschung akzeptieren: die Betonung entweder auf *Musik*therapie oder auf Musik*therapie*. Da es um Forschung zu einem therapeutischen Ansatz geht, müssen wir uns mit den Grundregeln der klinischen Forschung auseinandersetzen. Da es auch um einen ästhetischen Ansatz geht, gibt es Verbindungen zu Forschungsmethoden aus dem Bereich der Künste. Weil der Ansatz auch psychosoziale Aspekte hat, steht uns außerdem ein breites Repertoire an Forschungsstrategien aus den Sozialwissenschaften zur Verfügung (Aldridge, 1998a).

Forschung als Anwaltschaft – ein brennendes Anliegen

Ich möchte einige persönliche Vorstellungen zur Forschung darlegen, weil Forschen eine Aktivität ist, die voll und ganz ausgelebt werden will. Forschen heißt nicht nur Techniken der Datenerfassung anwenden und Formeln zur Analyse dieser Daten

aufstellen.

1. Forschung ist evolutionär, gelegentlich gar revolutionär. Forschung wird die Praxis in begrenztem Maß beeinflussen. Wir dürfen nicht vergessen, dass soziale Prozesse Theorie und Praxis prägen. Forschung ist nur ein kleiner, bescheidener Beitrag unter vielen anderen, die Veränderungen bewirken. Mit dieser Aussage habe ich hoffentlich weder allzu viele hoffnungsvolle Aspiranten abgeschreckt noch die Eitelkeit meiner Berufskollegen verletzt. Wollen wir tatsächlich etwas verändern, dann müssen wir unsere Forschungsstrategien mit politischen Initiativen verknüpfen. Auf meinem Gebiet der komplementärmedizinischen Forschung lag die Betonung weniger auf der Forschung als vielmehr auf dem politischen Willen hinter der Entscheidung, komplementäre medizinische Verfahren seien für den Verbraucher von Wert. Hier kam die Verbrauchernachfrage vor der Bedeutung signifikanter Forschungsprojekte.

2. Unterschiedliche Richtungen in Psychologie, Musik, Medizin, Soziologie oder Philosophie beeinflussen unsere Art, Forschung zu treiben. Jede Richtung beansprucht Legitimität und wird von zeitlichen und örtlichen Faktoren geprägt. Die Auseinandersetzung ist auch durch wirtschaftliche und kulturelle Prozesse bedingt. Einige Einrichtungen unterstützen nur angewandte Forschung in der Hand von ausgebildeten Musiktherapeuten. Das ist eine politische Entscheidung, ebenso wie eine andere Einrichtung beispielsweise nur theoretische Musiktherapiestudien durch Ethnomusikologen durchführen lässt. In einigen Zentren werden ausschließlich spezielle klinische Studien durchgeführt, für die es Fördergelder gibt. Solche Entscheidungen sind nicht nur „wissenschaftlich“ begründet, sondern stehen in einem bestimmten kulturellen und finanziellen Zusammenhang. Einige Musiktherapieforscher halten nur ihre eigene Art der Musiktherapie für zukunftsweisend. Das ist aber keine wissenschaftliche Aussage, sondern eine politische, dabei geht es um Gebietsansprüche in der akademischen Welt.

3. Kliniker und andere im Gesundheitswesen Tätige werden Forschungsergebnisse eher akzeptieren, wenn diese sich auf ganz konkrete Probleme beziehen und die Forschung in einem praxisnahen Kontext erfolgt. Forschungsergebnisse nützen nichts, wenn sie im Regal verstauben. Eine breite Vielfalt an musiktherapeutischen Fachzeitschriften steht zur Veröffentlichung von Ergebnissen zur Verfügung. Außerdem kann musiktherapeutische Forschung auch in Fachzeitschriften anderer Disziplinen veröffentlicht werden, und das wird in Zukunft besonders wichtig sein. Potentielle Leser interessiert immer, wie Forschungsergebnisse in der Praxis ihren Niederschlag finden können. Ein Blick auf die Pflegewissenschaft zeigt, welche Fortschritte Pflegewissenschaftler in klinischen Studien über den Einsatz von Musik im Alltag erzielt haben. Wir brauchen uns nicht über begrenztes Verständnis für Musik zu beklagen

wenn wir uns nicht mit der betreffenden Berufsgruppe und ihren Bedürfnissen auseinandergesetzt haben.

4. Wissen über Musiktherapie lässt sich nicht verallgemeinern, aber es gibt viele Gemeinsamkeiten in der Praxis. Mit fortschreitenden Entwicklungen in der Musiktherapieforschung treffen pauschale Äußerungen über „die Musiktherapie" immer weniger zu. Bestenfalls könnte man von Musiktherapien im Plural sprechen. In der Praxis heißt das, dass für die in den jeweiligen Kontexten bestehenden Anforderungen und Bedürfnisse die geeigneten musiktherapeutischen Ansätze gefunden werden müssen. Die Fähigkeit, diese kontextspezifischen Vorstellungen in das Gesamtbild des Wissens einzubringen, ist Gegenstand der Lehre, Ausgangspunkt für maßgebliche Reviews und ein für Symposien und Konferenzen gut geeignetes Thema. Beispielsweise wissen wir aus dem Forschungsprojekt von Monika Jungblut, dass ihre Arbeit mit an Aphasie leidenden Patienten wirkungsvoll ist; dennoch können wir aufgrund ihrer Ergebnisse nicht argumentieren, dass eine Musiktherapie auf psychotherapeutischer Grundlage ebenso wirkungsvoll wäre. Ihr Ansatz basiert auf dem Einsatz von Musik in Verbindung mit Singen, Intonation, Prosodie und Improvisation.

5. Das aus der Praxis gewonnene Wissen über Musiktherapie ist fließend, und starre Forschungsmodelle werden diesem fließenden Charakter nicht gerecht. Im Hinblick auf die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung sind fest vorgegebene Reaktionsmessungen in der Musiktherapieforschung weniger geeignet als flexible Reaktionsmuster, die den wechselnden Umständen angepasst werden können.

6. Es gibt keine universellen Kriterien zur Beurteilung von Musiktherapieforschung. Es ist aber sehr wohl möglich, spezifische Angaben zu den Zielen zu machen, die Forschung für bestimmte Patientengruppen und musiktherapeutische Projekte erreichen soll.

7. Angesichts knapper Ressoucen ist es erforderlich, die Anwendbarkeit unserer Ergebnisse zu belegen und Wege zur Anwendung dieser Ergebnisse zu finden. Das ist eine politische Entscheidung.

8. Forschungsergebnisse werden genutzt, wenn Kliniker sie als gangbare Richtlinien auffassen, die einen Bezug zu ihren eigenen Kenntnissen über klinische Veränderung haben.

9. Die Suche nach einer Liste validierter Behandlungsmethoden stellt sich als eine politische Agenda dar, eine dominante Form zu legitimieren und anderen Formen die Legitimität abzusprechen.

Bei allen beschriebenen Studien ist ein persönliches Engagement für die klinische Praxis erkennbar und eine feste Überzeugung vom Wert der musiktherapeutischen Praxis. Diese Wissenschaftler haben keine neutrale Einstellung zur Praxis und auch keine Distanz zu den sich aus der Praxis ergebenden Fragestellungen. Wir haben all zu lange die Perspektive der Naturwissenschaften übernommen und

geglaubt, wir können von dem, was wir tun, distanziert zurücktreten. Das Umgekehrte scheint der Fall zu sein. Musiktherapieforscher haben einen sehr starken Bezug zu den Implikationen ihrer Tätigkeit für den Patienten und für die Berufsgruppen, denen sie angehören. Wir müssen die Fähigkeit entwickeln, uns im jeweils richtigen Augenblick zu engagieren bzw. zu distanzieren, über unsere Forschungsarbeit zu reflektieren und unsere eigene Subjektivität zu erkennen.

Alle hier erwähnten Studien haben ein naturalistisches Umfeld. Forschung verändert zwar die Betonung innerhalb des Umfelds, aber das Umfeld selbst ist im Hinblick auf die Anwendbarkeit von höchster Bedeutung. Ein weiterer Schwerpunkt der Studien sind pragmatische Methoden angesichts der häufig auftretenden Frage, was sich mit nur begrenzten materiellen Ressourcen erreichen lässt. Die menschliche Ressourcen jedoch sind erheblich und eindrucksvoll. Und genau dies macht uns Mut, weiter zu forschen trotz eingeschränkter Mittel. Unser neugieriger, offener Geist, wir selbst als Teil einer Gemeinschaft von Forschenden und Praktizierenden, wir sind die wichtige Ressource.

CODA

In seinem Buch „Tales of the Dervishes“ spricht Idries Shah (Shah, 1967) von drei verschiedenen Komponenten des Wissens: dies sind die Wissenschaft vom normalen Wissen, die Wissenschaft von inneren Zuständen und die von einem weiteren, über die ersteren beiden hinausgehenden Zustand, dem der wahren Realität. Zur Beschreibung des Wissens verwendet er das Bild eines Wagenlenkers, der einen von einem Pferd gezogenen Wagen steuert. Das Fahrzeug ist der Intellekt, die äußere Form dessen, was zu tun ist. Das Fahrzeug ermöglicht es uns, aktiv zu werden. Die Antriebskraft, in seiner Metapher das Pferd, liefert die Emotion. Der Wagenlenker ist derjenige, der diese Antriebskraft vor eine äußere Form spannt, zu einem der jeweiligen Situation entsprechenden Zweck. Erst wenn alle drei Faktoren richtig miteinander verbunden sind, kann Bewegung stattfinden. Entsprechend verhält es sich mit Forschung über menschliches Verhalten und in diesem speziellen Zusammenhang über Musik als Therapie. Für äußerliche Formen des Wissens haben wir den Begriff „Wissenschaft“, der einzelne wissenschaftliche Disziplinen umfasst wie etwa Musikologie, Anthropologie und Physiologie. Wissenschaften stehen für Aktivitäten des Wissenserwerbs. Vielleicht ist es angebracht, die verbale Form zu verwenden und von „Wissen schaffen“ zu sprechen.

Literatur

Aldridge, D. (1987a). A community approach to cancer in families. *Journal of Maternal and Child Health,* 12, 182-185.
Aldridge, D. (1987b). Families, cancer and dying. *Family Practice*, 4, 212-218.
Aldridge, D. (1988). Families, cancer and dying. *Journal of the Institute of Religion and Medicine*, 3, 312-322.
Aldridge, D. (1989). Music as identity. *Journal of Neuroscience*, 45, 162.

Aldridge, D. (1991a). Aesthetics and the individual in the practice of medical research: a discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84, 147-150.
Aldridge, D. (1991b). From out of the silence. *Complementary Medical Research,* 5 (1), 17-22.
Aldridge, D. (1991c). Meaning and expression: the pursuit of the aesthetics in research. *Holistic Medicine*, 5, 177-186.
Aldridge, D. (1991d). Single case research designs for the clinician. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84, 249-252.
Aldridge, D. (1995a). Music Therapy and the treatment of Alzheimer's disease. *Clinical Gerontologist*, 16(1), 41-57.
Aldridge, D. (1995b). Spirituality, hope and music therapy in palliative care. *The Arts in Psychotherapy*, 22(2), 103-109.
Aldridge, D. (1996a). *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
Aldridge, D. (1996b). Notes on "Becoming Healthy": Lifestyle, Body and Identity. *Advances*, 12(1), 51-58.
Aldridge, D. (1996c). *Towards the development of a European research culture in music therapy*. In Pedersen, L (Ed.), Music Therapy within multi-disciplinary teams. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
Aldridge, D. (1997). *Lifestyle, charismatic ideology and a praxis aesthetic*. In S. Olesen, B. Eikard, P. Gad & E. Høg (Eds.), Studies in Alternative Therapy. Odense: Odense University Press.
Aldridge, D. (1998a). A social scientist reflects on 15 years of research in complementary medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, 6, 147-151.
Aldridge, D. (1998b). Hope, meaning and music therapy in the treatment of life threatening illness. *Cancer Prevention International,* 3, 279-286.
Aldridge, D. (1998c). Music therapy and the treatment of Alzheimers's disease. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4(1), 17-30.
Aldridge, D. (1998d). Spirituality,healing and medicine. *Cancer Prevention International*, 3, 287-295.
Aldridge, D. (2000). *Music therapy in dementia care: More new Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
Aldridge, D. (2002). Philosophical speculations on two therapeutic applications of breath. *Subtle Energies & Energy Medicine,* 12(2), 107-124.
Aldridge, D. (2003a). Music therapy references related to cancer and palliative care. *British Journal of Music Therapy*, 17(1), 17-25.
Aldridge, D. (2003b). *The creative arts therapies in the treatment of neurodegenerative illness*. In P. d. Campo (Ed.), Music Therapy and Art Therapy in Neurodegenerative Diseases (pp. 25-35). Barcelona: Fundación "la Caixa".
Aldridge, D. (2004a). *Case study designs in music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
Aldridge, D. (2004b). *The individual, health and integrated medicine: In search of an health care aesthetic*. London: Jessica Kingsley Publishers.
Aldridge, D. (2004c). The reflective practitioner in a community of enquiry: case study designs. *Journal of Holistic Healthcare,* 1(2), 19-23.
Aldridge, D. (2005). *Music therapy in neurological rehabilitation: Performing health*. London: Jessica Kingsley.

Aldridge, D., & Fachner, J. (2005). *Music and altered states. Consciousness, transcendence, therapy and addictions.* London: Jessica Kingsley Publishers.
Aldridge, D., Schmid, W., Kaeder, M., Schmidt, C., & Ostermann, T. (2005). Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complementary Therapies in Medicine,* 13, 25-33.
Aldridge, G. (1996d). "A walk through Paris" :The development of melodic expression in music therapy with a breast-cancer patient. *Arts in Psychotherapy, 23, 207-223.*
Aldridge, G and Aldridge, D (2007 in press) *Melody in music therapy: A therapeutic narrative analysis*. London: Jessica Kingsley Publishers.
Bailey, L. (1983). The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. *Music Therapy,* 3(1), 17-28.
Bailey, L. (1984). The use of songs with cancer patients and their families. *Music Therapy,* 4(1), 5-17.
Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
Bateson, G. (1978). *Mind and nature.* Glasgow: Fontana.
Dennett, D. C. (1994). *Philosophie des menschlichen Bewußtseins*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
Gilbertson, S. K., & Aldridge, D. (2003). Searching PubMed/MEDLINE, Ingenta, and the Music Therapy World Journal Index for articles published in the Journal of Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 40(4), 324-244.
Gilbertson, S. K., & Aldridge, D. (2004). The Australian Journal of Music Therapy and the Music Therapy World Journal Index: The first full text music therapy journal database. *Australian Journal of Music Therapy,* 15, 76-83.
Grauer, V (2006) Echoes of forgotten ancestors. *the world of music*, 48(2), 5-58.
Jungblut, M., & Aldridge, D. (2004). Musik als Brücke zur Sprache - die musiktherapeutische Behandlungsmethode SIPARI bei Langzeitaphasikern. *Neurologie & Rehabilitation*, 10(2), 69-78.
Jungblut, M., Gerhard, H., & Aldridge, D. (2006). Die Wirkung einer spezifischen musiktherapeutischen Behandlung auf die sprachlichen Leistungen eines chronisch kranken Globalaphasikers – eine Falldarstellung. *Neurologie & Rehabilitation,* 12 (6), 339-347.
Kern, P., & Aldridge, D. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 270-294.
Kern, P., Wolery, M., & Aldridge, D. (2006). Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines For Young Children With Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
Magill Levreault, L. (1993). Music therapy in pain and symptom management. *Journal of Palliative Care*, 9(4), 42-48.
Minks, A (2006) Introduction. *the world of music*, 48(1), 5-8.
Needleman, J. (1994). *The indestructible question: Essays on nature, spirit and human paradox.* London: Arkana.
Ornstein, R. (1996). *The mind field*. Cambridge: Malor Books ISHK.
Ornstein, R., & Sobel, D. (1989). Coming to our senses. *Advances,* 6(3), 49-56.
Ridder, H.-M., & Aldridge, D. (2005). Individual music therapy with persons with frontotemporal dementia. Singing dialogue. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2), 91-106.

Schmid, W., & Aldridge, D. (2004). Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: a matched control study. *Journal of Music Therapy,* 41(3), 225-240.
Schmid, W., Aldridge, D., Kaeder, M., Schmidt, C., & Ostermann, T. (2003). Gesundheit und kreativer prozess - eine Pilotstudie zur musiktherapeutischen Betreuung von MS-Patienten*. Pflegemagazin*, 4(5), 14-23.
Shah, I. (1964). *The Sufis.* London: Octagon Press.
Shah, I. (1967). *Tales of the Dervishes.* London: The Octagon Press.
Shah, I. (1968). *The way of the sufi*. London: Octagon Press.
Shah, I. (1969). *Wisdom of the idiots*. London: Octagon Press.
Shah, I. (1971). *Thinkers of the East*. London: Octagon Press.
Shah, I. (1983). *Learning how to learn.* London: Octagon Press.
Shah, I. (1990). *Sufi thought and action.* London: Octagon Press.
Vonnegut, K. (1959). *The Sirens of Titan.* London: London.

Kontakt:
Prof. Dr. David Aldridge
Nordoff-Robbins-Zentrum Witten
Fördergesellschaft für Musiktherapie
in Witten und Umgebung e.V.,
Tel.: + 49 (0)2302/28 24 70
E-Mail: info@nordoff-robbins.org

Dr. Udo Baer

Kreative Therapie im Spagat zwischen Kunst und Wissenschaft

Mit zwei kleinen Geschichten möchte ich beginnen. In der Supervision mit den Beschäftigten einer Einrichtung für psychisch erkrankte Menschen wurden zahlreiche Themen in der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen thematisiert. Irgendwann fragte ich sie: „Gibt es denn auch Probleme mit den Patient/innen oder den Klient/innen?“ Sie sagte: „Nein, mit denen läuft alles klar.“ Irgendwann einmal fragte ich nach und sagte: „Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit beschäftigen Sie sich überhaupt mit den Patientinnen und Patienten?“ Sie hatte mir vorher viel von den Aufwendungen für Dokumentationen und zahlreichen Besprechungsterminen und ähnlichem erzählt. Sie rechnete nach und sagte: „Oh, da passe ich schon auf, das ist relativ viel.“ Und ich fragte nach: „Ja, wie viel denn?“ „Ja, auf 20 Prozent meiner Arbeitszeit komme ich schon.“ Das hat mich erschrocken und erschrickt mich immer noch. Dieser Prozentsatz wird natürlich in zahlreichen Einrichtungen höher sein. Und doch erzähle ich Ihnen dieses Beispiel als Beleg dafür, wie zwiespältig Qualitätsmanagement und Dokumentation sein können. Es ist wichtig und notwendig. Selbstverständlich müssen wir dokumentieren, wofür wir letzten Endes bezahlt werden, nämlich die Arbeit mit den Menschen, die uns brauchen. Doch die andere Seite ist, dass über Qualitätsnachweise, auch wissenschaftliche Qualitätsnachweise, letzten Endes die Arbeit mit den Menschen zu kurz kommen kann. Wissenschaftliche Auswertung kommt bei vielen Beschäftigten als Dokumentation an, und deswegen hat die Frage nach der Wissenschaftlichkeit eine eminent praktische Bedeutung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch für die Klientinnen und Klienten.

Eine zweite Geschichte: Ein Klient kam vor einiger Zeit zu mir und sagte im Erstgespräch: „Herr Baer, ich möchte gern meine rechte Gehirnhälfte optimieren.“ Ich fragte nach und er erzählte, dass vor allen Dingen seine Frau meinte, er solle doch mehr seine Gefühle mitteilen und deswegen wolle er diese Gehirnhälfte optimieren. Was dieser Klient mitbrachte, war ein theoretisches Modell, das die Gehirnhälften unterteilt und ihnen unterschiedliche Aufgaben zuweist. Dieses theoretische Modell ist noch sehr verbreitet und dennoch in seiner Einfachheit falsch. Es gibt mehr als 700 Systeme im Gehirn mit sicherlich unterschiedlichen Rechts-Links-Gewichtungen, aber diese sind viel differenzierter, als dass es eine solch einfache Rechts-Links-Differenzierung zulassen würde. Und doch hält sich dieses Modell, weil wir Menschen alle Interesse haben an einfachen Modellen und eindeutigen Gegenüberstellungen. Sich auf Wissenschaft berufene Modelle begegnen uns in der Therapie auch in den Klientinnen und Klienten, nicht nur auf der fachlichen Seite.

Obwohl ich gerade dagegen geredet habe, möchte ich einen solchen Rechts-Links-Dialog, den viele von

uns kennen, kurz illustrieren. Meine rechte Hand, das ist die Kunst, meine linke Hand die Wissenschaft. Die Kunst sagt: Wir sind einzigartig, wir sind originell, was kann uns die Wissenschaft bieten? Jedes Bild, jeder Klang, jede Bewegung ist ein einzigartiges Original.
Die Wissenschaft sagt: Schön und gut. Wichtig ist uns die Vergleichbarkeit. Woher weißt du denn, dass etwas eine Depression ist oder nicht? Du kannst nicht jeden Menschen einzeln beschreiben und außerdem, was soll in die Abrechnungsbögen eingetragen werden?
Die Kunst sagt: Du und deine Abrechnungsbögen. Trag doch ein, was du möchtest. Ich kann vieles vergleichen, auch die Menschen. Aber dir geht es doch gar nicht nur ums Vergleichen, du willst ja alles messen. Wie soll ich Leid messen? Jedes Leid ist einzigartig und dadurch nicht messbar. Dafür gibt es keine Skalen, keine Röntgenbilder, keine Blutbilder, Leiden ist individuell.
Die Wissenschaft sagt: Das mag sein, dass das Leiden individuell ist. Aber die Behandlung ist nicht individuell, wir brauchen Gruppen von Leiden, um Wege der Behandlung zu kennen, und wir müssen wissen, welche Wege der Behandlung wir beschreiten müssen, und wir müssen um die Wirkung wissen.
Der Streit geht noch einige Stunden weiter. Wir machen einen Zeitsprung: Zwei Stunden später sagt die Kunst: Du nimmst mich nicht ernst.
Und die Wissenschaft sagt: Du nimmst mich nicht ernst.

Wenn wir uns hier mit dem Spagat zwischen Wissenschaft und Kunst beschäftigen, dann ist mir wichtig, dass die unterschiedlichen Positionen, die ich hier überspitzt und selbstverständlich etwas karikiert dargestellt habe, jeweils ernst genommen werden. Vielleicht kann man sie nicht versöhnen, aber man kann sie verbinden und immer ist die Voraussetzung dafür, beide Argumentationen und beide Haltungen ernst zu nehmen.

Drei zentrale Argumente hat das Künstlerische, das Kreative vorzubringen. Das erste Argument ist selbstverständlich: Jeder kreative Akt ist einzigartig und ist nicht messbar. Wie will ich die Einzigartigkeit eines Van Gogh-Bildes messen? Wie will ich die Einzigartigkeit messen, mit der ein depressiver Mensch sein Leiden ausdrückt?
...
Das zweite Argument, das die Kunst, die Kreativität, anführen kann, lautet: Wir arbeiten künstlerisch mit Menschen, die sich jeder Statistik entziehen. Selbst wenn ich weiß, dass 80 Prozent der Menschen mit depressiven Störungen Schwierigkeiten haben morgens aufzustehen, weiß ich nicht, ob die Klientin oder der Klient, mit denen ich arbeite zu den 80 Prozent oder zu den 20 Prozent anderen zählt. Ich weiß, dass vielleicht 90 oder 95 Prozent der Menschen in unserer Kultur mit Schwarz Traurigkeit verbinden, aber ich kenne auch Menschen, die Traurigkeit mit Weiß verbinden oder mit Grau oder mit Gelb, weil sie diese Farbe an ein altes Auto erinnert, das ihr Ex-Partner gefahren hat ... Ich weiß nicht, ob die Menschen, mit denen ich als Therapeut zu tun habe, zur Mehrheit zählen oder zur Minderheit. Es handelt sich um Individuen und um keine statistische Größe. Die Kunst hat darin Recht, dass wir jeweils auf die einzelnen Menschen schauen müssen.
Das dritte Argument lautet: Kreative Therapie beinhaltet die Begegnung zwischen zwei oder mehr Menschen.

In dieser Begegnung treffen zwei einzigartige Wesen aufeinander, das ist ein kreativer Akt. Dieser Akt ist nicht wiederholbar, er ist nicht messbar. In dieser Begegnung geschieht etwas Kreatives, geschieht Resonanz, etwas schwingt miteinander usw.

Und auch die Wissenschaft hat drei zentrale Argumente, die ernst zu nehmen sind. Das erste lautet: Es gibt eine ganze Fülle von Forschungsergebnissen, die Ihr Künstler, Ihr Kreativen zur Kenntnis nehmen und berücksichtigen müsst. Selbstverständlich sind beispielsweise die modernen Forschungen der Säuglingsforschung, der Entwicklungspsychologie, der Neurobiologie usw. wesentlich und nützlich und können gerade das, was Kreativtherapeutinnen und -therapeuten tun, wissenschaftlich unterstreichen. Die Neurowissenschaften haben z. B. eindeutig belegt, dass die große Trennung zwischen Kognitivem und Emotionalem, die ja noch in vielen diagnostischen Systemen enthalten ist (z. B. in der Beschreibung der Demenz als überwiegend kognitiven Störung des Gedächtnisses) nicht aufrecht zu erhalten ist. In jeder Wahrnehmung ist das Limbische System beteiligt, in jeder Entscheidung, was aus dem Arbeitsspeicher Ihres Gehirns in Ihre Festplatte, also in das Langzeitgedächtnis übertragen wird, ist das Limbische System beteiligt. Das ist eine wichtige Erkenntnis. Genauso haben Neurowissenschaftler nachgewiesen, dass es nicht nur wichtig ist, wie man etwas lernt, sondern wie man etwas *ver*lernt. Wir arbeiten mit Menschen, die unsere Hilfe suchen, um etwas zu verlernen. Zum Beispiel zu verlernen, dass sie immer, wenn sie die Wohnung verlassen, noch einmal zum Herd gehen müssen und schauen, ob dieser noch an ist oder nicht, oder zu verlernen, aggressive Gewaltausbrüche zu leben. Man kann neurobiologisch nachweisen, dass, um verlernen zu können, Verwirrung notwendig ist, Open-State-Zustände. Das, was unsere Lehrer immer an uns hassten und uns vorwarfen: „Baer, du bist wieder verwirrt“, das ist eigentlich der kreative Zustand. Wir Kreativtherapeutinnen und -therapeuten schaffen ständig ein bisschen Verwirrung. Wenn wir Menschen vorschlagen, ihr Leiden zu musizieren oder bildnerisch zu gestalten oder für ihre Niedergeschlagenheit eine Körperhaltung zu finden und diese zu verändern, dann laden wir ein, Festgefahrenes zu verwirren, neue Wege zu beschreiten, Altes zu verlernen, um neue Trampelpfade des Lebens und Erlebens entstehen zu lassen.

Viele Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung betreffen nicht *nur* die klassische Medizin oder *nur* die klassische Psychotherapie oder *nur* die Kreativitätstherapien, sondern bewegen sich an den Schnittstellen zwischen ihnen. Ein Beispiel nur, das mich besonders beeindruckt hat: In den USA hat man die körperlichen Reaktionen untersucht, die während des Schämens eintreten. Man hat Studenten gebeten, eine Situation aufzuschreiben, in der sie sich geschämt haben. Vorher hat man ihnen Blut abgenommen und danach das Blut untersucht und die Parameter im Blut, die Entzündungswerte anzeigen, gemessen. Dabei wurde festgestellt, dass sich gerade diese Parameter gewaltig erhöht haben. Das Experiment wurde wiederholt und man hat festgestellt, dass sich die Ergebnisse bestätigten, ja: je stärker das subjektive Schamerleben in dem geschriebenen Bericht war, desto stärker waren die Entzündungswerte.

Daraus kann man nun nicht den Umkehrschluss ziehen, dass alle Leute, die an rheumatischen Entzündungen leiden, auch von versteckter Scham betroffen sind. Solche Umkehrschlüsse sind Plattheiten und natürlich völlig falsch. Aber was zeigt dieses Experiment? Emotionale Prozesse zeigen messbare körperliche Reaktionen. Es gibt eine Fülle solcher und ähnlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse, die wichtig sind, die wir als Kreativtherapeutinnen und -therapeuten in unsere Arbeit mit einbeziehen müssen.

Die Wissenschaft sagt auch: Wir brauchen das Allgemeine im Besonderen. Wir können nicht für jeden konkreten Menschen, für jede therapeutische Beziehung neue Begriffe entwickeln. Wir brauchen Begriffe wie Scham, wie Niedergeschlagenheit, wie Depression, denn wir müssen uns darüber verständigen und die Begriffe, mit denen wir uns verständigen, müssen definiert sein. Dieses Argument ist richtig. Wir brauchen eine Legende für einen Stadtplan, um uns hier in Köln zurechtzufinden. Doch Menschen sind flexibler als Städte, schneller Veränderungen unterworfen, so dass die „Stadtpläne“ des Menschen oft Veränderungen aufweisen, die mit unseren Begriffen nicht übereinstimmen. Wenn ich die Straße einem Stadtplan gemäß entlang fahre und dort auf eine Sperrung durch eine Baustelle treffe, muss ich einen Umweg fahren, auch wenn mir der Stadtplan sagt, ich sollte geradeaus fahren. Begriffliche Verallgemeinerungen sind wichtig und notwendig und doch brauchen wir das Staunen und die Offenheit über die individuellen Besonderheiten eines jeden Menschen und einer jeden therapeutischen Begegnung.

Wir müssen die Widersprüchlichkeit zwischen der Kunst und der Wissenschaft zuerst einmal anerkennen und wir müssen anerkennen, dass wir diese Widersprüchlichkeit aushalten müssen. Wir leben in ihr, wir arbeiten in ihr, sie besteht nicht nur in den Institutionen, sondern auch in uns. Diese Offenheit ist notwendig. Um diese Haltung zu unterstützen und zu konkretisieren, möchte ich Ihnen einige Begriffe vorstellen und anhand derer genauer die Verbindung zwischen Wissenschaft und Kunst beleuchten.

Der erste Begriff, den viele von Ihnen vielleicht noch von Ihren Ausbildungen kennen, ist das berühmte Hempel-Oppenheim-Schema, genannt HO. HO bedeutet: Wenn gesagt wird, alle A sind gleich B und ich habe ein A, dann kann ich daraus schließen, dass A gleich B ist. Das ist eine ganz einfache Logik, die für die Naturwissenschaften grundlegend ist, die wichtig ist, wenn eine Brücke geplant und gebaut wird. Dann muss A gleich B sein, die Zugkräfte des Stahls müssen identisch und messbar sein, müssen vergleichbar sein. Die technisch orientierte Physik, aus der dieses Hempel-Oppenheim-Schema stammt, operiert mit einer begrenzten Anzahl von Daten, von Variablen. In der Quantenphysik, in der die Anzahl von A’s tendenziell unbegrenzt ist, funktioniert es nicht mehr. In der Arbeit mit Menschen gilt ebenfalls eine unbegrenzte Menge von A, wird die Datenmenge auf eine tendenziell unbegrenzt Anzahl von Variablen ausgeweitet.
Der ICD 10 nennt fünf, sechs, sieben Variablen zu jeder Erkrankung, doch jeder konkrete Mensch, dem wir begegnen, ganz gleich, ob wir Ärzte oder Kreativtherapeuten sind, präsentiert uns eine viel größere Anzahl von Variablen. Deswegen kommen wir mit dem HO-Schema nicht weiter.

Ein zweiter Grund, warum dieses naturwissenschaftliche Schema in der Arbeit mit Menschen nur äußerst bedenklich einzusetzen ist, besteht darin, dass es bei den Menschen um das Erleben geht und dieses Erleben nicht messbar ist. Die Zugkräfte eines Stahlträgers für den Brückenbau sind messbar, aber wie ist Leid messbar, wie ist Schmerz messbar, wie ist Scham messbar?
Die Datenmengen, die uns in der Diagnostik und im therapeutischen Kontakt mit Menschen begegnen, können nicht zu im Sinne des HO-Schemas bekannten Ergebnissen führen, wohl aber zu Annäherungen. Lasst uns deswegen demütig sein in unserer Haltung dem Wissen über Menschen gegenüber. Diagnostiken, die wir formulieren, sind Wahrscheinlichkeiten, sind Vermutungen. Diese Haltung ernst zu nehmen, dass wir statt Gewissheiten über Annäherungen, Vermutungen und Wahrscheinlichkeiten verfügen, ist ein wichtiger Bestandteil einer ehrlichen Haltung unseren Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten gegenüber.

Der zweite Begriff ist der Begriff des Naturgesetzes. Oft wird für alle Bereiche unterstellt, dass Wissenschaft Naturgesetze entdeckt und formuliert. Was sind Naturgesetze? Ein Zitat aus der Wissenschaftstheorie: „Ein Naturgesetz ist eine All-Aussage, die weder räumlich noch zeitlich in ihrer Gültigkeit eingeschränkt ist." Können solche Aussagen für therapeutische Prozesse formuliert werden? Ich glaube nicht. Meine langjährige Erfahrung als Therapeut sagt, dass es immer anders kommt, als ich vorher denke. Viele Therapeutinnen und Therapeuten, ärztliche, psychotherapeutische oder künstlerische sind sich einig darin, dass keine Diagnose die Therapie überdauert. Immer gibt es Irritationen, immer gibt es Einschränkungen, immer gibt es Quergänge. Jeder Therapieplan, den ich aufstelle, ist für mich gut und gibt mir Sicherheit. Aber kaum ein Plan überlebt die Therapie. Immer gibt es räumliche und zeitliche Einschränkungen, das gehört zum Menschsein.
Wir brauchen deshalb für den Bereich der Humanwissenschaften einen anderen Begriff als den des Naturgesetzes, um Aussagen und Erfahrungen vergleichen zu können. Einen solchen Begriff habe ich in der Leibphänomenologie gefunden. Die phänomenologischen Philosophen sagen, dass ein Grundgesetz menschlicher Wahrnehmung und Handlung in der Ähnlichkeit besteht. Wenn ich jetzt hier all Ihre Gesichter sehe, dann erkenne ich, dass Sie alle Menschen sind, obwohl jedes Gesicht unterschiedlich aussieht. Ich kann dies erkennen, weil Sie sich ähneln. Die Musikerinnen und Musiker unter Ihnen werden Beethovens 5. Symphonie erkennen, ganz gleich, ob sie von Karajan oder von einem Schülerchor gesungen oder gespielt wird. Jede Melodie birgt in sich Wiederholungen und ist gleichzeitig ähnlich, diese Ähnlichkeit ist eine wunderbare Chance der Wahrnehmung, weil wir Vergleichbares vergleichen können, auch wenn es nicht hundertprozentig identisch ist und auch nicht wie bei einem Naturgesetz sein muss.
Die Ähnlichkeit ist eine Chance, aber auch gleichzeitig eine Falle. Wenn ein Klient davon erzählt, dass seine Partnerin ihn sehr schlecht behandelt, dann kann es geschehen, dass der Therapeut denkt: „Das ist ja genau wie in meiner Ehe." Die Ähnlichkeit ermöglicht, Verbindungen herzustellen, und doch sollten wir Therapeutinnen und Therapeuten immer wissen, dass Ähnlichkeit nicht immer Gleichheit ist. Wir

können aufgrund von Ähnlichkeiten Hypothesen formulieren, aber immer in dem Bewusstsein, dass wir diese Thesen überprüfen müssen.

Der dritte Begriff ist der der Hermeneutik. Hermes der Götterbote war nicht nur dafür zuständig, die Post zu überbringen, sondern auch dafür da, zu übersetzen und für Verständigungen zu sorgen. Und um Verständigungen geht es sehr viel in der Therapie. Das Verstehen ist die Absicht und der Inhalt der Hermeneutik. Es gab Versuche, zu differenzieren, dass die Geisteswissenschaften hermeneutisch vorgehen und sich um eine Verstehen von innen heraus bemühen, während die Naturwissenschaften einschließlich der Medizin sich an der naturwissenschaftlichen Gesetzlichkeit und Logik orientieren und dass sich so beide wissenschaftlichen Bereiche gegenüberstehen. Als kreative Therapeutinnen und Therapeuten befinden Sie sich aber genau an der Schnittstelle zwischen beiden. Sie arbeiten in Kliniken, Sie arbeiten mit naturwissenschaftlichen orientierten Medizinern, Sie wollen Behandlungsverläufe dokumentieren und Erfahrungen auswerten. Gleichzeitig sind Sie kreative Therapeutinnen und Therapeuten und betonen die Einzigartigkeit der therapeutischen Begegnung, die Einzigartigkeit des Kunstwerkes usw. Deswegen – und nicht nur deswegen – können wir mit dieser Trennung zwischen der Medizin und der künstlerischen Therapie, zwischen Geistes- und Naturwissenschaft nicht allzu viel anfangen, deswegen müssen wir einen etwas genaueren Blick auf die Hermeneutik werfen, um herauszufinden, wie sie uns helfen kann, unsere Arbeit des Verstehens zu betreiben.
Die Hermeneutiker sagen: „Der größte Feind des Verstehens ist die Verallgemeinerung." Solchen Verallgemeinerungen begegnen wir immer: Borderliner sind unberechenbar, alle Menschen, die die Schultern hochziehen, haben Angst, alle Menschen, die Schwarz malen, sind traurig, usw. Solche Verallgemeinerungen sind der größte Feind des Verstehens, wir müssen uns dessen bewusst sein und wachsam gegenüber solchen Verallgemeinerungen sein. Und gleichzeitig brauchen wir Begrifflichkeiten und in den Begrifflichkeiten sind Verallgemeinerungen enthalten. Hier kommen wir wieder dazu, dass wir einen Widerspruch aushalten müssen. Ohne Zugriff auf Verallgemeinerung kann ich nicht verstehen und gleichzeitig ist die Verallgemeinerung der größte Feind des Verstehens. Dieser Widerspruch ist nur lebbar, wenn wir mit der schon genannten Behutsamkeit und Demut an Diagnosen und Behandlungspläne herangehen. Wenn wir Vorläufiges formulieren, wenn wir die wissenschaftliche Erkenntnisse benutzen und gleichzeitig konkrete Erfahrungen auswerten, wenn wir keine Sicherheiten formulieren, sondern Wahrscheinlichkeiten.
Schleiermacher sagte zur Hermeneutik: „Ohne Gefühl und Einfühlungsvermögen gibt es kein Verstehen." Viele von Ihnen nicken, denn als kreative Therapeutinnen und Therapeuten wissen Sie, es geht um ein Einfühlungsvermögen, ohne das wir unsere Arbeit nicht machen können. Nicht nur das von außen Beobachtbare, sondern auch die Resonanz, die therapeutische Resonanz ist wichtig und notwendig. Oft wird das, was wir von anderen Menschen mitbekommen, uns zuviel und es ist gut, dann auch unsere Herzen zu verschließen. Und gleichzeitig müssen wir immer wieder unser Herz öffnen, um auch mit dem Herzen wahrzunehmen, mit unserem Einfüh-

lungsvermögen. Sie als kreative Therapeutinnen und Therapeuten sind im Einfühlungsvermögen trainiert, weil Sie sich jeden Tag und viele Stunden lang täglich immer wieder in die Bilder, in die Klänge, in die Bewegungen der Menschen, mit denen Sie arbeiten, einfühlen und damit auch in die konkreten Innenwelten dieser Menschen. Die Wissenschaft hat nachgewiesen, dass das Einfühlungsvermögen keine Spinnerei der Kreativen ist, sondern dass es über Spiegelneuronen messbar ist, dass es Gehirnzellen gibt, die spezialisiert sind, solches Einfühlungsvermögen zu ermöglichen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Begriff des Lebensverständnisses. Dazu brauche ich nicht viel zu sagen. Als Therapeutinnen und Therapeuten ist es unsere Aufgabe, ein Verständnis zu erwerben und um das Verständnis eines Lebens zu ringen. Ein Hinweis sei mir erlaubt. Dilthey (1910/1997) formuliert den wissenschaftstheoretischen Satz zum Lebensverständnis: „Leben erforscht Leben." Es mag für Therapeutinnen und Therapeuten selbstverständlich sein, dass Sie, dass wir unsere Lebenserfahrungen mitbringen, unsere Vor-Urteile, unsere Vor-Erfahrungen, und dass dies die Erforschung des Lebens anderer beeinflusst. Deswegen ist es wichtig, das Eigene zu kennen und in Frage zu stellen, über Eigentherapie und vor allem über Supervision immer wieder zu überprüfen, um dabei unser Lebensverständnis zu revidieren.

Damit sind wir bei einem weitere Begriff bzw. einem Begriffspaar, das von Gadamer in die Theorie eingeführt wurde, die Begriffe der Revision und der Rekonstruktion. Wenn wir als Therapeutinnen und Therapeuten um das Lebensverständnis eines Menschen ringen, werden wir unsere Meinungen, unsere Haltungen, unsere Vorstellungen immer wieder revidieren müssen. Das ist die Revision. Gleichzeitig beginnt bei den Menschen, mit denen wir arbeiten, ein Prozess der Rekonstruktion, die Einsicht in sein Leben wird rekonstruiert, verändert sich, entwickelt sich, erneuert sich, erweitert sich. Diese Einsicht, dass Erkenntnis und Verständnis ein spiralförmiger wechselseitiger Prozess ist, ist Allgemeingut in der Wissenschaftstheorie. Sie hat zur Konsequenz, dass es, ganz praktisch gesprochen, ein Unding ist, eine Diagnose zu stellen, diese als gültig anzusehen und dann einen Therapieplan zu entwickeln und diesen umzusetzen. Die Trennung zwischen Diagnose und Therapie widerspricht der Wissenschaftstheorie. Eine Diagnose muss als erste Hypothese vorhanden sein, dann wird diese Diagnose weiter in einem Prozess der Rekonstruktion der Lebenswirklichkeit überprüft und in diesem Prozess auch immer wieder revidiert. Revision und Rekonstruktion sind Bestandteile dieses Prozesses und damit der Dialektik des Zusammenspiels von Diagnose und Therapie.

Das Ziel dieses Wechselspiels von Revision und Rekonstruktion besteht darin, irgendwann einen gemeinsamen Horizont zu entwickeln, wie Gadamer (1960/1990) formuliert, eine gemeinsame Sicht auf die Dinge und auf die Entwicklung zu schaffen. Diese gemeinsame Sicht, dieser gemeinsame Horizont sind nicht vorauszusetzen, weil wir Menschen unterschiedliche Überlieferungszusammenhänge haben. Wie wichtig die Überlieferungszusammenhänge sind, merken wir, wenn wir mit Migranten und Migrantinnen arbeiten. Ich redete in einer Therapiestunde über ein Thema

mit einem Migranten und plötzlich richtetet sich dieser kerzengerade auf und sagte mir: „Herr Baer, das ist eine Frage der Ehre, davon haben Sie keine Ahnung." Von dieser Qualität und Intensität der Ehre hatte ich auch keine Ahnung, sie gehörte nicht zu meinem Überlieferungszusammenhang, wohl aber zu seinem. Also muss ich versuchen, meine Vorstellungen, die aus meinem Überlieferungszusammenhang stammen zu revidieren, in Frage zu stellen und mich auf seinen Überlieferungszusammenhang einzulassen. Für einen solchen Brückenbau, für eine solche Verständigung, können wir als kreative Therapeutinnen und Therapeuten viel beitragen. Wenn ich mit so genannten Deutschen aus Kasachstan, die dort als Deutsche und Germaninski beschimpft wurden und hier als Russen beschimpft werden und sich zwischen den Kulturen befinden, wenn ich mit diesen Menschen Musik der Heimat spiele, dann ist noch kein gemeinsamer Lebenszusammenhang vorhanden, weil ich nicht in Kasachstan gelebt habe, aber eine Brücke zwischen den Lebenszusammenhängen kann gebaut werden, kann entstehen und über das Medium der Musik erlebbar werden. Wir als Kreativtherapeutinnen und -therapeuten können Verständniszugänge zu Lebenszusammenhängen ermöglichen und beim Brückenbau zwischen ihnen sehr vieles einbringen, was mit Worten allein nicht möglich ist.

Ein letzter Begriff, auf den ich eingehen möchte, ist der Begriff der Ideologie. Ideologie bedeutet, ein geschlossenes Weltbild zu haben, das keine Ausnahmen zulässt. Das geschlossene Weltbild wird über sinnliche, praktische Erfahrungen übergestülpt. Ideologien äußern sich in Sätzen, die „immer" enthalten oder „nur", „alles", „muss", „man" usw. Solche Ideologien begegnen uns in Therapien auf den Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten, aber auch seitens der Klientinnen und Klienten. Eine Klientin, die unter ihrer Einsamkeit litt, sagte jedes Mal, wenn ihre Einsamkeit sichtbar wurde: „Eigentlich muss ich mich ja nur selber lieben, dann brauche ich keine anderen." Solchen Muss-Sätze begegnen wir häufig in der Therapie. „Ich muss mich nur selbst wertschätzen, dann ist egal, welchen Partner ich habe ..." „Ich muss, ich muss, ich muss ..." – solche Knüppelsätze erzeugen unglaublich viel Druck. Mit einem anderen Klienten machte ich eine kleine Fantasie- und Atemreise und bat ihn, einen Ort in seinem Körper zu suchen, wo er seinen inneren Kern, seinen inneren Ort der Bewertung spürte. Er atmete und spürte in seinen Körper und sagte: „Ich habe ihn gefunden." Doch dann wurde er ein wenig blass und sagte: „Aber das kann nicht sein." Ich sagte: „Wieso, was kann hier nicht sein?" Er antwortete: „Ich habe gedacht, dieser innere Ort bei mir sitzt hier oben an der Stirn, aber ich soll doch nicht so verkopft sein, der Innere Ort muss doch wenigstens am Herzen oder zumindest im Bauch sein, in meiner Mitte. Meine Frau sagt auch immer, ich sei viel zu verkopft und ich sollte mehr auf meine Mitte achten." Dies klingt amüsant und doch war der junge Mann wirklich in Not. Ich könnte stundenlang solche Beispiele erzählen, wie Menschen unter Ideologien leiden, weil sie ihren Erfahrungen, ihren sinnlichen Eindrücken nicht vertrauen, sondern sie geschlossenen Weltbildern und Leitsätzen unterordnen. Da kommt eine schwertraumatisierte Klientin und sagt: „Es tut mir leid, ich habe mich immer noch nicht

mit meinen Eltern versöhnt." Ich verstehe nicht, worin das Problem liegt. Und sie antwortet: „Ja, man muss sich doch versöhnen." Sicherlich tut es gut, sich zu versöhnen, es kann wunderbar wirken und soziale Bezüge beruhigen und kräftigen. Doch wenn Menschen Distanz brauchen, brauchen sie Distanz. Und dann ist dieses „Muss" der Versöhnung kontraproduktiv, ja sogar gewalttätig.
Vorhin habe ich mich mit einer Kollegin über die Trauma-Arbeit nach Luise Reddemann (2001) unterhalten, in der u.a. postuliert wird, dass traumatisierte Menschen einen sicheren Ort suchen müssen und ihre überflutenden traumatischen Erlebnisse in einen Tresor einsperren sollen. Daran ist vieles richtig. Doch eine Klientin kommt zu mir und sagt: „Herr Baer, machen Sie mit mir, was Sie wollen, nur sperren sie mich und meine Erfahrungen nicht in einen Tresor... Ich war in einer Klinik, da musste alles in den Tresor, und dann war ich in der Therapie und dann wieder in einer Klinik, immer musste alles in den Tresor. Ich will meine schrecklichen Erfahrungen einmal durcharbeiten, ich will sie verändern und nicht nur einsperren."
Auf solche Tendenzen stoßen wir immer wieder, dass es Modeströmungen gibt, die eine Erkenntnis aufsaugen und verbreiten und dann zu einer Ideologie machen. Heraus kommt ein „Man-muss-immer-nur-alles" und das kann etwas Gewalttätiges gegenüber den Klientinnen und Klienten bekommen.

Sich mit Ideologien auseinanderzusetzen, ist ein gemeinsames Projekt, eine gemeinsame Grundlage von Kunst und von Wissenschaft. Wissenschaft ist entstanden im Kampf gegen die Ideologie, in der Auseinandersetzung, nicht mit dem Glauben, sondern mit der Ideologie der Kirche, mit ihrem All-Erklärungsanspruch, mit geschlossenen Weltbildern. Aus dieser anti-ideologischen Auseinandersetzung ist die Wissenschaft entstanden, nämlich Wissen zu schaffen, indem Fragen gestellt werden und Antworten gesucht werden. Und Kunst ist ebenfalls anti-ideologisch. Kunst verträgt sich nicht mit geschlossenen Weltbildern, weder das Malen, noch das Tanzen, noch das Musizieren, noch die Poesie. Kreative Therapeutinnen und Therapeuten sind ebenfalls anti-ideologisch, weil sie immer wieder auf jedes Original von Bild und Tanz, von Musizieren schauen müssen und sich mit jedem Original eines Menschen auseinandersetzen müssen und wollen. In dieser Hinsicht können wir in der Auseinandersetzung mit der Ideologie als kreative Therapeutinnen und Therapeuten und als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gemeinsam an einem Strick ziehen.

Ich wünsche mir, dass die Kreativtherapeutinnen und -therapeuten ihre Position an der Schnittstelle zwischen Kunst und Wissenschaft, zwischen Geisteswissenschaften und Naturwissenschaften nutzen und dass wir unsere Erfahrungen und Eindrücke selbstbewusst in den Klinikalltag einbringen können, selbstbewusst und aufrecht.

Ich wünsche mir, dass wir alle als Experten für das Unideologische auftreten, dass wir „Immer-Nur-Muss"-Sätze kritisch hinterfragen – bei uns und bei anderen.

Ich wünsche mir, dass wir als Expertinnen und Experten der Hermeneutik, des Verstehens der Innenwelten der Menschen, des Verstehens der Le-

benswirklichkeiten unsere Erfahrungen für alle, die heilend mit Menschen arbeiten, nutzbar machen, dass wir als Experten des Zugangs zu den Innenwelten alle wissenschaftlichen Erkenntnisse nutzen und für jeden Menschen gleichwohl den offenen und vorurteilsfreien Blick bewahren, dass wir hinschauen, hinspüren und hindenken.

Literatur:

1. Dilthey, W. (1910/1997). Der Aufbau der geschichtlichen Welt in der Geisteswissenschaften, eingeleitet v. M. Riedel. Frankfurt/M.: Suhrkamp
2. Gadamer H.G. (1960/1990). Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: Mohr
3. Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Kontakt:
Dr. Udo Baer
Zukunftswerkstatt *therapie kreativ*
Neukirchen-Vluyn
Tel.: +49 (0) 28 45 / 94 49 74
E-Mail: info@zukunftswerkstatt-tk.de

Dr. Iris Bräuninger
(Zusammenfassung des Workshops durch Ute Pirkl und Mechtild Witte)

Konzepte für Kurzzeittherapie in den Kreativtherapien: Alter Wein in neuen Schläuchen?

In ihrer Einführung ins Thema erklärte Iris Bräuninger, dass bisher für die Kreativtherapien keine definierten Konzepte zur Kurzzeittherapie publiziert seien. Zur Einstimmung lud sie zu einer praktischen Erfahrung ein. Diese diente zum einen dem Kennenlernen. Zum anderen konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen einer eigenen kleinen Bewegungsgestaltung das Wesen von kurzdauernden Prozessen an sich selbst erproben. Die Aufgabe bestand darin, innerhalb kurzer Zeit eine Synthese aus 3 Bewegungsabläufen herzustellen.

Folgende Eindrücke entstanden daraus:
Schneller Verlauf – Aufforderungscharakter – Experimentiercharakter – Überraschungseffekt durch Neues – Struktur – konkret und angenehm

Iris Bräuninger stellte die Veränderungen dar, die sich durch die Verkürzung der Verweildauern an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ergeben haben. Sie berichtete, dass die durchschnittlich Verweildauer aktuell 26 Tage betrage, wobei gleichzeitig ein erhöhter „Drehtüreffekt“ festgestellt werde.
In Fallbeispielen aus den 1990er-Jahren wurde die damalige Arbeit der Tanztherapie mit chronisch psychisch kranken Patientinnen und Patienten zum Vergleich dargestellt. Die Verweildauer habe häufig weit über 6 Monate betragen. Damalige therapeutische Zielsetzungen waren u. a.:

- Integration innerer und äußerer Erfahrungswelten
- Unbewusstes bewusst werden lassen
- Entwicklung von Ausdrucks- und Körperkraft

Iris Bräuninger merkte an, dass die Zeitreduktion in der Behandlung Konsequenzen für die Arbeit habe und entsprechend auch Konsequenzen für die Ausbildungscurricula erfordere. So sei sie selbst beispielsweise vor über 15 Jahren in der tanztherapeutischen Ausbildung für psychodynamisches, prozessorientiertes Arbeiten geschult worden bei non–direktivem Vorgehen mit dem Augenmerk auf mittel- oder langfristige Behandlungszeiten.
Diese Ausbildungsinhalte scheinen auch heute noch national und international mit Priorität und einer gewissen Exklusivität behandelt zu werden. Iris Bräuninger befürwortete eine Erweiterung der Ausbildungsinhalte um kurzzeittherapeutische Konzepte in den Kreativtherapien, die für die aktuelle Veränderung in der klinischen und ambulanten Behandlungspraxis unerlässlich erscheinen.

Angeregt durch die Fallbeispiele entstand eine Diskussion über mögliche Zielsetzungen einer Kurzzeittherapie sowie die Unterscheidung von Langzeit- und Kurzzeitverfahren. Es wurde die Frage nach möglichen Vor- und

Nachteilen gestellt und nach inhaltlich sinnvollem Nutzen der Zeitreduktion. Um sich dem Thema Kurzzeittherapie in der Kreativtherapie vertiefend anzunähern, bot Iris Bräuninger eine Kleingruppenarbeit an. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden eingeladen, mittels eines von ihnen gemalten Symbols Aspekte ihrer Gedanken zur Kurzzeittherapie festzuhalten und diese Symbole dem Plenum zu erläutern.

Hier einige Statements aus der Kleingruppenarbeit:

- Eine Flexibilität im Behandlungssetting (lang – kurz) wäre wünschenswert, um unterschiedliche Zugänge je nach Erfordernis für den Patienten/die Patientin zu ermöglichen.
- Kurzzeittherapie muss in erster Linie lösungsorientiert sein.
- Ändert man etwas an einer Stelle, so zieht dies im günstigen Fall auch positiven Einfluss auf andere Lebensbereiche nach sich.
- Zwischenbilanzen beim kreativtherapeutischen Arbeiten sind einzuführen, bei denen eine Zielüberprüfung und ggf. -modifikation stattfinden sollte und Zeitplanungen angepasst werden können.
- Die Kurzzeittherapie schafft eine Erhöhung des Drucks auf Therapeutinnen/Therapeuten.
- Nutzung der Ressourcen der Therapeutinnen/Therapeuten versus Abschneiden der Kompetenzen auf einen Rumpf?
- Konzeptbildung ist (weiter) notwendig.
- Funktion von Therapeutin/Therapeut als „Lebensabschnittsbegleiter“ für einzelne Sequenzen und für eine kurze Zeit.
- Therapeutin/Therapeut als „Anschubser“, die/der jemanden auf einen neuen Weg bringt, auf eine neue Schiene setzt, dabei weniger Anteil nehmen kann an der möglichen Entwicklung, dem möglichen Erfolg.
- Kurzzeittherapeutische Arbeit ist positiv, weil fokussiert und tauglich für den freien Markt, denn die Behandlung bleibt hierdurch bezahlbar in Zeiten knapper werdender finanzieller Spielräume der Menschen.
- Entscheidung zwischen einem Ansatz, der ressourcenorientiert ist oder aber symptomorientiert. Entscheidung zwischen Beziehungsarbeit, die aktive Eigenarbeit unterstützt oder Coachingarbeit, welche eine „Konsumhaltung“ der Patientin/des Patienten fördert.
- Entscheidung zwischen Therapiestilen von non-direktiv hin zu direktiv. In der Folge ist in der Therapie die individuelle Geschwindigkeit der Patientin/des Patienten weniger maßgebend für die Behandlung als vielmehr die vorgegebene Geschwindigkeit der Therapeutin/des Therapeuten.
- Kurzzeittherapeutisches Setting wird mit einem Felsbrocken verglichen. Stellt es ein Hindernis auf meinem Weg dar? Ist es ein Klettergerüst für mich?
- Systemischer Hintergrund ist hilfreich, da schon lösungsorientiert.

Iris Bräuninger erläuterte theoretische Ansätze zur Kurzzeittherapie. Als Literatur zum Thema mit einer auch philosophischen Zugangsweise empfahl sie „Kurzzeittherapie und Wirklichkeit“ von Paul Watzlawick und Giorgio Nardone.

Allgemein stellt sich Kurzzeittherapie in der Theorie als nicht einsichts- oder problemorientiert, sondern als lösungsorientiert dar. Dahinter steht der Grundgedanke: auch eine kleine Änderung führt in der Konsequenz zu einer Verhaltensänderung von allen am System Beteiligten. Daher reichen wenige Sitzungen aus.

Ein Beispiel aus o. g. Buch verdeutlichte die Veränderung der Sichtweise einer Patientin. Am Ende von neun Sitzungen beschreibt diese, sie habe zu Therapiebeginn die Situation als ein Problem wahrgenommen, jetzt sehe sie die Situation neu. Also nicht das Problem, sondern ihre Sichtweise hat sich geändert.

Im „Konstruktivismus“ wiederum ist die gemeinsame Zielformulierung von Patientin/ Patient und Therapeutin/ Therapeut von besonderer Bedeutung. Beispielsweise wird hier der Versuch unternommen, die reduzierte Wahrnehmung zu erweitern. Der Blick auf das Problem ist häufig auch ein Blick „auf die Ausnahme“ und schließt andere Aspekte aus.

Die innere Haltung der Therapeutin/ des Therapeuten gilt es für die Kurzzeittherapie zu überdenken. Einsichtsorientierung und Vergangenheitsfokussierung haben hier keinen Platz. Im kurzzeittherapeutischen Setting zählt der Augenblick, das Hier und Jetzt der Therapiesituation. Ein stärker direktives Arbeiten und auch Unterbreiten von Vorschlägen bestimmen das Vorgehen.

Als ein Beispiel für Kurzzeittherapie-Konzepte in der Kreativtherapie stellte Iris Bräuninger ihre eigene durchgeführte Studie „Stressbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität durch Tanztherapie“ vor.

Die multizentrische Studie bestand aus Gruppen, die Tanztherapie erhielten, Warte-Kontrollgruppen und drei Erhebungszeitpunkte für beide Gruppen: Voruntersuchung, Nachuntersuchung und 6-monatige Katamnese-Untersuchung.

Elf Therapeutinnen und Therapeuten führten an mehreren Orten Behandlungsgruppen durch. Der Zeitrahmen betrug jeweils 10 Therapiestunden. 6 standardisierte Fragebögen wurden verwandt zur Erhebung der unterschiedlichen Fragestellungen. Auch eine Interventionscheckliste zur Tanztherapie fand Einsatz. Die Daten wurden sowohl bezogen auf Interventionen pro Einzelperson, als auch auf Interventionen pro Gruppe erhoben. Das Studiensetting war klar vorgegeben, doch die Arbeitsansätze der einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten divergierten stark. Dennoch fanden sich die positiven Ergebnisse gleichermaßen.

Das Ergebnis dieser Studie zeigte eine signifikant positive Veränderung: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der tanztherapeutischen Gruppenintervention verbesserten sich im Vergleich zur Warte-Kontrollgruppe kurz- und langfristig signifikant in Bezug auf verschiedene Dimensionen der Lebensqualität, der Stressbewältigung und in fast allen Bereichen der psychischen Belastungssymptome.

Als bedeutsam erscheinen vor allem folgende Einzelergebnisse: Die Entspannungsfähigkeit konnte kurzfristig, jedoch nicht langfristig verbessert werden. Als Stressbewältigung veränderten sich vor allem die Negativstrategien kurz- und langfristig hin zum Besseren. Andere Stresssubskalen zeigten keine so eindeutigen Wirkungen. Hingegen verbesserten sich u. a. die Depressivität und die sozialen Kontaktmöglichkeiten kurz- und langfristig.

Interessant ist, dass Einzelinterventionen zumeist erfolgreich waren. Bei Gruppeninterventionen ergaben sich teilweise positive oder auch negative Korrelationen. Besonders ist, dass die Interventionen benennbar waren.

In den abschließenden Diskussionen wurden folgende Fragestellungen verfolgt:

- Sollen die Kreativtherapeuten Konzepte anderer Psychotherapieverfahren übernehmen?

- Haben wir eigene Kurzzeittherapiekonzepte?

- Wie passe ich meine Interventionen an die Kurzzeittherapie bzw. die veränderte Behandlungssituation an?

- Braucht man ein eigenes Theoriegebilde oder zieht eine veränderte Haltung eine veränderte Therapie nach sich?

- Können (oder sollten überhaupt) bereits bestehende Psychotherapiekonzepte auf die Kreativtherapien übertragen werden?
- Wie könnten Grundsteine für Kurzzeittherapie-Konzepte überhaupt aussehen?

- Sind wir nicht bereits lösungsorientiert im praktischen Tun mittels der künstlerischen Medien?

Einige Statements der Teilnehmenden:

- Es ist wichtig, die innere Haltung zu ändern.

- Es gibt keine echte Wahl zwischen Lang- oder Kurzzeittherapie. Die Realität erfordert kurzzeittherapeutische Zugangsweisen. Also sollten die Kreativtherapeutinnen/ Kreativtherapeuten nicht unnötig früheren Zeiten nachtrauern.

- Therapeutin/Therapeut verkennt möglicherweise die Patientinnen/ Patienten in ihren Anliegen und stülpt die eigene Sichtweise über.

- Befürchtung eine Defizitorientierung nehme zu mit mehr pädagogischen Arbeitsweisen (Stichwort: Psychoedukation, Trainings) und einem Verlust der Erlebnisorientierung.

- Wenn weitere Forschungsergebnisse positiv ausfallen, dann wird es den Kreativtherapeuten auch möglich werden, den Weg der Behandlung selbstbestimmter zu gestalten.

- Die künstlerischen Medien im therapeutischen Agieren ermöglichen, dass Probleme und Ressourcen schneller deutlich werden.

Mit folgender Vorstellung schloss Iris Bräuninger ihren Workshop ab:

„Stellen Sie sich vor, Ihr Leistungs- oder Kostenträger sagt Ihnen, Sie haben nur noch eine bestimmte Anzahl von Stunden zur Verfügung. Was an Positivem könnte daraus resultieren?

Die Vorstellungen der Teilnehmer/ Teilnehmerinnen sind folgende:

- Wünsche und deren Verantwortung werden mehr betont (Patientin als Expertin ihrer selbst / Patient als Experte seiner selbst)

- Ein bewusster Umgang mit der Ressource Zeit wird gefördert, Therapiefokus ändert sich: Weg von Problemen – hin zu Lösungen.

Abschließend betonte Iris Bräuninger, dass die Begreifbarkeit, Handlungsorientierung und Ressourcenorientierung der künstlerischen Medien eine große Chance für Konzepte zur Kurzzeittherapie in den Kreativtherapien darstellen. Vieles liege schon vor und sei unseren Kreativtherapien innewohnend. Sie ermutigte, die Herausforderung anzunehmen und unser Wissen und unsere in der Praxis meist schon kurzzeitorientierte Arbeitsweise zu konzeptionalisieren und vorzustellen. Somit könnten wir uns weiter als unverzichtbare Therapierichtung etablieren.

Literatur:

Watzlawick P, Nardone G (Hrsg.) (2001). Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. München: Piper Taschenbuch

Bräuninger I (2006). Tanztherapie. Weinheim: Beltz PVU

Kontakt:
Dr. Iris Bräuninger
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Tel.: +41 43-4996109
Email: tanztherapie@SWISSONLINE.CH

Prof. Dr. Karl-Heinz Menzen
(Zusammenfassung des Workshops durch Beate Kubny-Lüke)

Indikationen und Zielorientierungen in den künstlerisch-therapeutischen Angeboten der klinischen und rehabilitativen Einrichtungen

Karl-Heinz Menzen beschrieb die Ausrichtungen und Indikationsstellungen künstlerisch-therapeutischer Angebote in seinem Workshop anhand der folgenden Paradigmen, die sich an der Entwicklungsgeschichte der künstlerisch-therapeutischen Angebote orientieren. Die ausführlichen Darstellungen und das umfangreiche Skript von Herrn Prof. Menzen können hier nur kurz skizziert und zusammengefasst werden. Die Paradigmen können nur angerissen werden.

Paradigma 1/1:
Von seelischen Erschütterungen und dem psychiatrisch eingeleiteten Gleichgewicht der Selenkräfte

Karl-Heinz Menzen erläuterte, dass sich die künstlerisch-therapeutischen Verfahrensweisen zunächst im Rahmen der psychiatrischen Behandlung entwickelten. Durch den Einfluss von Psychiatern wie Pinel oder Reill entstanden ab dem 18. Jahrhundert verschiedene Behandlungsansätze, die unterschiedlichste Aktivitäten als wichtiges Mittel zur Stabilisierung einsetzten. Während die Patienten aus einfacheren sozialen Schichten eher zu Arbeitstätigkeiten in den Regiebetrieben der psychiatrischen Anstalten angehalten wurden, wurden den wohlhabenden Patientinnen und Patienten künstlerische Tätigkeiten angeboten. Angestrebt wurde eine innere Ausgeglichenheit, die von der romantisch-medizinischen Gleichgewichtslehre angeleitet wurde.

Philippe Pinel, Paris (1801)

Johann Christian Reil, Halle

Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode und Geisteszerrüttungen (1803)

Diskutieren

Zeichnen

Arbeiten

Kunsttherapie in der Psychiatrie

Seit dem 18. Jahrhundert bis heute hat sich an diesem Paradigma nichts geändert, aber die Behandlung psychischer Krankheiten hat sich vor allem durch die Einführung der Psychopharmaka in den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts stark verändert. Die künstlerisch-therapeutischen Tätigkeiten sind jedoch bis heute wichtige Behandlungselemente geblieben; sie sind sogar in den Leitlinienkatalog der AWMF aufgenommen worden. Sie sollen vor allem den psychotischen Patienten in seiner Ich- und Selbstwerdung begleiten und zur Regulation des seelischen Zustandes beitragen. Vor allem die Wahrnehmungsstörungen wie Derealisation und Depersonalisation, von denen Psychosen begleitetet werden, Denk- oder Sprachstörungen, aber auch die schwankenden gefühlsmäßigen Beziehungen zu den Personen aus der Umwelt der Erkrankten können durch künstlerische Therapien behandelt werden. Der bildnerische, gestalterische, skulpturale, theatralische Ausdruck und die damit einhergehende Auseinandersetzung mit Realität ermöglichen, dass die psychotisch Erkrankten bei der Entwicklung eines angemessenen Ich- und Selbstbewusstsein unterstützt werden. Die künstlerischen Therapien können so im Verbund mit anderen Therapieformen, vor allem auch der Pharmakotherapie, einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die Patienten sich wieder eine realitätsgeleitete Wahrnehmung der Welt erarbeiten.

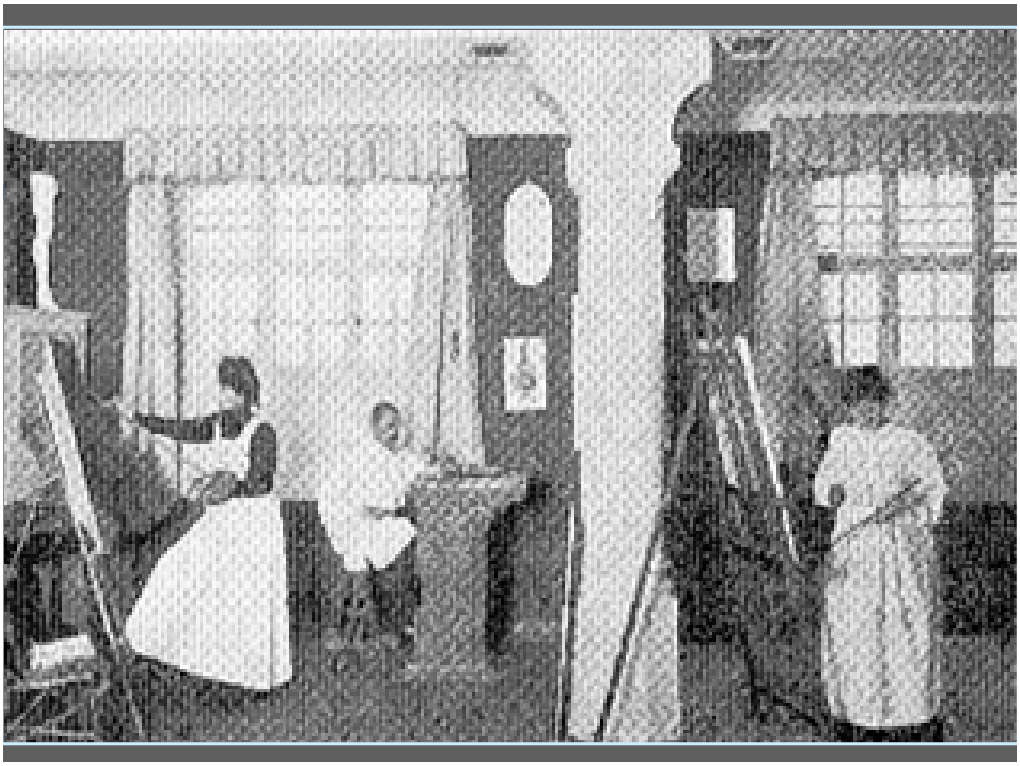


Abb. Kunsttherapeutisches Atelier in der Psychiatrie um 1900

Entsprechend haben die künstlerischen Therapien, wie Kunst-, Musik-, Tanz-, Drama- und Bewegungstherapie Aufnahme gefunden in den Schizophrenie-Leitlinien der DGPPN. Sie werden im Kapitel 5 „Psychotherapeutische Intervention“, unter dem Unterkapitel 5.10 „Weitere Therapieformen“ mit folgendem Text aufgeführt: „Zu weiteren bei der Schizophrenie angewendeten Verfahren gehören u. a. Kreativtherapien wie die gestaltende Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Drama- und Bewegungstherapie. Hauptmerkmale dieser Verfahren sind die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und die handlungsorientierte Anwendung künstlerischer Medien und Prozesse in ihrer wechselseitigen Bezogenheit. Hauptsächliche Ziele dieser Therapieformen im Sinne einer Stärkung der Ich-Funktionen sind:

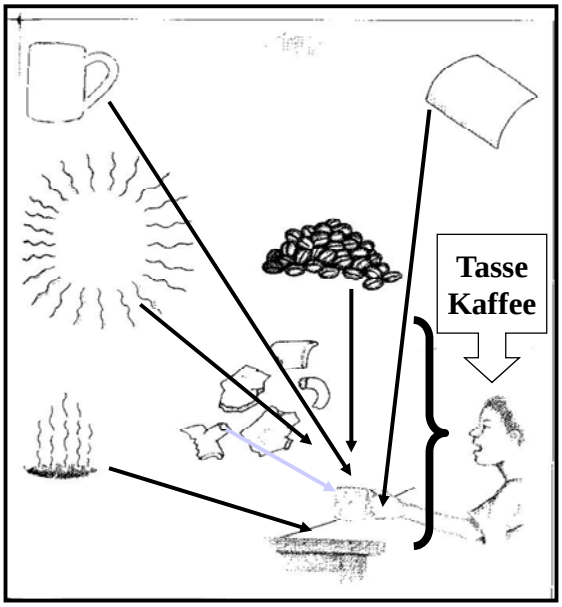
1. die Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezugs durch
2. Verbesserung von Ich-Erleben und Selbstvertrauen
3. Entwicklung vor allem der Körper- und Raumwahrnehmung,
4. Verbesserung der kognitiven Funktionen, Denkorganisation, Konzentration und Impulssteuerung, Autonomie und Gefühlsausdruck...“

Paradigma 1/2: Von seelischen Erschütterungen und dem heilpädagogisch eingeleiteten Gleichgewicht der Seelenkräfte

Laut Menzen gehört es im Bereich der heilpädagogischen Einrichtungen zur guten Tradition, mithilfe der heilpädagogischen Kunsttherapie die Entwicklung noch nicht erworbener oder verlorengegangener Basiskompetenzen bei den Klientinnen und Klienten anzustreben. Hiermit sollen vor allem neurophysiologische Prozesse ermöglicht werden. So können z.B. visuelle Wahrnehmungseindrücke erst dann zu situationsangemessenen Handlungen führen, wenn es eine neuronale Verschaltung von Sehen und Handeln gibt, die ermöglicht, dass die visuellen Reize angemessen verarbeitet werden.

Und eine Erkenntnis: Bis zum Abstand von 30 ms und mit einer Signalintensität von mind. 40 Hz müssen die Informationen aufgenommen werden – sonst kommt keine Verschaltung zustande.

Ein Objekt - und die Leistung seiner integralen Wahrnehmung



Damasio, Spektr.d.Wiss.-Spezial 1, 53

In der heilpädagogischen Kunsttherapie stehen von daher Wahrnehmungserfahrungen und deren Verarbeitung im Vordergrund. Über die Auseinandersetzung mit den alltäglichen Gegebenheiten, Gegenständen und Personen werden verschiedene Wahrnehmungsqualitäten (visuelle, akustische, taktile, haptische, auditive, kinästhetische, geschmackliche sowie geruchliche Reize) erfahrbar gemacht. Der therapeutische Prozess unterstützt die Verarbeitung dieser Wahrnehmungserfahrungen im Gehirn und regt dazu an, sinnvolle Handlungen oder Reaktionen entstehen zu lassen.

Paradigma 2: Gestaltung des inneren psychischen Ausdrucks

Seit dem 19. Jahrhundert, so führte K.-H. Menzen aus, beschäftigt sich die Medizin mit der Fragestellung, inwieweit Krankheitssymptome mit bestimmten inneren Verhaltensmustern und Vorstellungsbildern korrelieren. Es wurden Entspannungs-, Suggestions- und Hypnoseverfahren entwickelt, mit deren Hilfe es den Patienten ermöglicht wurde, sich spontan-assoziativ und ohne bewusste Kontrolle zu äußern. Zuerst wurden diese Verfahren in den psychiatrischen Abteilungen erprobt und später von den entstehenden ambulanten psychotherapeutischen Praxen übernommen. Im Bereich der künstlerischen Therapien entwickelte sich die tiefenpsychologische Kunst- und Gestaltungstherapie, die viele bedeutende Vertreter wie Arnheim, Wellendorf und Schrode hervorgebracht hat.

Abb.: Theater Thikwa:
„Engelsspuren“

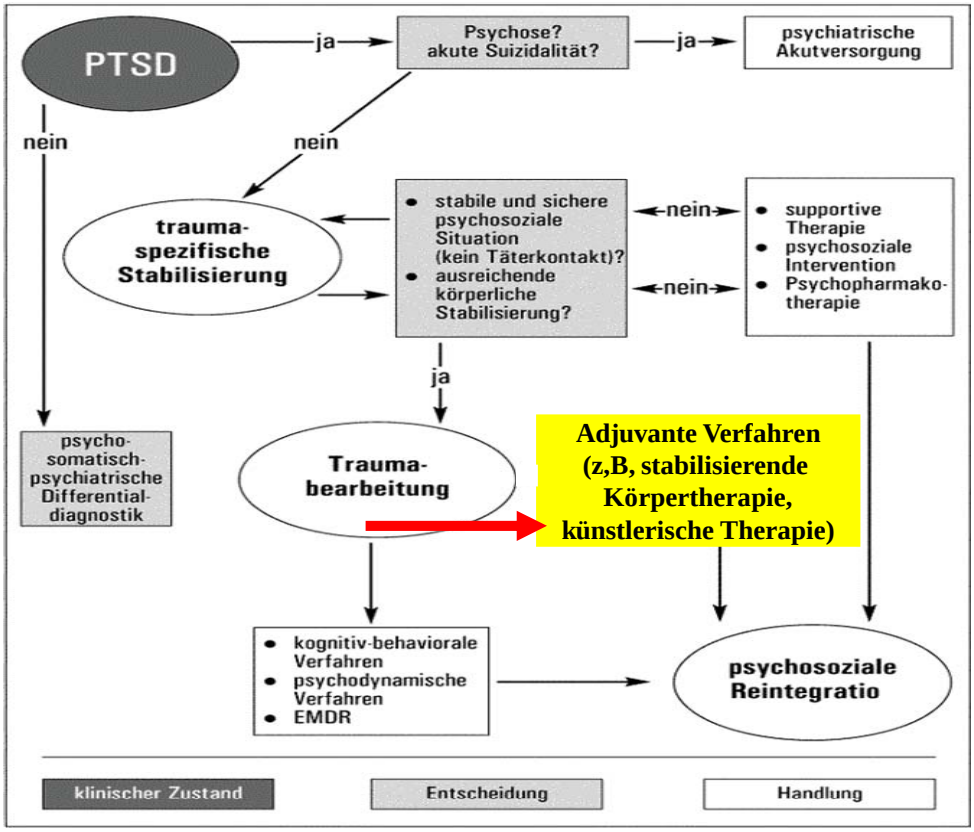
„Die Bedeutung der Gestaltungstherapie bei essgestörten Patientinnen“

Klara Schattmayer-Bolle

„Ich wollte mehr ein
Hurraschreien modellieren,
Es wurde aber ein Hilfeschrei.“

Feiereis, H. (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München, 92

Besonders in der Behandlung traumatischer Störungen haben die künstlerisch-therapeutischen Verfahren sich einen Namen gemacht.



Übersicht therapeu-tischer Strategien bei PTSD

AWMF Leitlinie

Man könnte sogar sagen, dass die künstlerisch-therapeutische Arbeit mit traumatisierten PatientInnen zu den Hauptaufgaben der Kunsttherapie geworden ist.

Paradigma 3:
Gestaltung der psychischen als einer intermediären Beziehung

Neben dem spontanen inneren Ausdruck wird seit dem 19. Jahrhundert bis heute zunehmend stärker der Patient-Therapeut-Beziehung eine wesentliche Rolle bei der Behandlung zugeschrieben.
Die psychoanalytischen Praktiken bis zum Ende des 20. Jahrhunderts waren darauf ausgerichtet, Beziehungen in der Form eines Containements herzustellen, d.h. die Patient-Therapeut-Beziehung sollte quasi persönlich gesicherten Raumes bieten. Es ging darum, subjektiv-projektive Übertragungen zu ermöglichen (Bion, 1992) und der Psychodynamik der inneren Bezüge ein bildnerisches Gesicht zu verleihen. Im Rahmen der Kunsttherapie wird nach diesem Verständnis ein ästhetischer Ausdruck ermöglicht, der die Beziehung von Patient und Therapeut solchermaßen spiegelt, dass sich das Leiden des Patienten intermediär dokumentiert. In diesen Prozess ist der künstlerische Therapeut eingesponnen. Elisabeth Wellendorf hatte 1983 aus jungianischer Sicht paradigmatisch erklärt: „Symbolische Aussagen, ich möchte darunter persönliche Symbole verstehen, werden möglich und bekommen ihre Bedeutung in der Arbeitsbeziehung, in der vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, aus der heraus sie auch nur bedeutsam und verstehbar werden. Es handelt sich um eine Es handelt sich um eine dialogische Wechselbeziehung, in der der Patient ein Bild von seinen Konflikten, Ängsten, der Form seiner Objektbeziehungen entstehen lässt; ein Bild, das im Therapeuten ein Gegenbild auslöst, als Form einer Spiegelung oder Deutung.

Gaetano Benedetti

Als Psychotherapeut weist er hin auf die Fähigkeit, sich den Projektionswünschen und -nöten krank gewordener Menschen übertragungsgemäss zu stellen,

weist hin auf

→ ☐ die Zerrissenheit traumatisierender Erfahrung

→ ☐ die formale, stabilisierende Bedeutungsstruktur eines bildnerischen Werkes angesichts der destabilisierenden Wirkung traumatischer Erfahrung

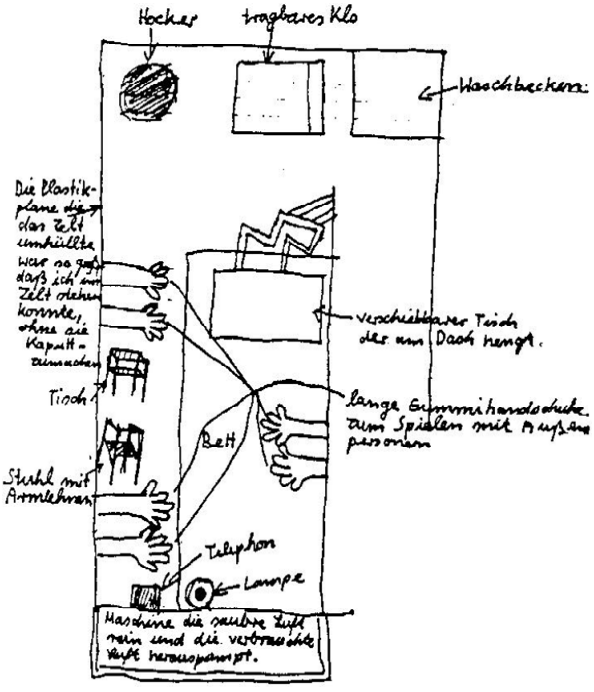
→ ☐ vor allem auf den Therapeuten und dessen „ver-mittelnde Übertragungsfunktion“

Diese Spiegelung kann auch ein Produkt des Therapeuten sein. Ich habe für einige meiner kleinen Patienten an einem bestimmten Punkt der Therapie eine Geschichte geschrieben und gemalt, weil sie umfassender das wiedergab, was von ihnen in mir entstanden war. Insofern denke ich, dass das symbolhafte Tun in der Therapie als Selbstausdruck des Patienten, aber auch des Therapeuten, bezogen auf den therapeutischen Prozess und entsprechend dem jeweiligen Gegenüber, etwas sehr Wichtiges ist." (Wellendorf 1984,232)

Paradigma 4:
Wiederherstellung der mentalen und kontextualen Ordnung

Vor allen im letzten Jahrzehnt hat die Behandlung von Menschen, die aufgrund schwerwiegender neurologischer Ereignisse wie einem Schlaganfall, einem Hirntrauma oder auch einer degenerativen Gehirnerkrankung wie Morbus Alzheimer ausgeprägte neurologische Ausfälle vorweisen (z.B. Aphasie, Apraxie, Agnosie, Gedächtnisverlust), im Bereich der künstlerischen Therapien zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Bedingt durch die gravierenden neurologischen Ereignisse leiden diese Patienten an einer grundlegenden mentalen und kontextualen Desorientierung. Im Bereich der Kunsttherapie stehen bei diesen Patientengruppen basal-ästhetische Erfahrungen bei der Behandlung im Vordergrund. Die besonderen psychischen Bedingungen, die mit dem Gedächtnisverlust einhergehen, müssen in der Therapie berücksichtigt und nachvollzogen werden. Vielfach sind es Alltagshandlungen wie Backen oder Werken, die hier Einsatz finden, denn sie enthalten viele basal-ästhetische Aspekte. In der Kunsttherapie geht es bei solchen therapeutischen Handlungen vor allem darum, den Betroffenen Räume zu eröffnen, in denen sie mit Lust agieren können.



Brief an die eigene Schulklasse:

„Ich vergass Euch Bescheid zu sagen, dass die Transplantation am 19.09. stattfand, und dass sie mir das Knochenmark über den Katheter (Name dieses Schlauchs) gegeben haben ..." (aus: Tränen im Regenbogen, 1991, 142)

Elisabeth Wellendorf
arbeitet mit Menschen, die infolge eines medizinischen Transplantationseingriffs von Traumatisierung bedroht sind.

Abb. Arbeit mit schwer demenzerkrankten Menschen

Dies ist eine besondere Qualität des kunsttherapeutischen Vorgehens im Kontext hochspezialisierter Therapiemethoden und Versorgungskonzepte. Eine gute Abstimmung im Team und Zusammenarbeit mit den weiteren Behandelnden wie Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten ist die Voraussetzung dafür, dass die Betroffenen angemessen betreut werden.

Paradigma 5: Zuhilfenahme einer formalästhetisch orientierten Kunst- und Gestaltdidaktik

Die Kunsttherapie bedient sich seit ihrer Entstehung der Erkenntnisse und der Praxis der angewandten Kunst, der Kunsterziehung und deren Wissenschaft. Kunsttherapie hat schon immer den Ansatz verfolgt, dass der Ausdruck mithilfe des Mediums sowohl unter formalen wie unter inhaltlichen Gesichtspunkten betrachtet werden muss. Die Kunsttherapie mit dem Schwerpunkt einer formalästhetischen orientierten Kunst- und Gestaltdidaktik macht sich die innerpsychischen Prozesse bei der Betrachtung wie bei der Herstellung von bildnerischen Ausdrücken zunutze. Sie hat das Ziel, die Orientierungen und die Gefühlslagen der Patienten wiederherzustellen und die Probleme wie die Leidenssituationen bildnerisch verarbeitbar zu machen. Ihr Mittel besteht darin, jenen psychischen Ausdrücken, Bildern und/oder Vorstellungsmustern, die Leiden verursachen, eine andere, lebenswerte Ausrichtung zu geben. Die Bewusstseins- und Erlebnisweisen, aber auch die Verhaltensabläufe sollen mit Hilfe der bildnerischen Mitteln dahingehend beeinflusst werden, dass es möglich wird, das Alltagsleben neu zu einzuordnen und zu bewältigen. Mit bildnerischen und abbildenden Mittel

sucht diese Ausrichtung der Kunsttherapie, den behinderten oder gestörten Äußerungen des Menschen eine neue Richtung zu verleihen und damit aus den Einbahnstraßen des Lebens wieder herauszuführen, auch neue Lebensperspektiven zu eröffnen (Menzen 2004 a, 22-25).

Abb.: Arbeit in der Neurologischen Klinik: Reproduktion eines Bildes von Mondrian

Literatur

Arnheim, R. (1972): Anschauliches Denken. Köln: DuMont.
Bader, A., Navratil, L. (1976): Zwischen Wahn und Wirklichkeit. Kunst-Psychose-Kreativität. Luzern: Bucher.
Barthes, R.(1984): Fragmente einer Sprache der Liebe. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
Benedetti, G. (1982): Über die Kreativität des schizophrenen Leidenden. In: Psychologie Heute, 6, 32 f.
Bion, W. R. (1992): Elemente der Psychoanalyse, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1992
Bock, J., Braun, A.K. (2003): Die Narben der Kindheit. In: Gehirn & Geist 1, 2003, 50-53.
Bocola, S. (1997): Die Kunst der Moderne. Zur Struktur und Dynamik ihrer Entwicklung: Von Goya bis Beuys. München: Prestel.
Cézanne, P. (1988): Montagne Sainte-Victoire. Hrsg.v. G. Boehm. Frankfurt a. M.: Insel.
Charcot, J.-M., Richer, P. (1987): Die Kunst der Besessenen. Göttingen: Steidl.
Freud, A. (1936/1977): Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler.
Freud, A. (1979): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München: Kindler.
Freud, S. (1974): Sigmund Freud: Studienausgabe. Hrsg v. A. Mitscherlich. Bd. IX: Totem und Tabu,. 1912/13; Die Zukunft einer Illusion, 1927; Das Unbehagen in der Kultur, 1930; Der Mann Moses und die monotheistische Religion, 1939. S. Fischer: Frankfurt a. M.

Jung, C.G. (1967): Ges. Werke. Zürich: Rascher.
Jung, C.G. (1984): Erinnerungen, Träume, Gedanken. Hrsg.v. A. Jaffé. Olten: Walter.
Kant, I. (1968): Kritik der praktischen Vernunft. Kants Werke. Akademie Textausgabe, Bd. V. Berlin.
Kernberg, O. (1981): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
Kraepelin, E. (1918): Hundert Jahre Psychiatrie. Springer: Berlin.
Lacan, J.(1978): Die Topik des Imaginären: In: Ders.: Das Seminar. Buch I (1953-1954). Freuds Technische Schriften. Olten: Walter-Verlag.
Lacan, J.(1978): Diskursanalyse und Ichanalyse. Anna Freud oder Melanie Klein. In: Ders.: Das Seminar. Buch I. A.a.O.
Lacan, J.(1975):: Schriften 1. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Klein, M. (1962): Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung. In: Dies.: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Ernst Klett Verlag,
Lang, H. (1973): Die Sprache und das Unbewusste: Jacques Lacans Grundlegungen der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
Mach, E. (1886): Beiträge zur Analyse der Empfindungen. Jena: Fischer
Menzen, K-H; Hartwig, H. (Hrsg.) (1984): Kunst-Therapie. Berlin: Ästhetik u. Kunst.
Menzen, K-H (2000): Eine kleine illustrierte Geschichte der Kunsttherapie. Butzbach-Griedel: Afra.
Menzen, K-H (2008a): Grundlagen der Kunsttherapie. 3.A. München: Ernst Reinhardt-UTB.
Menzen, K-H (2008b): Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. 2.A. München: Ernst Reinhardt.
Mesmer, F. A. (1814): Mesmerismus oder Systeme der Wechselwirkungen: Theorie und Anwendung des thierischen Magnetismus als die allgemeine Heilkunde zur Erhaltung des Menschen (hrsg. von K.C. Wolfart). Berlin: Nikolaische Buchhandlung. (reprint by E.J. Bonset, Amsterdam, 1966)
Perls , F. (1999): Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Stuttgart: Klett-Cotta.
Petzold, H. (1985): Leiblichkeit: Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
Reil, Johan Christian (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen, Curtsche Buchhandlung: Halle.
Reiter, A. (1996): Selbstpsychologie und gestaltende Therapien. In: Zifreund, W. (Hrsg.): Therapien im Zusammenspiel der Künste. Tübingen: Attempto.
Schelling, F.J.W. (2000): Über das Verhältnis der bildenden Künste zu der Natur (1807): In: Vorträge zur Philosophie Schellings. Berliner Schelling Studien, Heft 1. Im Auftrag der Schelling-Forschungsstelle Berlin / hrsg. von Elke Hahn. Berlin : Total Verlag.
Schrode, H. (1995): Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Regression und Progression im Verlauf einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
Wellendorf, E. (1984): Statement in der Schlussdiskussion der Berliner Tagung „Kunst-Therapie“. In: Menzen, K.-H., Hartwig, H. (Hrsg.); Kunst-Therapie. Berlin: Ästhetik und Kommunikation.

Max Wertheimer (1924): Über Gestalttheorie Vortrag vor der Kant-Gesellschaft, Berlin, am 17. Dezember 1924. Abgedruckt in Philosophische Zeitschrift für Forschung und Aussprache 1, 39-60 (1925) und als Sonderdruck: Erlangen: Verlag der philosophischen Akademie (1925). Reprint in: GESTALT THEORY, Vol. 7 (1985), No. 2, 99-120, Opladen, Westdeutscher Verlag.
Wiesing. L. (1997): Die Sichtbarkeit des Bildes. Geschichte und Perspektiven der formalen Ästhetik. Reinbek: Rowohlt.
Wölfflin, H. (1976): Kunstgeschichtliche Grundbegriffe: Das Problem der Stilentwicklung in der neueren Kunst. 15.A. Basel.
Winnicott, D.W. (1973): Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München: Kindler

Kontakte:
Prof. Dr. Karl-Heinz Menzen
Katholische Fachhochschule Freiburg
Tel.: +49 (0) 761 / 200 – 261
E-Mail: menzen@kfh-freiburg.de

Barbara Dettmer
(Zusammenfassung des Workshops durch Mechtild Witte und Ute Pirkl)

Operationalisierte psychodynamische Diagnostik für Musik-, Drama-, Tanz- und Kunsttherapeuten

Der Workshop von B. Dettmer führte in die Thematik der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) ein. B. Dettmer vermittelte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops einen Überblick, was die OPD im Allgemeinen leisten kann und zeigte, wie dieses Diagnoseverfahren in den Kreativtherapien anwendbar ist.

Ziel der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) ist es, neben deskriptiven Systemen (z.B. ICD 10, DSM IV) ein psychodynamisches Modell zu stellen, das Operationalisierung ermöglicht. Die OPD fußt auf der Tiefenpsychologie, die reduziert auf wesentliche Grundzüge zur Anwendung kommt.

Operationalisieren heißt, Nachvollziehbarkeit und Wiederholbarkeit zu ermöglichen, signifikante Unterschiede zu erkennen und relevante Bereiche umfassend zu beschreiben.
B. Dettmer erklärte, wie dies mithilfe der OPD-Manuale gewährleistet werden soll.

Sie führte zunächst in einige psychodynamische Grundbegriffe (z.B. Unbewusstes, Repräsentanzenwelt, Verdrängungsprozesse, Übertragung, Regression, Affekte) ein und erläuterte anschließend die Itembereiche - die 5 Achsen - der OPD:

- Krankheitserleben (Leidensdruck, Krankheitskonzept u.a.m.),
- Beziehung (Beziehungsthemen, Kommunikation),
- Konflikt (Individuation versus Abhängigkeit u.a.m.),
- Struktur (Selbstkohärenz, Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle u.a.m.), Syndromal (deskriptiv-phänomenologische Diagnostik z.B. ICD 10)

Bei der Diagnoseerhebung werden diese 5 Achsen miteinander in Beziehung gesetzt, um eine Diagnose zu stellen sowie einen Behandlungsfokus und einen Therapieplan festzulegen.

Bezüglich der Relevanz für die Kreativtherapien hob B. Dettmer die Beziehungs- und die Strukturachse hervor, insbesondere für die Musik-, Tanz- und Dramatherapie.

Anhand eines Videobeispiels aus der klinischen Arbeit (Einzelmusiktherapie) erläuterte B. Dettmer zunächst die Achse 2: Beziehung, um zu zeigen, wie man zu einer deskriptiven Erfassung des Beziehungserlebens kommen kann. Hierbei wurde das Manual der OPD 2 zugrunde gelegt.

In diesem Manual wird mit einer festgelegten Begriffsmenge von Beziehungsthemen gearbeitet. Die Beziehungsthemen werden jeweils in ihren Polarisierungen in einem Kreisschema dargestellt, so dass man sich ergänzende, sich widersprechende oder sich ähnelnde Themen sofort erkennen kann.

Im Folgenden werden hierzu einige der im Kreisschema angeführten Beziehungsthemen als Beispiele genannt:

- Beziehungsthema „Freiraum lassen“ – Viel versus wenig Freiraum lassen
- Beziehungsthema „Andere anleiten“ – Einflussnahme vermeiden versus kontrollieren, Ansprüche stellen
- Beziehungsthema Andere anerkennen – Entwerten, beschämen versus idealisieren,
- Beziehungsthema „Zuneigung zeigen“ – Zuneigung entziehen versus mit Zuneigung bedrängen
- Beziehungsthema „Agressionzeigen“ – Harmonisieren versus angreifen, schädigen
- Beziehungsthema „Sich kümmern“ – Sich besonders kümmern versus vernachlässigen

Außerdem werden vier Perspektiven erfragt:

- Was sagt der Patient über sich?
- Was sagt der Patient über andere?
- Wie erlebt der Therapeut den Patienten?
- Zu welchen Reaktionen fühlt der Therapeut sich vom Patienten aufgefordert?

Durch die Beantwortung dieser Fragen wird die zu erwartende Übertragungsbeziehung umrissen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden eingeladen, ihre Eindrücke zu einer Videosequenz mit Hilfe des OPD-Manuals zusammenzutragen und zu ordnen. Die Arbeit mit der 2. Achse sollte zu einer „Beziehungsdiagnose“ führen.

Für die Kreativtherapien sei hier noch angemerkt, dass sich die Beziehung nicht nur über das Gespräch und nonverbale Ausdrucksformen ausdrückt, sondern insbesondere im Medium seine spezifische Gestaltung findet.

Nach einer kurzen Darstellung der 3. Achse: Konflikt erläuterte B. Dettmer ausführlicher die 4. Achse: Struktur.

Hier diente ein Musikbeispiel aus einer Einzelmusiktherapie zur Erläuterung und Erarbeitung dieser Achse. Wieder wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeladen, ihre Eindrücke zu äußern im Hinblick auf das Strukturniveau der Patientin. Dafür wurde das entsprechende Manual der OPD zugrunde gelegt. Es wurde diskutiert, über welche psychischen Strukturen die Patientin aus dem Musikbeispiel verfügt, in Bezug auf die Regulierung ihres Selbst, der Beziehung zu ihrer inneren Welt sowie in der Gestaltung ihrer äußeren Beziehungen. Leitfragen hierbei waren:

- Wie vulnerabel ist die Patientin?
- Wie sind ihre Kapazitäten zur Verarbeitung innerer Konflikte und äußerer Belastung einzuschätzen?

Die improvisierte Musik, die Lebensgeschichte der Patientin und das Erleben der Therapeutin in Beziehung setzend, stellte B. Dettmer eine „Strukturdiagnose“

In der abschließenden Diskussion gab es viele positive Reaktionen zur OPD seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es wurde diskutiert, ob die OPD für die künstlerischen Therapien von Nutzen sein könnte, ob es möglicher Erweiterungen oder Änderungen der OPD für einen Einsatz im Rahmen der Kreativtherapien bedürfte und wie diese aussehen könnten.

Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Workshop lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) scheint ein sinnvolles Diagnosemodell und ein Instrument für die Therapieplanung zu sein, welches vielen Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen eine gemeinsame Terminologie an die Hand gibt.

- Mithilfe der OPD wird eine gemeinsame Terminologie eingeführt, die eine Verständigung zwischen den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten erleichtert.

- Dies unterstützt es, im interdisziplinären Team zu einer gemeinsamen Behandlungsgrundlage und gemeinsamen Behandlungszielen zu kommen.

Kontakt:
Barbara Dettmer
Praxis für Psychotherapie Waltrop
Tel.: +49 (0) 2309 / 608190
Email: barbara.dettmer@t-online

- Ebenso wird durch die OPD der interdisziplinäre Austausch über das Behandlungskonzept und -ergebnis erleichtert.

- Um die OPD im Bereich der Kreativtherapien einzusetzen, ist ein vertieftes psychodynamischem Verständnis auf Seiten der Kreativtherapeutinnen und -therapeuten nötig.

- Um die OPD im Bereich der Kreativtherapien einzusetzen, wäre es nötig, eine mediumsspezifische Übersetzung der OPD zu entwickeln. B. Dettmer zieht in Erwägung, einen Arbeitskreis zu initiieren, der sich mit genau dieser Aufgabe befasst (An der Mitarbeit Interessierte wenden sich an B. Dettmer, siehe Kontaktdaten).

Abschließend angemerkt wurde von B. Dettmer, dass die OPD in ihrer Erweiterung über die Diagnostik und Therapieplanung hinausgeht und eine Evaluation des Therapieverlaufs ermöglicht.

Literatur:

Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Verlag Hans Huber

Jutta Jackowski

Dokumentation Künstlerischer Therapien - ganz konkret

Im Workshop wurden praktische und handhabbare Lösungswege bei der Dokumentation Künstlerischer Therapien besprochen. Im Mittelpunkt stand die Klärung des Leitgedankens der eigenen Dokumentation, unter Berücksichtigung von rechtlichen Aspekten. Im vorliegenden Skript werden die Diskussionspunkte und Ergebnisse zusammengefasst.

Das Dokumentieren im therapeutischen Alltag hat eine wichtige Funktion. Es transportiert relevante Inhalte und macht den Therapieprozess transparent. Für die Dokumentation von Künstlerischen Therapien gibt es bisher leider keine einheitlichen Regeln, Empfehlungen oder Anhaltspunkte. In Hinblick auf das zu erwartende Berufsgesetz für Künstlerische Therapeuten, können rechtliche Aspekte auch für unseren Berufsstand bindend werden.

Blicken wir in den Bereich der Medizin, so heißt es dort: „Die Dokumentation muss entsprechend den vertraglichen und Berufsordnungs-Verpflichtungen, im Sinne der Therapiesicherung, ermöglichen, dass der Therapeut selbst oder ein anderer Therapeut sich in einem vertretbaren Zeitraum einen Überblick über die Therapie verschaffen kann, muss also nicht nur alle wesentlichen Informationen enthalten, sondern auch entsprechend übersichtlich und ökonomisch zu handhaben sein (1)“.

Dieser Punkt wurde vielfältig diskutiert. Wie steht der Aufwand der Dokumentation mit ihrem Nutzen im Zusammenhang? Und was sind die relevanten Inhalte? Erarbeitet wurde, dass der Adressat ausschlaggebend für die Dokumentation ist. Der Leitgedanke ist zu klären: für wen dokumentiere ich und warum?

Mögliche Interessenten für die Dokumentation sind:

- der Kostenträger (Plausibilitätskontrolle),
- die Staatsanwaltschaft (Haftungsrecht),
- Kollegen (interdisziplinär),
- Ich selbst (Therapieoptimierung, Gedächtnisentlastung),
- ggf. auch Patienten (Einsichtsrecht).

Die Dokumentation kann somit unterschiedlichen Anforderungen unterliegen, je nachdem ob sie als Abrechnungsnachweis, als Behandlungsnachweis (für künstlerische Therapien noch nicht bindend), als Eigenschutz (Haftungsprophylaxe) oder zur Qualitätssicherung dient.

Die Zweckgebundenheit der Dokumentation fordert oft einen deutlichen Anpassungsprozess vom Therapeuten. So arbeiten die meisten Kostenträger mit defizitorientierten Modellen, wohingegen viele künstlerische Therapien auf ressourcenorientierten Ansätzen beruhen. Die Dokumentation muss dann in der Sprache der Kostenträger erfolgen.
An dieser Stelle kristallisierte sich heraus, dass die Trennung von

formalen Notwendigkeiten und der eigenen, therapeutischen Grundhaltung teilweise schwer fällt. Diskutiert wurde dabei das Prinzip der „doppelten Buchführung". Die Trennung von persönlichen Notizen und dem offiziellen Teil der Dokumentation. Diese Aufteilung ist auch aus rechtlichen Gesichtspunkten relevant und empfehlenswert.

Aufgrund der Gesetzeslage sind therapeutische Dokumentationen unter bestimmten Aspekten herausklagbar. Dies bezieht sich auf den offiziellen Teil der Dokumentation, der im Allgemeinen den Rahmen der Therapie beschreibt. Die handschriftlichen Notizen des Therapeuten gehören nicht dazu. Diese beinhalten meist weiterführende, intime Informationen über den Patienten oder skizzieren eigene Assoziationen und Befindlichkeiten des Therapeuten. Eine separate Aufzeichnung und Aufbewahrung von persönlichen Inhalten und den offiziellen Daten ist daher zu befürworten.

Blicken wir hierzu in den Bereich der Medizin, so heißt es: „Die Dokumentation, mit der die gesetzlichen und vertraglichen Pflichten erfüllt werden, ist von den persönlichen Notizen des Therapeuten zu trennen; persönliche Aufzeichnungen sind für andere nicht zugänglich, um dem Patienten und der Therapie nicht zu schaden (1)".

Die Ausführung, dass Dokumentation immer eine Reduktion und Verdichtung des Therapiegeschehens ist und nie vollständig die Komplexität und Qualität der Therapiesitzung abbilden kann, führte zur spannenden Diskussionen.

Hierbei ist die Frage nach dem Anspruch an die Dokumentation thematisiert. Im Hinblick auf Zeitknappheit und Alltagsrelevanz ist meist „nur" eine eingeschränkte, intentionale Dokumentation leistbar. Bildlich gesprochen fällt vieles, auch wertvolles, dass in der Therapie geschieht, „hinten runter". Dies nicht als Herabsetzung der eigenen, therapeutischen Wertigkeit zu betrachten, sondern als formal notwendige Reduktion anzusehen, scheint nicht immer einfach.

Eine Dokumentation sollte jedoch auch bei dokumentationswidrigen Umständen m.E. mindestens folgende Aspekte beinhalten:

- Die Basisdaten des Patienten (Name, Geburtstag, Diagnose) und
- seine aktuelle Verfassung (Zustand, Stimmung).
- Außerdem ist die Art der therapeutischen Intervention zu benennen.
- Zusätzlich sollte die Reaktion des Patienten auf die Intervention mitdokumentiert werden.

Empfehlenswert ist darüber hinaus, dass die Dokumentation Kriterien für die Einschätzung des Therapeuten zur Entwicklung des Patienten beinhaltet.

Auf die Methode zur Erfassung der dokumentationsrelevanten Inhalte wurde nur kurz eingegangen. Verschiedene Dokumentationsformen wurden benannt und diskutiert. Es zeichnete sich ab, dass die Verwendung einer Methode vom Leitgedanken der Dokumentation und von der individuellen Vorliebe des Therapeuten abhängig ist. Es ist z.B. fraglich, wann Verlaufsdokumentationen, die jede Therapiesitzung separat dokumentieren, gegenüber Berichtsdokumentationen, die den Gesamtverlauf über mehrere Therapiesitzungen zusammenfassen, dienlicher sind. Das gleiche bezieht sich

auch auf die Verwendung der Freitext- oder Ankreuztechnik.

Abschließend wurde ausgeführt, dass Dokumentation immer aus Gewohnheit und Standardisierung entsteht und einiger Übung bedarf. Durch Gewohnheit und durch das regelmäßige Erfassen von bestimmten Kriterien, wird eine Vergleichbarkeit möglich. Wird z.B. die Arbeitsweise des Patienten dokumentiert, so fallen Veränderung im Verlauf auf. Spannend wird dann die Frage, ob entsprechende Beobachtungen auch bei Patienten mit ähnlicher Problematik zu erkennen sind.

Zur Anregung für die eigne Dokumentation wurde der umfangreiche Dokumentationsbogen aus dem Forschungsprojekt: „Dokumentation kunsttherapeutischer Prozesse (DoKuPro) (2)“ mit dem dazugehörigem Handbuch vorgestellt. Das Manual stellt ein wissenschaftlich abgesichertes Dokumentationssystem für die kunsttherapeutische Praxis in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen dar und wurde am Forschungsinstitut der Hochschule für Kunsttherapie in Nürtingen mit praktizierenden Kunsttherapeuten entworfen und seither ständig weiterentwickelt.

Zum Schluss wurde die kleine Feldstudie „Kunsttherapeutische Dokumentation (3)“ vorgestellt. Anhand von verwendeten Dokumentationsbögen aus der Praxis, konnten erste Ansatzpunkte und Ergebnisse erzielt werden.

Die Studie empfiehlt die Klärung der Zielsetzung oder des Leitgedankens bei der Dokumentation und thematisiert u.a. den Bedarf an kunsttherapeutischer Begriffsklärung. Die Notwendigkeit der Entwicklung von effizienter und alltagstauglicher Dokumentationen für die Kunsttherapie wird belegt.

Aufbauend auf dieser Studie wird ab Herbst 2008 ein Forschungsprojekt starten in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Elbing von der Hochschule für Kunsttherapie in Nürtingen. Im engen Dialog mit praktizierenden Kunsttherapeuten werden Kriterien und Begriffe zur kunsttherapeutischen Dokumentation entwickelt und erprobt. Das Ziel des Projekts ist die Entwicklung von konkreten, Schulen übergreifenden und wissenschaftlich fundierten Empfehlungen für die kunsttherapeutische Dokumentation.

Quellenangaben:

(1) Piechotta B & Meier U (2002) Zwischen Scylla und Charybdis – Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen www.qm-psychotherapie.de/scylla.pdf
S. 8, Internetzugriff: 30.10.2007
(2) Elbing U & Hölzer M (2007) Entwicklung und erste Evaluation eines Instruments zur kunst- und gestaltungstherapeutischen Prozessdokumentation. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 18 (2) 85-99
(3) Jackowski J & Elbing U (2007) Kunsttherapeutische Dokumentation. Unveröffentlichte Studie. Geplante Veröffentlich in Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 2008

Weiterführende Literatur:

Sinapius P & Ganß M (Hrsg.) (2007) Grundlagen, Modelle und Beispiele kunsttherapeutischer Dokumentation. Peter Lang-Europäischer Verlag der Wissenschaft, Frankfurt a. M.

Kontakt:
Jutta Jackowski
Städtischen Kliniken Frankfurt am Main,
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie – Psychosomatik
Tel.: +49 (0) 69 66 / 96 76 94
E-mail: jutta.jackowski@web.de