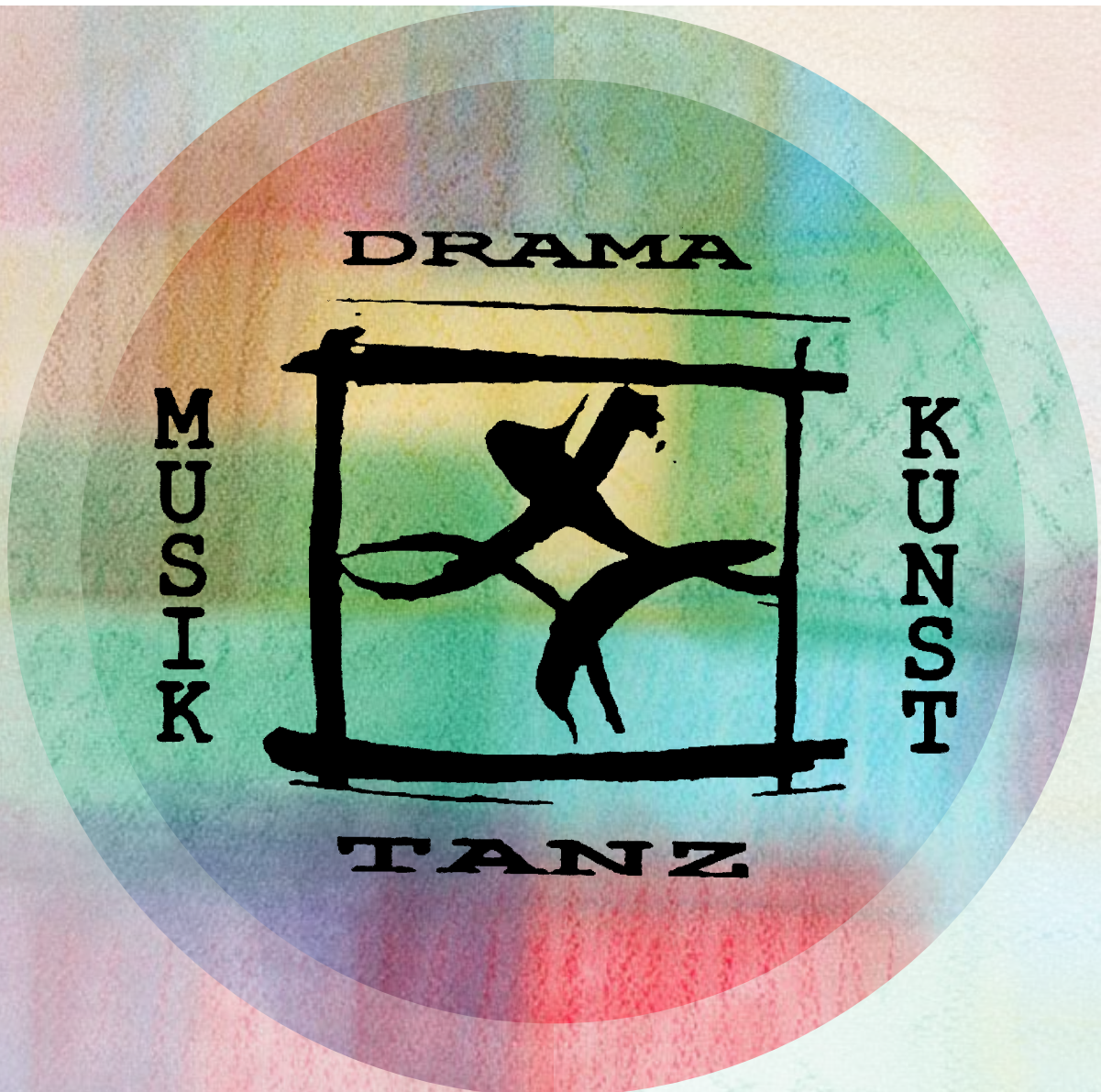


Tagungsband

KreativtherapieTage 2017

Ihre Route wird neu berechnet

Kreativtherapie im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Beziehung



Kooperationspartner

Deutsche Musiktherapeutische
Gesellschaft e.V. (DMtG)

Berufsverband der TanztherapeutInnen
Deutschlands e.V. (BTD)

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

Anschluss e.V.
Bildungswerk Künstlerische Therapie und Bilden-
de Kunst

Impressum

Redaktion

Uwe Blücher
LVR-Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement

Mitarbeit

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

Fotos

Patric Driessen, LVR-Klinikum Düsseldorf
(Rainer Hotz), Angelika Feld, Marita Vogel

Layout

Fabian Siegel, LVR-Druckerei

Druck

LVR-Druckerei, Integrationsabteilung,
Tel 0221 809-2418

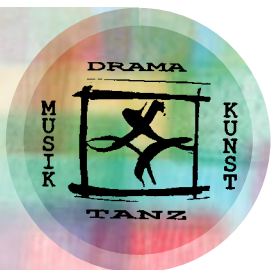
Landschaftsverband Rheinland (LVR)
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Auflage 1 (500 Exemplare)

Köln, Oktober 2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Grußwort	
Prof. Dr. med. T. Supprian.....	5
Ethische Herausforderungen im Spannungsfeld von Beziehung, Profession und Ökonomie	
Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann.....	7
Kreativtherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik – Chancen und Herausforderungen	
Dr. Ljiljana Joksimovic.....	21
Reisebericht der Bundearbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien	
Dr. Marianne Eberhard-Kaechele, Beatrix Evers-Grewe.....	29
Tagungsimpressionen	44
Ambulante Musiktherapie in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
Marianne Bauer	47
Kurz und gut? Musiktherapie im Effizienzdruck Möglichkeiten und Grenzen musiktherapeutischer Behandlung mit psychiatrisch erkrankten Menschen	
Gertrud Hopster, Tobias Kranz.....	59
Liebe auf den ersten Blick? Das positive Spannungsfeld zwischen Dramatherapie & Schematherapie	
Katrin Bange	65
Zurückgeworfen auf das Nonverbale – Kunsttherapie/Kreativtherapien im transkulturellen Kontext	
Nele Heriniaina	75
Kunsttherapie – Kurz und knapp	
Brigitte Biebrach-Schmitt	85
Nigredo – „Vom Dunkel ins Licht“	
Sylvia Wentzler.....	97



Kreative Prozesse zwischen Ökonomie und Beziehung	
Emily Severin, Marion Reuter	103
Der Life/Art Process ® Eine Performanz – orientierter Therapieansatz in Zeiten ökonomischen Wandels	
Sonja Seng	107
Gegenwärtig sein – Das Prinzip Achtsamkeit in der Kreativtherapie	
Renate Kemp	121
Kontexte kreativtherapeutischen Arbeitens in Großgruppen – eine kreative Herausforderung	
Stefan Schäkel	129
Kunsttherapie mit Haiku für große Gruppen in der Psychiatrie	
Christine Hayashi	137
Arts-based Inquiry: Forschung in Bewegung	
Nicole Hartmann	143
Kultur im Krankenhaus – Gestaltungsraum für Organisationskultur	
Theo van der Poel	153
Fotos Abendveranstaltung	159
Posterpräsentationen	163
Transferbindungen	180
Veranstaltungsprogramm/Workshop-Programm	186
Organisationsteam mit Moderator	188

Vorwort

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

hiermit stellt Ihnen das LVR-Fachforum Kreativtherapie den Tagungsband der „KreativtherapieTage 2017“, die am 23. und 24. November 2017 im LVR-Klinikum Düsseldorf stattgefunden haben, vor. Die Planung lag auch in diesem Jahr wieder in den Händen des LVR-Fachforum Kreativtherapie mit freundlicher Unterstützung des LVR-Dezernat 8. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch den LVR ermöglicht und soll den inhaltlichen Austausch der Kliniken im LVR-Klinikverbund fördern.

Die KreativtherapieTage, die seit 1995 kreativtherapeutische Themen zum Anlass nehmen verschiedene Gewerke zusammen zu bringen und Professionalisierung zu fördern, standen dieses Jahr unter dem Motto: „Ihre Route wird neu berechnet-Kreativtherapie im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Beziehung“.

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie ist stets bedacht, ein aktuelles Thema aufzugreifen. Bei der Themenwahl lag der Fokus auf den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, die einen markanten Stempel auf die tägliche Arbeitspraxis zu drücken scheinen. Es tut sich ein Spannungsfeld zwischen ökonomischen und ethisch-therapeutischen Aspekten auf, dem sich die Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten stellen müssen. Mittelpunkt einer konstruktiven Auseinandersetzung sollten Fragen sein wie z. B.: Welche Konsequenzen beinhaltet möglicherweise dieses Spannungsfeld für

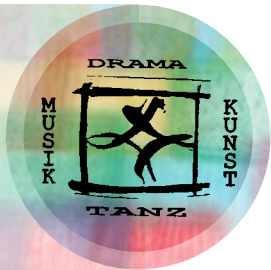
die Zukunft der Kreativtherapien in den Kliniken? Muss sich bei veränderten Rahmenbedingungen eine Anpassung oder gar eine Neuorientierung vollziehen? Wenn ja, in welcher Form?

21 Referierende aus der Praxis, der Forschung, der Berufspolitik und der Bildungsinstitute trugen zu einer multiperspektivischen Betrachtung der Thematik bei. Die Beiträge und Resultate dieser Auseinandersetzung mit dem Tagungsthema finden Sie in diesem Tagungsband wieder.

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie möchte sich an dieser Stelle für den kooperativen Beistand und die kollegiale Zusammenarbeit bei den Kooperationspartnern bedanken, ohne die die „KreativtherapieTage 2017“ nicht möglich gewesen wären:

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

Des Weiteren möchten wir uns beim gastgebenden LVR-Klinikum Düsseldorf, Frau Prof. Dr. Meisenzahl-Lechner und insbesondere bei Herrn Dr. Peter Hoffmann und seinem Team für die Unterstützung vor Ort bedanken.



Das LVR-Fachforum Kreativtherapie schätzt die langjährige Verbundenheit mit Herrn Prof. Johannes Junker (Hochschule Nürtingen), der als Moderator der KreativtherapieTage die Teilnehmenden, wie auch im Vorjahr, glänzend durch das Programm zu führen wusste. Vielen Dank dafür.

Unseren Referierenden gilt ein besonderer Dank. Die inhaltlich spannenden, kontroversen und kreativen Beiträge wussten zu begeistern, riefen auf zu neuen Wegen und der Weiterentwicklung von Bewährtem. Ihre Kompetenz und Qualität war erfrischend und inspirierend und wir hoffen, dies auch in unserem Tagungsband transportieren zu können.

Unsere Laudatio beschließen wir mit einem großen Dank an alle Teilnehmenden. Der Austausch auf sowohl professioneller, als auch persönlicher Ebene, sorgte für eine ausgeglichene Atmosphäre in den Vorträgen und Workshops und bei der Feier am Abend.

Das LVR-Fachforum Kreativtherapie wünscht Ihnen viel Spaß beim Lesen des Tagungsbandes. Wir hoffen, Ihnen damit Impulse bei der Berechnung der eigenen neuen Route geben zu können. Wir freuen uns, Sie bei der **nächsten Tagung**, die am **14. und 15. November 2019** in der LVR-Klinik Langenfeld vorgesehen ist, wieder begrüßen zu dürfen.

Freundliche Grüße

Uwe Blücher

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

Patric Driessen

Leitung der Kreativtherapie,
LVR-Klinik Bedburg-Hau

Beatrix Evers-Grewe

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

Eva- Maria Golloch

Kunsttherapeutin,
LVR-Klinikum Essen

Gudrun Gorski

Bildungsreferentin,
LVR-Akademie für seelische Gesundheit
Solingen

Dr. Peter Hoffmann

Leitung der Kreativtherapie/Sport- und
Bewegungstherapie,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Ute Pirkl

Tanztherapeutin,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Florian Urbas

Musiktherapeut,
LVR-Klinikum Düsseldorf

Mechtild Witte

Musiktherapeutin,
LVR-Klinik Düren

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Vertretung für die Ärztliche Direktorin, Frau Univ.-Prof. Eva Maria Meisenzahl-Lechner, die heute leider verhindert ist, möchte ich Sie herzlich am LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, willkommen heißen.

Sie haben sich für Ihre Fachtagung eine interessante Route gewählt und starten hier in der Klinik in einer altherwürdigen Einrichtung, die immerhin bereits seit 1876 existiert. Ein Blick zurück in die Gründungsjahre dieser Klinik führt uns in eine Epoche, in welcher viel Geld eingesetzt wurde, um Krankenhäuser (damals nannte man sie „Anstalten“) für die Behandlung von psychisch kranken Menschen zu errichten. Im Jahr 1864 wurde in Frankfurt am Main die sogenannte „Anstalt für Irre und Epileptische“ gebaut, in welcher einige Jahrzehnte später Alois Alzheimer eine Beobachtung machte, die inzwischen große Bekanntheit erlangt hat. In dieser Epoche wurde Medizingeschichte geschrieben.

Hier in Düsseldorf wurde im Jahr 1876 die „Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg“ errichtet, in welcher als erster Ärztlicher Direktor Carl Georg Wilhelm Pelman (1838–1916) wirkte. Aus den frühen Dokumenten über diese Zeit der psychiatrischen Behandlung kennen wir Tabellen über die Beschäftigung der Kranken, die uns zeigen, dass neben Haus- und Feldarbeit auch eine Vielzahl anderer Beschäftigungen in der Schneiderei, Anstreicherei, Schlosserei, Schreinerei

oder Schusterei vorgehalten wurden. Auch das Strohflechten wird explizit erwähnt. Arbeitstherapie unter fachlicher Anleitung gab es in der Klinik also schon immer. Bemerkenswert ist aber, wie sich das Spektrum der therapeutischen Ansätze in den folgenden Jahrzehnten gewandelt hat, in einer Phase, in der es noch keine spezifische Psychopharmakotherapie gab. Auch mit Einführung der modernen Psychopharmakotherapie in der Mitte des vorigen Jahrhunderts behielten Ergotherapie und kreativtherapeutische Angebote ihren hohen Stellenwert bei.

Unser heutiges Klinikum bietet eine Vielzahl an Einrichtungen und Räumen, die für die Arbeitstherapie, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Musiktherapie, u. a. kreativtherapeutische Angebote genutzt werden. Die Kreativtherapien sind integraler Bestandteil des Behandlungsangebots einer modernen psychiatrischen Fachklinik. Schaut man in das Programm der heutigen Tagung wird sicherlich die Vielfalt der Angebote deutlich, es zeichnet

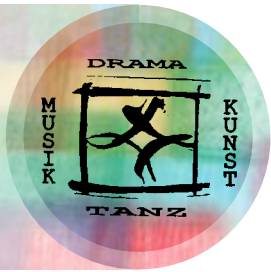


Prof. Dr. Tillmann Supprian,
LVR-Klinikum Düsseldorf

c. Tabellen über die Beschäftigung der Kranken.
Monats-Berichte pro Oktober 1879.
I. Beschäftigung der Männer.

Art der Beschäftigung	Vom			
	5. 10. - 11.	12. - 18.	19. - 25.	26. - 31.
Feldarbeit	46	48	48	40
Hausarbeit	18	18	18	18
Beauftragten	5	5	5	5
Wegereisenden	—	—	—	—
Büroarbeit	3	3	3	3
Matrosenarbeit	2	2	2	2
Schneiderei	1	1	1	1
Anstreicherei	2	2	2	1
Schlosserei	2	2	2	2
Schleiferei	1	1	1	1
Schneiderei	3	3	3	4
Schneiderei	3	4	4	4
Summe der Beschäftigten	80	89	89	90
Unbeschäftigte	84	81	85	84
Pensionäre	33	32	33	33
Gesamte Summe	202	202	207	207
Spaziergänger	62	—	60	61
Unrein bei Tage	12	12	9	9
" Nacht	14	14	14	12
Bettlägerig	12	14	15	13
Anzahl gebrauchten	28	29	29	29

Historische Tabelle: „Über die Beschäftigung der Kranken“, Oktober 1879, LVR-Klinikum Düsseldorf



Prof. Dr. Tillmann Supprian, LVR-Klinikum Düsseldorf

sich aber auch ab, dass die störungsspezifische Indikation ein wichtiges Thema bleibt. So erscheint die Abgrenzung zur Psychotherapie nicht immer einfach, da es sicher Überlappungen und Überschneidungen gibt, die in der Behandlungsplanung und dem Zusammenwirken der Therapeutinnen und Therapeuten sorgfältig bedacht werden müssen.

Ich sehe in Ihrer heutigen Tagung durchaus auch eine Standortbestimmung und möchte Ihnen ans Herz legen, sich mit der Frage der Integration in ein psychiatrisches Gesamtbehandlungskonzept, und insbesondere mit der Frage der Abgrenzung zur Psychotherapie auseinanderzusetzen, damit am Ende nicht ein „therapeutischer Einheitsbrei“ resultiert, sondern klare Behandlungsmodule, die sich inhalt-

lich ergänzen, aber eben nicht ersetzen. Für unsere Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass nachvollziehbar ist, welche Therapeutin und welcher Therapeut bestimmte Aufgaben hat, welchem Behandlungsziel sie dienen und wo die jeweiligen Zuständigkeiten auch enden. An dieser Stelle bleibt mir den hier im Hause tätigen Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten für die großartige Arbeit ausdrücklich zu danken.

Für die Fachtagung wünsche ich Ihnen anregende Vorträge und lebhaftes Diskussionen, sowie Ergebnisse, die Ihre wichtige Arbeit weiter voranbringen.

Prof. Dr. med. T. Supprian
Stellvertr. Ärztlicher Direktor

Ethische Herausforderungen im Spannungsfeld von Beziehung, Profession und Ökonomie

Überarbeitete Transkription des interaktiven Vortrags mit dem Auditorium



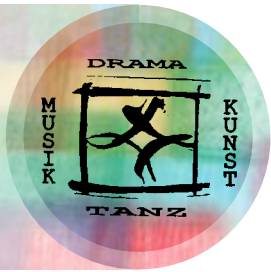
Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann

Geb. 1963 in Dortmund. Seit 2005 Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum. Nach einem Studium der Medizin und Philosophie, klinische Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

1998 Habilitation für „Ethik in der Medizin“ an der Freien Universität Berlin. Visiting Fellow am Kennedy Institute of Ethics der Georgetown University Washington, DC und Visiting Professor in San Francisco, New York, Galveston und Sydney.

Akademische Preise: Preis für Hirnforschung in der Geriatrie der Universität Witten-Herdecke (1999), Stehr-Boldt-Preis der Universität Zürich (2001), Best Practice Award „Mehr Dialog bei Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft (2008/2009), Universitätspreis „lehrreich“ der Ruhr-Universität Bochum (2009), Lehrpreis „Gaudium docendi“ der Gesellschaft der Freunde und Förderer der Ruhr-Universität Bochum (2010), Förderpreis Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2013), Preis „Lehrende Studierende“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2014).

Forschungsschwerpunkte: Ethische Probleme in der Psychiatrie, Aufklärung und Einwilligung, Selbstbestimmungsfähigkeit, ethische Fragen am Lebensende, Medical Professionalism, Personalisierte Medizin und Klinische Ethikberatung.



Transkription

Redaktionelle Anmerkung: Die Transkription wurde zugunsten einer besseren Lesbarkeit leicht geglättet und gekürzt.

Interaktiver Vortrag von Herrn Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann mit Auditorium

Die besondere Bedeutung von Gesundheit

„Ihre Route wird neu berechnet – ethische Herausforderungen im Spannungsfeld von Beziehung, Profession und Ökonomie“. „Ihre Route wird neu berechnet“, aber ich gehe mal davon aus, dass Sie jetzt nicht ins Investmentbanking oder in die internationale Hedgefonds-Entwicklung gehen, sondern die Route, die soll ja schon innerhalb des Gesundheitswesens neu berechnet werden, um das ein Stück zu konkretisieren.

Aber was heißt denn „Gesundheitswesen“? Gesundheitswesen hört sich ein bisschen bürokratisch an, wird häufig im Kontext von Politik, Geld, und Macht gesehen. Aber wenn wir ein Stück zurücktreten und vielleicht nicht nur in unsere Kultur schauen und nicht nur in unsere Zeit schauen, dann kann man sagen: Das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung, die wir leisten, das hat schon eine besondere Bedeutung. Woran liegt das? Das liegt am Inhalt, das liegt an dem, was wir machen. Und da ist der erste Punkt natürlich, dass wir Gesundheit fördern – also Heilung, Linderung, Vorbeugung von Gesundheit – und das hat eine unmittelbare Bedeutung für jeden Bürger. Ob arm oder reich, ob Mann oder Frau, ob Ostfriesen oder Bayer, und auch über die Kulturen und Zeiten hinweg. Gesundheit, das ist eine unmittelbare Bedrohung, das ist ein hohes Gut, das kennt jeder und da setzt jeder Priorität drauf.

Das macht aber nicht nur der Einzelne, sondern das hat auch eine gesellschaft-

liche Bedeutung. Und das nenne ich mal „instrumentelle Bedeutung von Gesundheit“. Das kennen Sie auch alle. Gesundheit ist nicht nur ein hohes Gut für sich, sondern Gesundheit ist auch ein Voraussetzungsgut: Wenn ich nicht gesund bin, dann kann ich nicht arbeiten. Stichwort Krankschreibung. Wenn ich nicht gesund bin, kann ich nicht mein Hobby ausüben, eine Familie gründen und sozial interaktiv werden. Dass das nicht nur selbstlos ist, sehen Sie am Beispiel der Entwicklung des Sanitätswesens und der Militärmedizin.

Aber vom Wesen her ist die instrumentelle Bedeutung von Gesundheit für den Einzelnen, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene bedeutsam. Und schließlich – das habe ich „kulturelle Bedeutung“ von Gesundheitsversorgung genannt –, ist ein Ausdruck von Fürsorge. Stellen Sie sich vor, Sie leben in einer Gesellschaft und Sie werden akut krank, Sie erleiden einen Unfall und wählen 112 und keiner kommt. Das heißt, das Gesundheitswesen hat auch eine ganz hohe sozialethische Funktion. Dieser Ausdruck des Helfens, wenn jemand in Not ist, spielt eine wesentliche Rolle. Und das kennen Sie auch aus anderen Kulturen. Die Heiler, die Schamanen waren in allen Kulturen hoch angesehen. Und das ist nicht nur, weil der Schamane Schamane war, sondern weil es um ein hohes ethisches Gut für alle geht. Das sollte unsere Grundlage sein.

Die Idee der Professionen

Martin Luther King, der ja bekanntlich nicht im Gesundheitswesen tätig war, sondern sich als Bürgerrechtler gegen den Rassismus in den USA engagierte, sagte: „Of all the forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inhumane.“ Das bringt die Sache noch mal auf den Punkt, was Gesundheit für eine normative Funktion in unserem Zusammenleben hat. Deswegen haben Gesell-



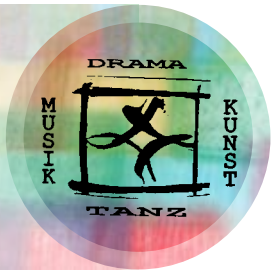
Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann

schaften gesagt: Heutzutage müssen wir das organisieren. Und eine weit verbreitete Antwort von Gesellschaften, das zu organisieren, war: Wir bilden Professionen aus. Nicht, der am schnellsten einen BA-Abschluss in Betriebswirtschaft hat und mit 21 Jahren eine super Gründeridee mit Start-up und Hedgefonds-Entwicklung hat ist der Sieger! Das gilt in einem privatwirtschaftlich organisierten Markt, ist aber keine Profession. Im Gesundheitswesen dagegen gibt es Gesundheitsprofessionen. Und wodurch zeichnet sich Profession aus? Erstens, durch eine wissenschaftliche, eine fundierte Ausbildung. Diese Ausbildung endet in der Regel mit einer staatlichen Prüfung, wodurch erneut die Bedeutung für die gesamte Gesellschaft deutlich wird. Dann gibt es berufsständische Normen, „Code of Ethics“. Die Gesellschaft sagt: Wir setzen euch Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Professionen Details ihrer Berufsausübung selbst regeln können. Dafür erhaltet ihr Freiraum und Privilegien, dafür nehmen wir euch aber auch in die Verantwortung! Zurück zu unserer Folie: Darum geht es, das wollen wir sicherstellen!

Die Tätigkeitsbereiche bestehen also aus gemeinnützigen Funktionen, Aufgaben von besonderer Bedeutung. Die Autonomie der Berufsausbildung bleibt bei diesen Professionen, die diese Verpflichtung haben und gleichzeitig Freiräume von der Gesellschaft erhielten, bis hin zur berufsständischen Selbstverwaltung. Wir haben hier kein Marktmodell. Und das ist seit Jahrhunderten so.

Solidarität und Gesundheitsversorgung

Nun tritt eine weitere Idee historisch hinzu: Jeder soll Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben. Das schaffen bis heute die wenigsten Staaten auf diesem Planeten. Und wir in Westeuropa schaffen das vielleicht gerade mal gute einhundert Jahre. Das andere, was ich Ihnen erzählt habe – war der hippokratische Eid –, und ist grob zweieinhalbtausend Jahre alt, nur damit wir mal so ein Gefühl für die Entwicklungen haben. Heutzutage hat die Gründung einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine zentrale Bedeutung. Sie beruht auf der Idee der Solidarität und diese Idee scheint heute aus dem Fokus zu geraten! Wenn ich meine Medizinstudierenden frage, was verstehen Sie unter einem solidarisch finanzierten Gesund-



heitswesen, dann sagen die: Ja, das ist eine Versicherung. Alle zahlen ein und wenn einer krank wird, dann kriegt der die Leistung. Stimmt. Das gilt aber auch für jede private Versicherung. Was ist denn der Unterschied zur GKV, zu einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung? [Meldung aus dem Publikum] Keine Gesundheitsprüfung! Weitere Aspekte? [Meldung: Kinder oder nicht berufstätige Lebenspartner werden mitversichert].

Und die sozioökonomischen Aspekte? Wenn Sie in Ihre gesetzliche Rentenversicherung einzahlen, dann erhalten Sie in Relation zu dem, was Sie eingezahlt haben, eine Altersversorgung [Meldung, unverständlich] Na ja, es ist zu niedrig, aber die Idee, die ist schon da. Das gilt auch für die Arbeitslosenversicherung. In Relation zu Ihrem Einkommen zahlen Sie ein, und wenn Sie vorher mehr verdient haben, bekommen Sie als Arbeitsloser mehr, als wenn Sie vorher weniger verdient haben. Und wie ist das mit der gesetzlichen Krankenversicherung? Sie haben sich gemeldet. [Meldung, die Krankenversicherung leistet unabhängig von der Höhe der Einzahlung] Richtig. Und wovon ist es abhängig, was Sie einzahlen? [Meldung, unverständlich] Richtig! Und das müssen Sie sich mal überlegen! Sie zahlen ein, in Abhängigkeit von dem, was Sie verdienen, also von Ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit, und wenn Sie krank sind, erhalten Sie alle das Gleiche. Nicht in Relation zu dem, was Sie eingezahlt haben, sondern in Relation zu Ihrer gesundheitlichen Bedürftigkeit.

Überlegen Sie bitte mal, was das für eine Errungenschaft ist, was das für eine sozialetische Errungenschaft ist, die wiederum in den meisten Teilen der Welt nicht existiert und wo auch gar keine Chance besteht, so etwas zu erreichen! Und ich habe sehr häufig den Eindruck, insbesondere auch in meiner Berufs-

gruppe, dass diese Errungenschaft zwar gerne genutzt wird, um Honorare zu erhalten, aber zu wenig gesehen wird, was das für eine soziale Vereinbarung, was das für eine solidarische Grundaussage unserer Gesellschaft als Ganzes ist!

Prioritätensetzung: Begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen

Sie sehen hier ein Beispiel, hier verläuft Ihr Leben. (Hr. Prof. Dr. Dr. Vollmann präsentiert eine Folie) Wenn Sie geboren werden, kann es medizinische Komplikationen geben, das kann teuer werden, aber als Kind sind Sie in der Regel gesund. Mit 20 und gesund beginnen Sie einzuzahlen in ein kontinuierliches, sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis – die jungen Leute hier vorne schmunzeln schon! Ich glaube, Herr Zweifel muss seine Grafik anpassen, und nicht nur Herr Zweifel, sondern die ganze Berechnung dieses Solidaritätspaktes, denn darüber reden wir ja gerade in der Gesellschaft! Also hier stimmt was nicht. Die Biografien sind häufig unterbrochen. Doch zukünftig muss bis 67 oder länger gearbeitet werden. Auch hier tut sich etwas, was gesellschaftlich zu diskutieren ist. Was aber unstrittig ist, ist: Die Rentner zahlen dann weniger Beiträge, aber alte Menschen sind oft multimorbide erkrankt, die Kosten steigen, insbesondere in den letzten Monaten vor dem Tod. Das heißt, die Grundlage, auf der wir unsere solidarische Vereinbarung einmal getroffen haben, ist nicht mehr so idealtypisch, wie das hier aufgezeichnet ist.

Nun zu den Kosten! Die Kosten steigen, das ist richtig, aber Ihre Autokosten etc. steigen auch. Eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gibt es nicht, das sehen Sie hier. (Hr. Prof. Dr. Dr. Vollmann präsentiert eine Folie) Die Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt sind mehr oder weniger konstant. Die sind deshalb konstant, weil die Politik durch alle Parteien mit kleineren Unterschieden dieses Ziel seit

Jahren konsequent verfolgt. Überlegen Sie mal, wen wir alles als Bundesgesundheitsminister erlebt haben: Politiker aus allen Parteien, aus unterschiedlichen Regionen, Altersgruppen, Geschlechtern, Qualifikationen, Temperamenten etc. Die sogenannte Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass es keine Kostenexplosion gibt. Und die Gesellschaft sagt, das will ich auch so. Ich habe Ihnen anhand der verschiedenen Parteien, die das Gesundheitsressort innehatten, deutlich gemacht, es gibt auch da kaum Unterschiede.

Warum ist das denn so? Als Gesellschaft wollen wir die Sozialkosten konstant halten! Das hat was mit übergeordneten politischen Entscheidungen und insbesondere wirtschaftlichen Interessen zu tun; Deutschland als Exportnation, das ist die Grundlage für unseren Wohlstand. Gleichzeitig führt der medizinische Fortschritt, der demografische Wandel, aber auch der sozioökonomische Wandel im Arbeitsmarkt, Stichwort sozialversicherungspflichtige Verhältnisse, zu steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen. Das führt zu dem sogenannten steigenden Kostendruck in der gesetzlichen Krankenversicherung.

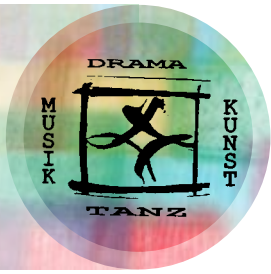
Ein weiteres Argument, das gegen eine ständige Mittelerhöhung für die Krankenversicherung spricht, ist der abnehmende Grenznutzen. Was bedeutet das? Um Innovation in der Medizin zu schaffen, müssen Sie immer mehr investieren. Um eine wirkliche Innovation zu erreichen, müssen immer mehr Mittel investiert werden, weil in einer hochentwickelten Medizin wirkliche Innovation sehr teuer ist. Bei der Neuentwicklung eines Medikaments wird in Milliarden US-Dollar gerechnet. Im Bereich der Psychiatrie gab es die letzten großen Innovationen bei den sog. atypischen Neuroleptika in den 1990er-Jahren. Die Zeiten, als ein Alexander Fleming per Zufallsbefund das

Penicillin entdeckt, sind vorbei.

Und dann stellt sich die Gesellschaft die Frage nach Investition, nach Aufwand und nach dem Zusatznutzen. Und da muss man sagen: Wir sind Opfer unseres eigenen Erfolges geworden. Wenn wir wirklich Neues haben wollen, dann wird es teuer. Und das sehen Sie gegenwärtig zum Beispiel bei der personalisierten Medizin, besonders in der Onkologie etc. Das sind punktuell enorm wirksame, aber auch enorm teure Behandlungen. Das heißt, da ist es gar nicht gesagt, dass eine Mittelerhöhung wirklich eine gute Idee ist.

Dann kommen wir zu den steigenden Opportunitätskosten zulasten anderer Güter. Was meinen Sie, wie hoch in Deutschland die unterschiedliche Lebenserwartung von Menschen in einem reichen versus einem armen Stadtteil innerhalb derselben Großstadt liegt? Ungefähr zehn bis zwölf Jahre.

Beispiel: Jetzt haben Sie fünf Millionen Euro zur Verfügung, die Sie investieren können in so einen benachteiligten Stadtteil. Und da sterben viele Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der häufigsten Todesursache. Investieren Sie die zehn Millionen nun in akutmedizinische Maßnahmen wie zum Beispiel eine neue kardiologische Praxis, mit Katheterplatz und Bildung? Oder investieren Sie das Geld in frühkindliche Bildung, bessere Kitas, Betreuung von alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern, Schule, Sozialarbeiter und Quartiersmanagement? Welche Maßnahmen wird die gesundheitliche Lage dieser benachteiligten Menschen am ehesten verbessern? Eben wahrscheinlich nicht die Investition in moderne Kardiologie mit Hightech-Katheterplatz, sondern Investitionen in die gerade genannten Bereiche. Das heißt, es konkurrieren nicht nur Bildung und Gesundheitswesen nach dem Motto „Bildung ist wichtig versus Gesundheit ist wichtig“, sondern diese Bereiche konkurrieren bezüglich des gesundheitlichen



Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann

Outputs. Mit anderen Worten: Wenn Sie in nicht medizinische Bereiche wie Schule und Bildung und Wohnen und Sicherheit investieren, profitiert die Gesundheit, insbesondere der sozial nicht privilegierten Bevölkerungsteile mehr, als wenn Sie dieses Geld direkt ins akutmedizinisch ausgerichtete Gesundheitswesen investieren.

Demnach wäre eine reine Mittelerhöhung innerhalb der GKV gar nicht sinnvoll, um hier besseren gesundheitlichen Output zu erreichen.

Das heißt, es ist letztlich eine normative Entscheidung, die festgelegt werden muss und die – ich komme gleich dazu – aus meiner Sicht festgelegt werden muss in einem demokratischen Prozess, und nicht in GKV-Verhandlungen oder im gemeinsamen Bundesausschuss. Sie können ja selbst überlegen, ob Sie denken, dass unsere Gesellschaft bereit und willig ist, so etwas demokratisch zu diskutieren. Wenn Sie sich den letzten Bundestagswahlkampf anschauen, hat man davon nicht so arg viel gehört. Letztlich ist es eine normative Frage. Ich glaube, das ist deutlich geworden. Das kann man nicht

messen, das kann man nicht wissenschaftlich entscheiden. Die Wissenschaftler können die Fakten liefern, aber was dann die Prioritätensetzung ausmacht, was ist wichtiger, das ist eine genuin normative Entscheidung.

Wir gehen noch einmal auf unsere Übersicht zurück, darüber haben wir jetzt gesprochen. (Hr. Prof. Dr. Dr. Vollmann präsentiert eine Folie) Also, das ist aus verschiedenen Gründen nicht die Lösung, auch wenn wir im Gesundheitsbereich es gerne hätten, einfach mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Was machen wir denn dann? Rationalisierung und Rationalisierung. Was ist der Unterschied?

Rationalisierung, Effizienzsteigerung und die Folgen

Rationalisierung, das ist eine Effizienzsteigerung, das heißt, mit weniger Mitteleinsatz erreichen wir das Gleiche oder vielleicht sogar ein besseres Ergebnis. Und das hört sich erst mal gut an und darauf setzt die Politik seit über zehn Jahren. Wir machen Effizienzsteigerung! Also Einsparung von Mitteln in der Gesundheitsversorgung, durch Ökonomisierung

Erhöhung der Versorgungseffizienz, ohne Verringerung der Versorgungsqualität

Wie erreichen wir das? Das brauche ich Ihnen nicht zu erzählen, diese Instrumente kennen Sie aus Ihrer beruflichen Praxis – anhand Ihrer Reaktion merke ich schon, wie begeistert Sie sind. Die Effizienzsteigerung ist also die Idee: Wir haben weniger zur Verfügung, aber durch bessere Organisation, Optimierung von Abläufen und so weiter, steigern wir die Effizienz und dadurch lösen wir das Problem.

Das ist zunächst einmal die ethisch vorzuziehende Maßnahme. Warum? Weil die Effizienzsteigerung, so würden die meisten sagen, besser ist als zu rationieren, also medizinisch notwendige Leistungen vorzuenthalten. Und so ist diese Idee von Effizienzsteigerung, vor Rationalisierung vor über zehn Jahren in die Praxis des deutschen Gesundheitswesens eingezogen. Aber – und Sie haben hier schon geschmunzelt – es funktioniert halt nicht so. Warum nicht? Darüber sprechen wir jetzt.

Und das, warum Sie gerade so „Ha!“ gemacht haben, das wird sehr häufig mit Ökonomisierung gleichgesetzt. Ökonomen sind Experten in diesem Feld und eine betriebswirtschaftliche Fortbildung stellt heute die häufigste Zusatzqualifikation von leitenden Ärzten dar! Warum?

Das Gesundheitswesen hat eine politische Entscheidung getroffen

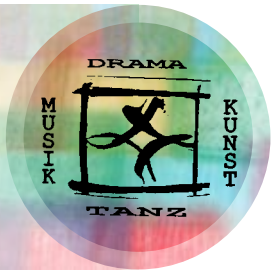
Macht Effizienzsteigerung! Und so ist, vereinfacht gesagt, die Ökonomie viel, viel stärker geworden, als noch zu meiner Facharztweiterbildungszeit. Und diese Prioritätensetzungen führen zu neuen Konflikten im Krankenhaus, aber auch in der Gesellschaft, aber auch zwischen Patient und Arzt, zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Das ist sozusagen die Rahmenbedingung, in der das stattfindet.

Also, unsere Gesundheitsprofessionen haben eine neue Leitkultur: Ein Chefarzt trifft sich mindestens monatlich mit seinem Verwaltungsdirektor und bespricht die Zahlen. Und die Leiterin des Controllings ist der prägende Faktor für alle Berufsanfänger, die als Assistenzärzte auf einer Klinikstation anfangen. Warum? Weil das eine Priorität ist und davon haben die Ärzte überhaupt keine Ahnung. Und wenn sie keine Ahnung haben, sind sie schwach und ungeschützt. Und das erleben meine Medizinstudenten, wenn sie ins Krankenhaus kommen.

Es ist eine Überforderung, alles neu, so viele Fakten, hoffentlich vergesse ich nichts Wichtiges und mache keine Fehler! Und hinzu kommen noch DRG-Codierungen und ökonomische Vorgaben, die den Krankenhausalltag prägen. Das heißt, wir reden hier nicht über irgendwelche Theorie, das sind mächtige Wirkfaktoren im Krankenhaus – man muss sagen, im DRG-System der somatischen Medizin. Noch deutlich extremer als im noch geschützteren Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Kreativtherapeuten unter Effizienzdruck

So arbeiten wir jetzt also, als Gesundheitsprofessionen. Erinnern Sie sich, womit wir angefangen sind? Was ist die Idee von Gesundheitsprofessionen und warum die Gesellschaft Gesundheitsprofessionen fördert und privilegiert? Die sollen eigentlich auf wissenschaftlich fundiertem Inhalt arbeiten und eine indikationsspezifische Therapie durchführen. Jetzt machen Sie in diesem Rahmen mal indikationsspezifische, gute Arbeit, wo Sie doch Effizienz steigern sollen! Das ist ja eine gute Idee, aber erklären Sie mir mal bitte:



Ganze Noten werden nicht mehr gespielt!

Wie sollen Sie denn in der Kreativtherapie Effizienz steigern? Soll in der Musiktherapie jetzt einfach die Taktung erhöht werden? [Gelächter und Beifall im Publikum] Keine Moll-, nur noch Dur-Stücke? Ganze Noten werden nicht mehr gespielt! Ja also, was soll denn dieses Gelächter hier, Sie können doch bitte mal Stücke raussuchen, wo es Achtel- und maximal Viertelnoten gibt! Oder haben Sie bessere Ideen, wie kann Ihre Effizienz gesteigert werden? Ich habe von Ihnen ja bei der Anmoderation Anregungen bekommen: Während der Therapie parallel die Dokumentation erledigen! Was beklagen denn Patientinnen und Patienten, wenn sie zu den Ärztinnen und Ärzten gehen? Die haben Blickkontakt zu ihrem PC und schreiben gleich alles mit, anstatt Blickkontakt mit dem Patienten zu haben. Dadurch unterstütze ich die Beziehungsaufnahme, vermittele verbal und nonverbal eine Kontaktaufnahme und eine Wertschätzung. Sie merken: Das funktioniert einfach nicht! Es wird absurd bis zynisch. Und das führt nicht zur gesteigerten Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen, das führt nicht dazu, dass das Betriebsklima besonders gut ist, was wiederum eine Voraussetzung dafür ist, dass Sie nicht nur fachlich gut, sondern auch effizient arbeiten. Und ich glaube, da sind wir gerade. Man könnte auch vereinfacht sagen: Die Effizienzreserven sind schon lange abgeschmolzen.

Der Speck ist weg

Was Sie einmal eingespart haben, ist ein einmaliger Erfolg, aber in der nächsten Sparrunde müssen Sie sich etwas Neues einfallen lassen, wo eingespart werden muss, denn sonst haben Sie keine „Effizienzreserven“. Das heißt, die inhaltlichen Aspekte stehen jetzt ohne viel Spielraum dieser Kostenersparnis gegenüber.

Und das sehen Sie jetzt nicht nur beim schnelleren Trommeln, das sehen Sie in anderen Bereichen, wie zum Beispiel der Gruppengröße. Sie sind eigentlich ausgebildet als Gesundheitsprofession, um eine inhaltlich orientierte, indikationsspezifische Therapie zu machen. Aber eine Einzeltherapie ist in vielen Bereichen schon absoluter Luxus! Es muss die ganze Station versorgt werden und der Stationsarzt sagt Ihnen, wir können jetzt nicht nur Frau Meyer runterschicken, was machen denn die anderen Patienten auf der Station? Dann besser Kreativtherapie für alle, als nur für Frau Müller!

Und da macht bei aller nachvollziehbaren Prioritätensetzung Effizienzsteigerung keinen Sinn. Was tun? Auf der Ebene der Gesundheitsberufe, also Ihrer individuellen Ebene, müssen Sie sich klar und deutlich fragen, wie Sie sich als Profession verstehen, und dann auch „Nein“ sagen können! Ich weiß, das ist in der Praxis schwierig, denn Sie haben natürlich institutionellen Druck, Sie haben vielleicht auch im Team Druck: „Die Eva, die macht jetzt nur noch Einzel! Und dann muss die KG sie alle nehmen oder was? „Natürlich ist das problematisch. Aber auf individueller Ebene kommen Sie – und mit „Sie“ meine ich alle Professionen – nicht um die Frage rum: Wo ziehen Sie Ihre inhaltlich begründeten Grenzen? Denn das ist Ihre berufliche Aufgabe und gesellschaftliche Rolle als Gesundheitsprofession – siehe oben! Wenn Sie das nur aufgrund von Opportunitätshandeln aufgeben, glaube ich, verlieren Sie und die, die nach Ihnen kommen, also die gesamte Profession, schlicht und einfach an Standing, an Selbstwert- und an Fremdwertgefühl.“ [Applaus]

Beziehung ist Zeit

In einer Beziehung ist Zeit eine wesentliche Ressource neben fachlicher Qualifikation, Empathie und so weiter. Und wenn



Großer Festsaal im Sozialzentrum, LVR-Klinikum Düsseldorf

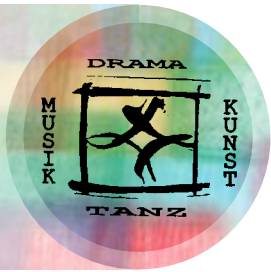
wir im Bereich seelischer Erkrankungen erfolgreich arbeiten wollen – und das gilt jetzt nicht nur für die Kreativtherapie, das gilt natürlich auch für die Psychotherapie, für die Sozialtherapie, dann brauchen wir Zeit. Und ich kann Sie nur ermutigen deutlich zu machen, als Gesundheitsberuf in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, dass das ein wichtiger Bestandteil unserer professionellen Arbeit ist.

Beziehungsarbeit ist unsere Methode und dazu benötigen wir u.a. Zeit! Das ist unsere Hauptressource, sonst können wir nicht professionell und erfolgreich arbeiten! Sie würden ja auch nicht einem erfolgreichen Transplantateur sagen: Erfolgreicher Transplantationschirurg, wir haben leider kein Geld für einen OP-Saal, mach das mal auf dem Flur! Ich glaube, das muss deutlich gemacht werden. Und dann setzen wir uns natürlich dem Risiko aus – und das Risiko ist nicht klein, dass die Gesellschaft sagt: Nein, die Zeit kriegt ihr aber nicht. Ehrlich gesagt, ich hätte sie gerne auch, als Mitarbeiter eines Reisebüros, aber wir sind so massiv unter Druck, die haben wir einfach nicht! Beschleunigung, Effizienzsteigerung! Also immer mehr Leistung pro Zeiteinheit – doch das geht so nicht weiter,

da sind die Grenzen der Effizienzsteigerung erreicht. Und ich glaube, das sollte man deutlich machen.

Interdisziplinäres Lehrprojekt

An meinem Institut in Bochum sind wir mit einer neuen gemeinsamen Lehrveranstaltung mit Medizinstudierenden und Wirtschaftsstudenten einen neuen Weg gegangen. Wir wollten durch eine interprofessionelle Lehrveranstaltung die professionelle Kooperationsfähigkeit und gegenseitigen Respekt und Verständnis über die Fächergrenzen bei Studierenden fördern. Denn letztlich betrifft es ja die junge Generation, die diese Probleme langfristig betrifft und die einen Beitrag zur Verbesserung leisten kann. Nicht erst im Krankenhaus, als Berufsanfänger in diesen konfrontativen sozialen Rollen, über die wir schon gesprochen haben, sondern früher in der prägenden Lern- und Sozialisationsphase. Sie gehören einer Generation an, sind „Peers“, haben ein ähnliches Lebensgefühl usw. Aber in diesem Seminar, Sie glauben das nicht, wie diese Menschen, die ja eigentlich viel mehr gemein haben, als unterschiedlich sind, schon geprägt sind, inhaltlich wie in ihrem sozialen Habitus, von dem, was



sie später als Arzt oder Ökonom beruflich machen werden. Und am besten ist das, finde ich, durch diesen Spruch: „Die einen können nicht rechnen, die anderen kein Blut sehen!“ zum Ausdruck gekommen.

Genau so wirkmächtig läuft die unterschiedliche Prägung in der Praxis ab. Aber Sie können sich vorstellen, dass im Rahmen eines Universitätsseminars viel mehr Freiraum und Diskussionsmöglichkeiten bestehen, diese Unterschiedlichkeit zu reflektieren und dann vielleicht auch die Frage zu stellen: Bräuchte es nicht vielleicht eine neue Berufsgruppe, die nicht diese einseitige Sozialisation und einseitige inhaltliche Kompetenz hat, sondern interdisziplinär qualifiziert ist? Und deswegen sozusagen nicht nur von den Inhalten doppelte Kenntnis haben, sondern vor allen Dingen aus diesen konfrontativen sozialen Rollen rauskommen und deswegen konstruktiv im Krankenhaus Leitungsfunktionen ausüben können?

Ein langer Weg, kann ich nur sagen. Doch nach Auslauf der Fördergelder und einer Lehrpreisauszeichnung wurde auch dieses aufwändige Seminar wieder eingestellt. So laufen Prioritätensetzungen – dann ist „Schicht im Schacht“, wie wir im Ruhrgebiet sagen. Ich weiß, ein bisschen zu wenig vornehm für Düsseldorf [Gelächter im Publikum], aber das bedeutet halt: Dann läuft nix mehr!

Ökonomisierung und fehlende politische Verantwortung

Prinzipiell bedeutet Effizienzsteigerung, die Rationalisierung der Rationierung vorzuziehen. Aber sie hat begrenztes Potenzial. Und dass wir an die Grenzen des abschmelzbaren Speckes – so habe ich das mal salopp genannt – gekommen sind, ist deutlich geworden.

Was machen wir denn jetzt?

Das ist die Frage: Warum haben Sie denn diesen Druck? Warum haben Sie denn diese Effizienzsteigerung? Da müssen wir noch mal kurz auf die Ebene der Gesundheitspolitik zurück. Meine Analyse ist die folgende: Sie haben heute diesen Druck der Effizienzsteigerung, weil unsere Politik vor über zehn Jahren entschieden hat, diese Probleme der begrenzten Ressourcen durch mehr Marktmechanismen im Gesundheitswesen zu lösen. Das heißt, wir entlassen die Krankenhäuser in den Wettbewerb. Und im Wettbewerb sollte sich dann zeigen, dass die, die qualitativ am besten sind und am effizientesten arbeiten, überleben, die anderen schließen. Das machen wir im somatischen Bereich seit über zehn Jahren mit den DRGs – funktioniert nur nicht.

Die meisten Krankenhäuser sind weiterhin am Markt. Zahlreiche schreiben seit Jahren rote Zahlen, bleiben aber trotzdem am Markt, aus anderen Gründen. Und den Druck kriegen Sie ab.

Überlegen Sie mal: Sie haben drei Krankenhäuser an einem Ort, die machen alle Hüftendoprothesen. Und was heißt jetzt Effizienzsteigerung? Dass der Geschäftsführer zur Chefärztin geht und sagt: Nächstes Quartal zehn Prozent mehr oder wir kürzen Ihnen Stellen! Und nun raten Sie, was im konkurrierenden Nachbar Krankenhaus abläuft. Genau das Gleiche! Und im dritten Krankenhaus sieht es genauso aus. Was bedeutet das? Aus diesen effizienzsteigerungsgetriebenen Überlegungen sollen nun in dieser Region plötzlich zehn Prozent mehr künstliche Hüften gebraucht werden, weil jedes Krankenhaus ein betriebswirtschaftliches Überlebensinteresse im „Markt“ hat. Aber ist das volkswirtschaftlich effizient? Und trägt dieser Mechanismus zur besseren medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei?! Wir haben ja eine alternde

Bevölkerung, aber so schnell steigt der medizinische Bedarf an künstlichen Hüftgelenken dann doch nicht! Und das führt zu medizinisch fragwürdigen Indikationen im „Graubereich“ und zu frühen oder unnötigen Operationen. Ja, Sie bekommen vor Lachen schon die Tränen in die Augen hier in der zweiten Reihe.

Diese Entwicklung ist aus meiner Sicht Ausdruck unserer Unfähigkeit als Gesellschaft, als reiche Gesellschaft wohlgemerkt, diese Probleme zu lösen. Und wir kriegen sie nicht gelöst, nicht nur, weil wir sozusagen mutlose Gesundheitspolitiker haben, sondern, weil wir selber mutlos sind! Weil wir selber als Gesellschaft nicht bereit sind zu sagen: Ja, wir diskutieren offen und dann gibt es unterschiedliche Interessen und es werden nicht alle Interessen umgesetzt werden können. Auch nicht im Bereich der Gesundheit, aber wir treffen transparente, demokratische Entscheidungen.

Wir machen eine Krankenhausplanung, die öffentlich verantwortlich ist, und nicht einen Wettbewerb, der eben in dem Bereich Gesundheitswesen aus den genannten Gründen nicht funktioniert oder nur sehr bedingt funktioniert und jetzt an Grenzen gekommen ist, wo er einfach destruktiv wird. Aber das ist sehr, sehr schwierig umzusetzen und da müssen wir uns auch an unsere eigene Nase fassen.

Als Bürgermeister schließe doch lieber zwei Kirchen, eine Schule und ein Pflegeheim, bevor ich mein Krankenhaus schließe! Warum? Weil das Krankenhaus so eine hohe symbolische Priorität hat! Wegen – denken Sie an das erste Bild – der Bedeutung von Gesundheit, die heute sogar religionsähnliche Erwartungen wie Seelenheil und Erlösung erfüllen soll. Das sind gesellschaftliche Entwicklungen, die man benennen muss, wenn man sozusagen von dieser nicht funktionierenden

Marktlösung auf eine politisch gestaltete Lösung kommen will.

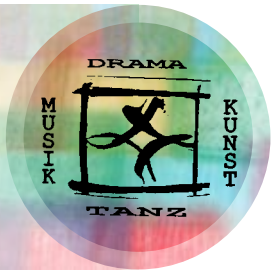
Verdeckte Rationierung

Heute führt Rationalisierung stellenweise zu einer verdeckten Rationierung. Wir machen angeblich nur Effizienzsteigerung, sie funktioniert aber nicht mehr und deswegen machen wir de facto eine Rationierung. Das heißt, wir schränken inhaltliche Leistung ein, ohne es zu sagen. Und ich glaube, daher kommt auch ein Teil Ihrer Unzufriedenheit, weil Sie merken, dass das unehrlich ist. Wir tun so, als ob alles so ist wie früher. De facto besteht das aber gar nicht mehr. Meine Leistung, die ich aufschreibe und dokumentiere, ist gar nicht mehr die, wie ich sie vor fünf oder zehn Jahren erbracht habe. Und dass das so ist, sehen Sie hier. (Hr. Prof. Dr. Dr. Vollmann präsentiert eine Folie) Überlegen Sie mal, das geschieht bereits von 1990 bis 2008, das ist also schon seit über zehn Jahre so. Da hat dieser Prozess bereits, auch in der Psychiatrie, ohne DRGs, angefangen, dass Sie eine hohe Fallzahlsteigerung haben und die Betten eher abgebaut wurden, mit Effizienzsteigerung und Arbeitsverdichtung.

Also komme ich zu einem Thema, bei dem die meisten von Ihnen am Anfang gesagt hätten: Bloß nicht, dass wollen wir nicht – eine: Diskussion über Rationierung.

Diskussion über Rationierung!

Wenn wir nur begrenzte Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung haben und das nicht zu ändern ist, dann müssen wir Mittel einsparen, indem wir ganz klar sagen: Leistungsbegrenzung! Einige Sachen werden von der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenkasse finanziert, dann aber richtig, andere nicht! Und diese Abgrenzung ist natürlich schwierig! Insbesondere für unseren Bereich! Aber dann würde man nicht nur ehrlich sagen:



Wir verringern die Versorgungsqualität – was keiner gerne hört –, sondern wir stehen im Wettbewerb um öffentliche Gelder im Gesundheitswesen. Ebenso vor einer demokratischen Diskussion. Ob in der Gesamtgesellschaft der Bereich „psychische Erkrankungen“ eine hohe Priorität hätte, das gebe ich zu bedenken.

Erfahrungen aus Großbritannien und Skandinavien zeigen, dass es sehr von der Qualität der Moderation eines solchen Prozesses abhängt, zum Beispiel indem Sie eine Bürgerkonferenz oder ein Bürgerforum durchführen. Aber tendenziell haben psychische Erkrankungen nicht die höchste Priorität bei der Verteilung von begrenzten Mitteln im Gesundheitswesen. Das gehört auch zur Wahrheit.

Ich schließe mit Ergebnissen einer Studie, in der junge Ärzte, Zahnärzte und Apotheker nach der zukünftigen Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens befragt wurden.

Wie sehen die jungen Heilberufler ihr Berufsleben im Jahr 2030?

1. Spezialisierung wird ein bedeutender Erfolgsfaktor sein. Also kein Fokus auf Allgemeinmedizin, Hausarzt und ganzheitliche Versorgung, sondern auf fachärztliche Differenzierung.
2. Industrialisierung und Kapitalisierung durch private Investoren, was für mich ehrlich gesagt überhaupt noch kein Thema war, als ich Medizin studiert habe: 82 Prozent! Das heißt, das ist eher ein Indikator, dass Freie-Marktwirtschaft-Anteile (die wir kritisiert haben) an Bedeutung zunehmen werden.
3. Krankenhäuser werden ambulante Versorger auf dem Land, ambulante und stationäre Versorgung verschmilzt zunehmend. Nach meiner Einschätzung wird die Psychiatrie noch viel mehr ein ambulantes

Fach werden, aber nicht wegen der Psychiatrie-Enquete und Sozialpsychiatrischer Gesellschaftsbewegung, sondern primär aus ökonomischen Gründen.

4. Und schließlich: inhabergeführte Einzelpraxen sind ein Auslaufmodell.

Meine Damen und Herren, soweit mein Input zu Ihrer Route, die Sie neu berechnen wollen – oder vielleicht auch müssen.

Es war mir eine Freude, Sie ein Stück mitzunehmen auf einen Perspektivenwechsel, der vielleicht ein bisschen breiter, teilweise auch ein bisschen theoretischer ist. Dabei versuchte ich, Sie abzuholen und immer wieder einen Bezug zu Ihrer Berufstätigkeit herzustellen. Und ich sehe auch einige nicht so freudige Gesichter. Das liegt hoffentlich am Inhalt und nicht an meinem Vortrag! [Gelächter und Applaus im Publikum]

Ich habe häufig die Erwartung erlebt: Es wird ein Ethikprofessor eingeladen und der soll Ihnen dann mal was von der guten Welt erzählen. Das ist nicht mein Verständnis von Ethik in der Medizin und das habe ich versucht deutlich zu machen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die anschließende Diskussion mit Ihnen.

[langer Applaus]

Diskussion

Publikum

Welche Bedeutung hat eigentlich die Raumzuweisung einzelner Berufsgruppen innerhalb eines Krankenhauses?

Prof. Dr. Dr. Vollmann

Nächste Woche wird eine Architektin bei uns im Institut über die Bedeutung der räumlichen Gestaltung von psychiatrischen Krankenhäusern referieren. Wenn Sie in leitender Funktion sind und einen Anbau bekommen, sage ich immer: Schaut euch die Raumpläne genau an! Genau wie Sie sagen, da sehen Sie die Prioritätensetzung und da werden wirtschaftliche Ziele sozusagen aufs Papier gebracht. Sehr schönes Beispiel!

Publikum

Bei dem Thema Gesundheitsprofession hatten Sie den Punkt „indikationsspezifische Therapie“. Die Verweildauer der Patienten in der Klinik ist verkürzt worden. Aber die Betten sind immer noch zu 100 Prozent ausgelastet, deswegen sind die Patienten kürzer da, damit das sozusagen die Fallsteigerung natürlich erklärt.

Und dann war mein Gefühl, dass der folgende Punkt, die differenzierte Brückenbeschäftigung, die auf der Indikation beruht, dass sich das eigentlich mittlerweile im Gesundheitssystem umkehrt, nämlich, dass man durch die Verkürzung der Verweildauer eigentlich eher daran arbeitet, in zwei, drei Wochen die Indikation sozusagen zu klären, und dass das sozusagen eigentlich so ein Umkehrprozess ist zu Schritten, die dann einen ganz anderen Qualitätsstandard bedeuten würden.

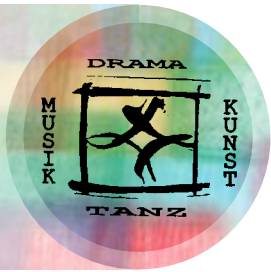
Prof. Dr. Dr. Vollmann

Ja, wobei man natürlich die Frage stellen müsste, wenn man die stationäre Aufenthaltsdauer verkürzen möchte, ob dann – und so war mal Psychiatrie-Enquete angelegt – diese Dienste nicht gestrichen werden, sondern in den teilstationären und ambulanten Bereich verlagert werden. Aber wo findet denn gegenwärtig im ambulanten Bereich Kreativtherapie statt? Wenn notwendige Leistungen wegen kürzerer stationärer Behandlung nicht erbracht werden, müssen diese im teilstationären oder ambulanten Bereich erbracht werden!

Publikum

Ich fand es ganz interessant, den Bettenabbau noch mal so zu sehen, und habe aber gedacht: Es ist ja im Grunde genommen in der gleichen Zeit auch ein großes System von komplementären Einrichtungen entstanden, die ja ganz anders finanziert werden. Sie haben vorhin gesagt, man kann irgendwie gucken, wie man in einer Region eine Planung macht, wo alle auch beteiligt werden.

Also da sind auch ganz unterschiedliche Geldtöpfe. Da kommt es natürlich zu Rationierung, weil bestimmten Leuten über Sozialhilfe bestimmte Leistungen gar nicht mehr bezahlt werden können. Und an der Stelle müsste man vielleicht irgendwie arbeiten.



Prof. Dr. Dr. Vollmann

Richtig. Ich meine, Sie haben dann unterschiedliche Kostenträger. Im schlimmsten Fall schieben diese sich die Kosten hin und her. Und diese, auf Zuständigkeit und Kostenträger gesplittete Teilung in stationären und ambulanten Bereich, steht der Idee der bereichs- und fächerübergreifenden Versorgung entgegen. Das andere Problem ist, dass der Gesundheitsbereich, also das, was die Krankenkasse bezahlt, im Vergleich zum Pflegebereich und Sozialbereich, privilegiert ist.

Das heißt, Sie haben im Gesundheitsbereich in der Regel mehr Ressourcen, als im Pflegebereich oder im Sozialbereich. Das sind gesellschaftliche Prioritätenentscheidungen, die dazu führen, dass Betroffene versuchen, ihr Problem, das vielleicht eher ein Soziales ist, zu medicalisieren.

Publikum

Aber auch umgekehrt. Ich glaube, ist man einmal im Sozialhilfereich, werden bestimmte medizinische Maßnahmen gar nicht mehr so leicht zugänglich.

Prof. Dr. Dr. Vollmann

Das meinte ich ja, dort stehen weniger Ressourcen zur Verfügung, als wenn Sie im Krankenhaus behandelt werden.

Moderator

Gut, ganz herzlichen Dank! Es war für uns sehr lehrreich und ich glaube, das muss man erst mal ein bisschen sacken lassen. Dann sind Sie vielleicht leider nicht mehr da, aber ich glaube, diese Übersicht, die Sie uns gegeben haben, auch über die verschiedenen Gesellschaftsschichtungen und den Trend der Gesellschaft, das haben Sie uns sehr gut übergebracht. Ich danke Ihnen ganz herzlich und wünsche, dass Sie weiter so engagiert für dieses Thema eintreten – und erlebe ich dabei auch so eine gewisse Aufmüpfigkeit?

Prof. Dr. Dr. Vollmann

Ja, ich bin schlimm, das haben Sie gut gemerkt.

Publikum

[Lachen]

Moderator

Und ich hoffe, dass Sie das bleiben!

Publikum

[Applaus]

Prof. Dr. Dr. Vollmann

Ich glaube, da stehen die Chancen ganz gut. Ganz herzlichen Dank, ich wünsche noch einen schönen Tag!

Publikum

[Applaus]

Prof. Dr. Dr. Vollmann

Ich wollte mich gerade verabschieden mit: Ich hoffe, Sie bleiben auch so ein bisschen dynamisch und aufmüpfig. Den Wunsch würde ich gerne an Sie weitergeben!

Publikum

[großer Applaus]

Moderator

Und damit wir das bleiben können, gibt es jetzt eine exakte Viertelstunde zum Kaffeetrinken. Bis gleich!

Publikum

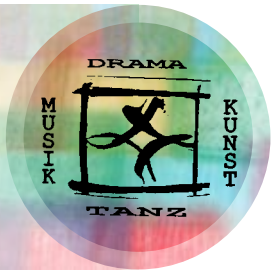
[löst sich auf]

Kreativtherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik – Chancen und Herausforderungen



Dr. med. (YU) Ljiljana Joksimovic, MPH; Studium der Medizin, Postdiplomstudium der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin, Public Health. Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse.

Leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Vorstandsmitglied der Akademie für Psychoanalyse Düsseldorf e.V. Vorsitzende des Dachverbandes für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e.V.



Dr. Ljiljana Joksimovic

Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse auf den Gebieten der Psychologie, Neurobiologie, der Epigenetik, der Stressforschung und der Psychoneuroimmunologie tragen immer mehr zur Erklärung des komplexen biopsychosozialen Zusammenspiels von körperlichen Vorgängen, Beziehungserfahrungen und soziogesellschaftlichen Prozessen bei der Entstehung von psychischen und körperlichen Krankheiten bei. In der ausführlichen Verlaufsuntersuchung von über 17.000 erwachsenen Amerikanerinnen und Amerikanern im Rahmen der Studie „Adverse Childhood Experiences“ (Felitti, Fink, Fishkin & Anda, 2007) konnte eindrucksvoll gezeigt werden, wie negative Kindheitserfahrungen in starkem Zusammenhang mit diversen Risikofaktoren für Erkrankungen im Verlauf des Lebens stehen.

Der aktuelle Gesundheitszustand der untersuchten Personen konnte zu belastenden Kindheitsfaktoren (wie körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, chronische familiäre Disharmonie und Gewalt, etc.), auch wenn sie im Mittel fast 50 Jahre früher stattfanden, in Beziehung gesetzt werden. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist, dass belastende

Kindheitserfahrungen häufig vorkommen, sie aber im Allgemeinen verborgen und unerkant bleiben. Therapeutinnen und Therapeuten verwundert dieses Ergebnis nicht, da die traumatisierenden Erfahrungen schwer mitzuteilen sind. Die Kliniker wissen es, dass die Mitteilung über erlebte Traumata oft nur durch Gestalten oder Malen gelingt.

Belastende stresserzeugende Kindheitserlebnisse können mit mangelhaftem Gesundheitsverhalten, höherer physischer und psychischer Morbidität wie Übergewicht, Herz-Kreislauferkrankungen, Lungenkrankheiten, Alkoholismus, Depressivität und Suizidalität einhergehen. In einer britischen Studie mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (N=3885) konnten erhöhte Risiken für körperliche und psychische Erkrankungen als Folge des kumulativen Einwirkens von Kindheitsbelastungsfaktoren weitgehend repliziert werden (Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes, & Harrison 2014). Inzwischen sind auch einzelne Entstehungsmechanismen der Krankheiten infolge von Kindheits-traumata wissenschaftlich nachgewiesen, wie z. B. Sensitivierung der hormonellen und neuronalen Stressreaktion, Orientie-

rung auf Bedrohungsreize, Probleme in der Regulation von Emotionen, unsichere/vermeidende Bindung, sowie Dosisereffekt d.h., dass sich bei mehreren Belastungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für verschiedene psychische Störungen entwickelt.

Die Ergebnisse dieser und vergleichbarer Untersuchungen machen deutlich, dass wir unsere eindimensionalen, wie rein biologischen oder rein verbalen Therapieverfahren, kritisch hinterfragen müssen. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat für ihre Zwecke besonders ausgearbeitete Formen der arbeitsteiligen, meist „multimodal“ genannten Behandlung entwickelt, vor allem im Bereich der stationären Versorgung.

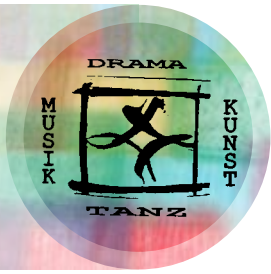
Kreativtherapie ist hier ein fester Baustein. Besondere Strukturen wie regelmäßige Fall-, Team- und Indikationskonferenzen sowie Supervisionen sind unverzichtbare Instrumente, die die Qualität des berufsübergreifenden Umgangs untereinander und damit auch die Behandlung der Patientinnen und Patienten sichern. Da viele psychosomatische Patientinnen und Patienten, und das gilt für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen

und mit Essstörungen im besonderen Ausmaß, eine eingeschränkte Körper-, Selbst- und Gefühlswahrnehmung haben, geht es hier oft darum, diesen Patientinnen und Patienten über die nonverbale Ebene mit konzentrativer Bewegungstherapie, Kunst- und Musiktherapie, eine korrigierende Selbsterfahrung zu vermitteln. Diese Verfahren haben zum Ziel, die Patientinnen und Patienten mit Selbst- und Fremdbeobachtungen zu konfrontieren und Zugänge zu verbalen Methoden zu schaffen, aber auch vice versa.

Kreativtherapeutische Verfahren werden i.R. als ergänzende, handlungs- und erlebensorientierte Verfahren, in welchen künstlerische und kreative Prozesse genutzt werden, verstanden. Sie sind m.E. aber vielmehr als co-therapeutische Verfahren zu verstehen. Was ist damit gemeint? Mit dem co-therapeutischen Verfahren innerhalb des multimodalen Verfahrens ist ein fein aufeinander abgestimmtes Handeln von Allen an der Behandlung von Patientinnen und Patienten Beteiligten gemeint. Während der Behandlung übernehmen alle Beteiligten gemeinsam spezielle therapeutische Aufgaben, wie konfliktaufdeckende, traumaspezifische, ressourcen- und/oder erlebensorientierte



Großer Applaus der Teilnehmenden



Großer Festsaal im Sozialzentrum, LVR-Klinikum Düsseldorf

Aufgaben und versuchen übergreifende Orientierung und Sicherheit zu vermitteln. Bei den multimodalen Ansätzen behandeln zwei Therapeutinnen oder Therapeuten zwar nicht gleichzeitig und am selben Ort eine Patientin oder einen Patienten in der Einzel- oder Gruppentherapien wie per Definition der Co-Therapie definiert. Vielmehr ähneln Haltung und Umgang miteinander im Behandlungsteam dem der Co-Therapie und bergen somit ähnliche Chancen und Herausforderungen, die im Folgenden beschrieben werden. Durch co-therapeutisches Vorgehen entsteht nicht „nur“ eine zusätzliche, sondern auch eine erweiterte Perspektive, welche die Komplexität der Lebenswelten und die Realitäten der Patientinnen und Patienten besser verstehbar machen. Multidimensionalität entspricht nach Hampe (2017), einer Anhäufung von Erlebensprozessen, die kognitiv nicht unmittelbar zugänglich sind. In einem multidimensional arbeitenden Behandlungsteam heißt es daher, dass Behandelnde sich von jeweils anderen Methoden, Techniken, Zugängen und Perspektiven berühren lassen müssen, um eigene Perspektiven zu erweitern. Der Dialog zwischen Ärztinnen/Ärzten, Kreativ- und Sozialtherapeutinnen und

Therapeuten und Pflegenden über das, was diese im Einzelnen mit Patientinnen und Patienten machen, ermöglicht ein erweitertes Rollenverhalten und dadurch eine erweiterte Perspektive.

Welche künstlerische Ausdrucksform, wie bildnerisches Gestalten, Musik, Tanz und Bewegung gewählt wird, ist im multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung zu entscheiden. Im Umgang mit Uneinigkeit und Hierarchie ist es wichtig, tendenziell nicht um „objektiv richtige“ Sichtweisen zu ringen, sondern die Vielfaltigkeit und Komplexität der Realität zu entdecken, gelungene Teamleistung anzuerkennen, einseitige methodische Idealisierungen und Ausgrenzungen, wie wir VT-ler, wir Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker, wir Ärztinnen und Ärzte, wir Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten etc. zu vermeiden.

In der Psychotherapie taucht Co-Therapie bereits bei den Anfängen der Psychoanalyse auf Lessin (1998). Die Belege für die systemische Anwendung der Co-Therapie finden sich z. B. in den 20-iger Jahren bei Alfred Adler in seiner Erziehungsberatungsstelle und ab den 40-iger

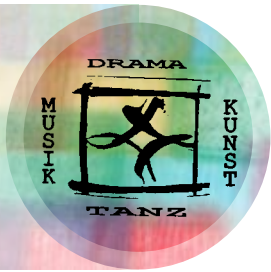
Jahren im klinischen Kontext. So schrieb Krankenschwester Gertrud Schwing in ihren Aufzeichnungen über die Arbeit mit psychotischen Patienten, dass sich die Aufteilung der Behandlung auf zwei Personen (in ihrem Beispiel weibliche Helferin und männlicher Analytiker) als sehr günstig erwies. Sie schrieb, dass das Erleben der Mutter die Kranken zugänglich und übertragungsfähig gemacht habe Lessin (1998).

Nach Spitzer, von Sprei, & Martius (2003, S. 33–37). „Erleben sich Menschen keineswegs vorrangig in ihren Reflektionen, sondern vor allem in ihrem Tun, durch ihre Hände und durch ihren, in einer bestimmten Tätigkeit versunkenen Geist. Wer dies erst einmal begriffen hat, der hat auch begriffen, dass man diese einfache Tatsache über die Eigenart der Menschen therapeutisch nutzen kann.“ Nach Reker (1998) ist Arbeit (neben Musik) das wahrscheinlich älteste, zum Teil bis in die Antike zurückreichende Mittel der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen.

Auch wenn es Settings gibt, in denen es beim Einsatz von Kreativtherapie mehr um sinnvolle Beschäftigung und Aktivierung und weniger um co-therapeutische Einbeziehung der kreativen und gestalterischen Aspekte im Gesamtbehandlungsplan geht, muss festgehalten werden, dass es sich bei kreativtherapeutischen Verfahren nicht um „Ablenkung“ oder „Überbrückung“ der Zeit handelt, bis die ärztliche Therapie (medikamentöse, psychotherapeutische, übende, apparative etc.) wirkt. Manchmal betrachten Patientinnen und Patienten die Kreativtherapien als Ablenkung und Schutz vor seelischem Schmerz. So konnte am Modell einer Patientengruppe mit chronischen Schmerzen gezeigt werden, dass Kunsttherapie eine Milderung der Krankheitssymptome bewirkt und dass sich ein ursprüngliches, ausschließlich über

das Symptom charakterisierte Selbstbild der meisten Patientinnen und Patienten veränderte, Dannecker (1991). Die Autorin beschreibt, dass die Kunsttherapie dieser Gruppe als therapeutisches Verfahren bekannt war und dass trotzdem zu Beginn der Therapie ein hohes Abwehrpotenzial gegenüber verbalen Reflektionen des kunsttherapeutischen Tuns zu beobachten war. Das Malen der Bilder schien für eine lange Zeit für Patientinnen und Patienten die Funktion von „Ablenkung“ zu haben. Diese Patientinnen und Patienten konnten ihre Schmerzen nicht als Ergebnis von psychischem Leiden und Enttäuschungen aus ihrer Lebensgeschichte wahrnehmen. Diese Abwehr zeigte sich im Malen von gezielt „schönen“ Bildern. Erst im Laufe der Zeit entwickelte sich eine größere Bereitschaft über die Bilder einen Bezug zu sich selbst herzustellen. Dieses Beispiel zeigt, dass für jedes Verfahren eine funktionierende Motivation der Patientinnen und Patienten wichtig ist. Motivierte und affektiv schwingungsfähige Patientinnen und Patienten weisen bessere Compliance, sowohl bei der Gesprächspsychotherapie, als auch bei der Kreativtherapie auf. Co-therapeutische Bemühungen sind auch deshalb so wertvoll, da sie einen wirkungsvollen Zugang zu jeweils anderen Verfahren verbessern können.

Was wirkt aber bei der Kunsttherapie oder bei anderen Therapien? Ist es vor allem, wie bei der Psychotherapie, die gute therapeutische Allianz, unabhängig von der Methode, oder ist es auch, oder gar überwiegend, die Methode? Welche differenziellen Indikationen könnte man vermuten? Wie lassen sich diese empirisch sichern? Was ist mit der Nachhaltigkeit? Gilt grundsätzlich „viel hilft viel“ oder gibt es komplexe Dosis-Wirkungs-Beziehungen oder gar Wechsel- bzw. Nebenwirkungen? Es muss festgehalten werden, dass die vorhandenen Studien zu Wirkungen von kreativtherapeutischen



Dr. Peter Hoffmann (Leiter der Therapeutischen Dienste, LVR-Klinikum Düsseldorf, links) rechts daneben Prof. Johannes Junker (Moderator).

Verfahren methodisch zu oft unbefriedigend sind; ihre Ergebnisse wurden zumeist an kleinen Fallzahlen gewonnen, mit schlecht vergleichbaren heterogenen Gruppen. Zu diesem Ergebnis kamen im Jahr 2015 Wissenschaftler des Instituts for Health and Related Research an der UNI Sheffield, Uttley, Stevenson, Scope, Rawdin & Sutton (2015).

Dort wurde klinische und ökonomische Effektivität der Gruppenkreativtherapie für Menschen mit nicht-psychotischen Erkrankungen anhand einer umfassenden Studienrecherche untersucht. Es konnten nur 11 Studien an insgesamt 533 Patientinnen und Patienten in die Analyse einbezogen werden (davon 8 für Erwachsene, 3 für Kinder). Kreativtherapie war in 7 von 11 Studien mit der signifikanten Besserung der psychischen Symptome im Vergleich zu Kontrollgruppen assoziiert. Die Gruppenkreativtherapie erschien im Vergleich zur Wartegruppe als Kontrolle kosteneffektiv, obwohl die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse unklar ist.

Eine randomisiert kontrollierte Studie von Montag, Haase, Seidel, Bayerl & Gallinat (2014) untersuchte den Einfluss der psychodynamischen Gruppenkunsttherapie auf primäre und sekundäre Outcomes bei Patientinnen und Patienten in der akuten psychotischen Episode. Primäre Outcomes waren positive und negative Symptomatik, depressive Symptome und „Globale Assessment of Functioning“ (GAF). Sekundäre Outcomes waren Wahrnehmung von Emotionen, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Kontrollleben und Behandlungszufriedenheit. Die Kontrollgruppe erhielt Standardbehandlung (Medikation, supportive Kontakte und zur freien Auswahl ein umfassendes Angebot an z. B. Arbeitstherapie, verbalen Therapien etc.). Die Interventionsgruppe erhielt die Standardbehandlung plus 12 Sitzungen Gruppenkunsttherapie von 90 Minuten im Laufe von 6 Wochen. Die Kunsttherapie wurde auf Video aufgenommen, um Methodentreue zu garantieren. Therapeutinnen und Therapeuten erhielten auf dieser Basis auch die Supervision. Kunsttherapie war assoziiert mit der Reduktion der positiven Symptomatik, mit der Besserung der GAF und mit der

verbesserten Wahrnehmung von Emotionen und zwar direkt nach der Behandlung und 12 Wochen später (follow up). Die negative Symptomatik war im Vergleich zum follow up signifikant reduziert. Es gab keine Unterschiede in den Gruppen bezüglich der depressiven Symptomatik. Das ist ein erster europäischer RCT an Patientinnen und Patienten mit akuter Psychose während einer Krankenhausbehandlung. Die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten mitzumachen war gut. Manche äußerten sich positiv darüber, dass es sich nicht um eine pharmakologische Studie handelt. Kaimal, G., Kendra, R. & Muniz, J. (2016) konnten in einer quasi-experimentellen Studie die Wirkung von bildender Kunst auf den Kortisolspiegel im Speichel von 39 gesunden Erwachsenen untersuchen. Das Kortisol im Speichel wurde bei den Studienteilnehmenden vor und 45 Minuten nach der künstlerischen Betätigung gemessen. Die künstlerische Betätigung umfasste 45 Minuten Beschäftigung, anschließend erfolgte eine 15-minütige Datenerhebung. Die Teilnehmenden berichteten über die unmittelbare Wirkung auf die Entspannung und die Genußfähigkeit. Es war hilfreich, neue Aspekte über sich selbst kennen zu lernen. Künstlerische Betätigung führte aber auch zu einer signifikanten Reduzierung der Kortisolwerte im Speichel. Frühere Erfahrungen mit Kunst, Gender und die Materialauswahl hatten keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Um die wissenschaftlichen Fragen besser zu erforschen, braucht es Faktoren wie den guten Willen der Beteiligten, die Bereitschaft zum kritischen Hinterfragen des eigenen Tuns, ausreichende methodische Kenntnisse bzw. die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Methodikern und schließlich finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand. Leider fehlt das Interesse bei finanz- oder personenstarken Interessengruppen. Klinische Berichte über die Wirkung von Kreativ-

therapien gibt es dagegen in großer Zahl.

Ich danke Frau Karin Otrzonsek-Cremer, Kunsttherapeutin in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LVR-Klinik Viersen für ihr freundliches Gegenlesen des Textes.

Literaturverzeichnis

Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., Harrison, D. (2014). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J Public Health (Oxf)*; 36: 81–91.

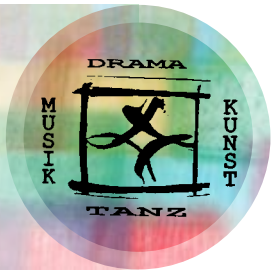
Dannecker, K. (1991). Leib und Ausdruck - Kunsttherapie mit Rheumakranken, Ein Beitrag zur Bedeutung der Kunsttherapie in der Psychosomatik. *Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie, Schweizerische Zeitschrift für integrierte Nervenmedizin*, 2. Jg. (3) S. 129–138

Felitti V.J., Fink, P, Jay, Fishkin, R E., Anda, R. F. (2007). Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. *Trauma & Gewalt*: S. 18–32 May 2007, 1. Jahrgang, Heft 2, pp 18–32.

Hampe, R. (2015). Multimodalität – Zu Verankerung von Sinnesmodalitäten in den Künstlerischen Therapien. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 26 (2), 51–62, Göttingen: Hogrefe Verlag

Kaimal, G, Kendra R, Muniz J (2016). Reduction of Cortisol Levels and Participants' Responses Following Art Making. Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License. Aufgerufen unter (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Lessin, U. (1998). Co-Therapie- Anregungen



für ein kooperatives Abenteuer. In: GESTALT-ZEITUNG, hrsg. vom Gestalt-Institut Frankfurt a.M. e.V. 11/1998, S. 19–25

Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J. (2014). A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. PLoS ONE 9(11): e112348. doi:10.1371/journal.pone.0112348.

Reker, T. (1998). Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie – Prospektive Untersuchungen zu Indikation, Verläufen und zur Effizienz arbeitsrehabilitativer Maßnahmen. Darmstadt: Steinkopf

Spitzer, M., von Spreti, F., Martius, P. (2003).

Zur Evidenz von Dopamin und bildnerischen Prozessen. In: Martius, P., von Spreti, F., Henningsen, P. (Hrsg.) (2008). Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. S. 33–37. Urban & Fischer

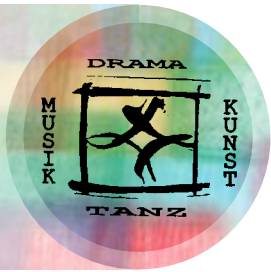
Uttley, L., Stevenson, M., Scope, A., Rawdin, A., Sutton, A. (2015). The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License. Aufgerufen unter (www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Reisebericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien Perspektiven auf wechselnde Landschaften der Wissenschaft, Praxis und Berufspolitik



Dr. Marianne Eberhard-Kaechele rer. medic., Tanz- und Ausdruckstherapeutin, Ausbilderin, Supervisorin und Lehrtherapeutin BTd, Dozentin an der Deutschen Sporthochschule Köln, 2. Vorsitzende der BAG Künstlerische Therapien

Beatrix Evers-Grewe, Musiktherapeutin (DMtG), Leitung der Fachtherapeutischen Dienste am LVR-Klinikum Essen, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Vorstandsvorsitzende der BAG Künstlerische Therapien



Einführung

Das Ziel unseres Vortrages war es, Erfahrungswerte aus rund 20 Jahren berufspolitischer Arbeit zu bündeln und weiterzuvermitteln, um aktuelle und kommende Herausforderungen bestmöglich zu bewältigen. Bei der Vorbereitung auf unseren Vortrag stellten wir fest, dass es ohne Information über die Vorgeschichte der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) schwer zu erklären ist, wie die berufspolitische Arbeit der Zukunft aussehen kann. Zudem interessieren nicht nur die Landschaften, sondern jeweils die Art und Weise, wie wir in ihnen unterwegs waren und sind. Im Folgenden beschreiben wir deshalb den Entwicklungsprozess der gemeinsamen berufspolitischen Arbeit der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten, der auch ein Prozess immer wiederkehrender Neuorientierung bezüglich grundsätzlicher Ausrichtung, konkreter Ziele und zu deren Erreichung erforderlicher Strukturen und Vorgehensweisen war und ist – bis zur heutigen Situation, in der gerade in Psychiatrie und Psychosomatik grundlegende Veränderungen auf uns zu kommen.

Kurs setzen auf das Gesundheitssystem

Initiativen zur Verwendung der Künste als therapeutisches Mittel im Rahmen der medizinischen Versorgung waren in den 1970er und 80er Jahre eher vereinzelt entstanden in einer Landschaft der Schulmedizin, die von Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten noch unbewohnt war. Ihre Vertreterinnen und Vertreter wirkten wie Aliens, zu Deutsch: Fremde, oder gar Außerirdische, die wechselweise mit Neugier oder Skepsis von den Schulmedizinerinnen und -medizinern betrachtet wurden. In den 1980-90er Jahren bildeten sich um die privatwirtschaftlichen Ausbildungsinstitute Gruppen Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten, die Kurs setzten auf das

Gesundheitssystem. Innerhalb der Fachrichtungen wählten sie die Strategie, sich gegenseitig zu bekämpfen über Fragen der Seriosität und der Überlegenheit ihrer theoretisch-methodischen Ansätze. Alleingänge von einzelnen Interessensgruppen katapultierten die Künstlerischen Therapien (KT) teilweise zurück ins All, z. B. wurde „Musik- und Tanztherapie“ ausdrücklich aus dem Heilmittelkatalog ausgeschlossen und auf der entsprechenden „Negativliste“ geführt, mit den dazugehörigen Konsequenzen (Matz, 1982).

Allmählich fand Ende des Jahrtausends eine Annäherung innerhalb der Fachrichtungen statt über die Entwicklung gemeinsamer Standards bzgl. Inhalt und Umfang der Ausbildungen. Begegnungen zwischen den Fachrichtungen gab es vorwiegend auf einer inhaltlichen statt einer politischen Ebene, z. B. über die „Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie“. Die Künstlerischen Therapien fassten allmählich Fuß auf dem Planeten des Gesundheitswesens, aber ohne geschützte Berufsbezeichnung oder berufsrechtliche Regelung.

Der „Herdecker Kreis“ unter der Leitung von Peter Meister brachte erstmalig 2001 Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Fachrichtungen zusammen, um ein Berufsgesetz zu entwickeln. Dieser Kreis sondierte diverse Optionen zur Implementierung eines Berufsgesetzes, bahnte Verhandlungen mit Krankenkassen an und führte Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten an die Leitlinienarbeit heran. Doch der Ansatz von Peter Meister war die Einordnung der KT im Ergotherapiegesetz, was die Vertreterinnen und Vertreter der KT nicht guthießen. Sie machten sich unabhängig von Meisters Leitung und benannten die Gruppierung 2002 in „Runder Tisch Künstlerischer Therapien“ um. Zudem blockierte die

mangelnde Bereitschaft oder Möglichkeit der Ausbildungsinstitute, weitere strukturelle Aspekte der Ausbildung zu vereinheitlichen, die Gestaltung eines eigenen Berufsgesetzes. Diese Problematik führte damals zu einer erneuten Spaltung der Interessengruppen und beschäftigt die BAG KT bis heute.

Einig gegen den Feind: Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Erst eine externe Bedrohung, die Ökonomisierung des Gesundheitswesens um 2000, kehrte die Spaltung der KT um in Konsensbemühungen. Die Bedrohung zeigte sich 2001 in Gestalt des Operationen- und Prozeduren-Schlüssels (OPS) Version 2.0, mit dem Behandlungsleistungen der somatischen Akutkliniken dokumentiert und abgerechnet werden, und der „German Diagnosis Related Groups“ (G-DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) 2003, die als neues Abrechnungssystem für die Somatik in Deutschland eingeführt wurden. Die Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Somatik arbeiteten, mussten befürchten, dass die Grundlage für ihre Beschäftigung in diesem Bereich wegfallen könnte, wenn sie in diesem Dokumentationssystem nicht vorkamen.

Und es war anzunehmen, dass ein vergleichbares System im Bereich der psychischen Störungen kommen würde. Während der Vorbereitungsphase der G-DRG taten sich auf Initiative von Bettina Kunzmann und Barbara Griebmeier der Herdecker Kreis und andere Vertreterinnen und Vertreter der KT zusammen, gründeten 2003 die „AG DRG“ und starteten damit eine bis dahin zwischen den Fachrichtungen unbekannt Form gemeinsamer berufspolitischer Arbeit. In Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG PVA)

beantragte die AG DRG erfolgreich die Aufnahme Künstlerischer Therapien im OPS und reicht bis heute bei Bedarf Änderungsvorschläge ein.

Die eigenen Reisepapiere erstellen: Die Arbeitsgruppe Berufsbild (AG BB)

Bei der Formulierung berufspolitischer Positionen zeigte sich, dass für Aktivitäten der KT die Abstimmung eines Berufsbildes mit allen Akteuren essentiell ist. Dabei ist die Beschreibung von „Alleinstellungsmerkmalen“, die eine eigenständige Berufsausbildung und -regelung erfordern, sowie eine Abgrenzung zu ähnlichen Berufen besonders wichtig. Mit diesen Fragen befasst sich seit ca. 2004 die Arbeitsgruppe Berufsbild (AG BB), wobei immer wieder neue strukturelle Vorgaben geprüft und in die Formulierung abgestimmter Kompetenzen einbezogen werden. Hierzu gehören:

- andere deutsche Berufsgesetze wie z. B. das Psychotherapeuten- oder Ergotherapeutengesetz
- die Gesetzeslage für KT anderer Länder wie der Schweiz, Österreich, England und den USA
- der Deutsche Qualifikationsrahmen DQR
- Landes- und Bundesebenen der Gesetzgebung

Das Verhaltensmuster der BAG KT in Bezug auf das Berufsgesetz war bisher geprägt von politischem Druck von Mitgliedern der Fachverbände oder einer externen Instanz, der zu einer intensiven Beschäftigung mit dem Berufsbild und -gesetz führte bis hin zu einem fast druckreifen Entwurf. Dieser wurde jedoch immer wieder kurz vor dem Ziel aufgegeben, weil es zu konfliktträchtig gewesen wäre, diesen konsequent umzusetzen. Gewisse Personen wären überqualifiziert und würden abwandern, andere wären unterqualifiziert und müssten ausge-

same Bezeichnung einigen. Nach langer Diskussion wurde der Begriff „Künstlerische Therapien“ gewählt, der seitdem etabliert wird. Dennoch existiert bis heute auch der synonym verwendete Begriff „Kreativtherapien“ in Dokumenten und Institutionen des Gesundheitswesens. Die Vereinheitlichung der Begriffe auf allen Ebenen bleibt eine berufspolitische Aufgabe.

Treibsand Evidenz basierte Medizin in Behandlungsleitlinien der AWMF

Eine weitere Erkenntnis aus dem Prozess der Aufnahme im OPS war die Notwendigkeit, Verbündete in den Gremien des Gesundheitswesens sowie unter Expertinnen/Experten in Praxis und Forschung zu finden, die die Wirksamkeit der KT in Ermangelung von Studien attestierten. In den Anfängen der berufspolitischen Arbeit reichten diese Expertenplädoyers für die Aufnahme der KT in Leistungs- und Abrechnungsverzeichnisse. Doch die nächste Bedrohung, die Evidenz basierte Medizin (EBM), ließ nicht lange auf sich warten und machte die Expertenmeinung zur niedrigsten Stufe der Aussagekraft.

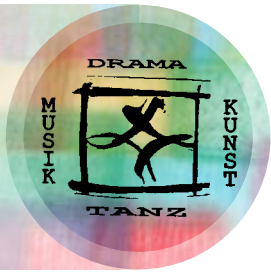
Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) erarbeitet Behandlungsleitlinien, die zunächst als Empfehlung und langfristig als Gebot bei der Auswahl Evidenz basierter therapeutischer Maßnahmen dienen sollen, um Qualität zu sichern und Kosten zu senken. Es wurde nun befürchtet, dass Künstlerische Therapien ohne empirische Evidenz nicht dauerhaft im Gesundheitswesen bestehen können. Es war auch klar, dass die Berufsgruppe der KT selbst diese Evidenz beibringen muss. Deshalb wendete sich die nun kooperationserfahrenere AG DRG der Implementierung Künstlerischer Therapien in S 3-Leitlinien der AWMF zu. Doch es war eine Route durch den Treibsand der kontinuierlich steigenden Anforderungen an die

Studienqualität. Umso erfreulicher ist die zunehmende Akademisierung der Ausbildungen in KT, welche zur Entwicklung der dringend benötigten wissenschaftlichen Kompetenz im eigenen Fach beiträgt.

Die folgende Auswahl von Leitlinien zu unterschiedlichen Erkrankungen, in denen Künstlerische Therapien genannt werden, zeigt deren erfolgreiche Verankerung:

- Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
- Demenzen
- Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten
- Palliativmedizin für Patientinnen/Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Schlaganfall
- Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen
- Bipolare Störungen
- Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Umgang mit Patientinnen/Patienten mit Nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden
- Zwangsstörungen
- Mammakarzinom der Frau; Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie
- Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Schizophrenie
- NVL unipolare Depression

Bei der Leitlinienarbeit werden kontinuierlich in großem Umfang neue Erfahrungen gesammelt, die – teilweise in etwas veränderter Form – von den Anfängen bis heute Anwendung finden.



Die Aufnahme in S 3-Leitlinien gelingt nur über evidenzbasierte wissenschaftliche Arbeit, für die fachinterne und -externe Expertinnen und Experten identifiziert werden müssen.

Es folgen Studienrecherchen von randomisierten kontrollierten Studien (RCT), das Bewerten der Studien und Rezipieren der Ergebnisse sowie das Erarbeiten eines auf die verwendeten Studien zugeschnittenen Anschreibens. (Dafür wurde ein „Bandwurm-Verfahren“ von Hildegard Pütz entwickelt, bei dem alle Beteiligten nach und nach ihre Evidenz in ein gemeinsames Dokument einpflegen.) Mögliche Empfehlungen werden eingeholt und abschließend wird mit allen Verbänden der KT ein Abstimmungsverfahren vollzogen. Außerdem muss die notwendige Finanzierung organisiert werden. Es wurde dabei deutlich, dass man in Kooperation miteinander viel erreichen kann und dass ein abgestimmtes Vorgehen Voraussetzung für die erfolgreiche Vertretung der Gruppe ist.

Die Vernetzung mit Unterstützerinnen und Unterstützern eröffnete Möglichkeiten, die unserer Gruppierung allein verschlossen blieben. Allerdings boten Kooperationspartner immer wieder die Verführung eines Alleingangs an. Wenn bei einem Störungsbild die praktische oder empirische Evidenz bei der einen oder anderen Fachrichtung dürftig war, schlugen Kooperationspartner womöglich vor, nur für die gut belegte Fachrichtung den Antrag zu stellen, statt als Gesamtheit der KT. Dies warf Fragen auf, wieviel Loyalität zu den anderen Fachrichtungen und wieviel zu den Kooperationspartnern angemessen sei, wieviel Gemeinschaft der KT untereinander notwendig und wieviel Autonomie möglich sei? Vollzogene Alleingänge schürten das alte Misstrauen auf beiden Seiten: die einen hatten das Gefühl zurückgelassen, die anderen

das Gefühl zurückgehalten zu werden. Letztlich ist die gemeinsame Antragsstellung erfolgreich.

Wir werden heimisch im Gesundheitswesen

Die Leitlinienarbeit transformierte die KT von Aliens, die auf kaum vorhersehbare Gefahren panisch reagierten und sich zusammenrotteten, zu Mitbewohnenden des Planeten Gesundheitswesen, die proaktiv berufspolitische Prozesse gemeinschaftlich mitgestalten. Da Leitlinien regelmäßig überarbeitet werden und die Standards für die erbrachte Evidenz kontinuierlich steigen, ist es heute eine umfangreiche Daueraufgabe sicherzustellen, dass finanzielle, personelle und Sachressourcen für die Leitlinienarbeit rechtzeitig in erforderlichem Umfang zur Verfügung stehen. Wir lernten zu beobachten, welches Leitlinienverfahren wann startet und die Mitwirkung geeigneter Kolleginnen und Kollegen zu koordinieren, um die entsprechenden Aufgaben rechtzeitig im Zeitplan der Leitlinienorganisation bewältigen und finanzieren zu können. Vernetzungen mit Kooperationen werden neu erarbeitet oder bestehende gepflegt, aber die Kommunikation ist nun reziprok: auch die KT werden angesprochen, sich an gesundheitspolitischen Verfahren zu beteiligen. Wir organisieren die geeignetsten Vertreterinnen und Vertreter unseres Fachs für Leitlinienprozesse zu spezifischen Krankheitsbildern und statten sie mit den notwendigen Unterlagen und Informationen aus, denn wir wissen nun, worauf es bei den Verhandlungen ankommt.

Nie mehr alle Eier in einen Theoriekorb legen: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation

Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) für die medizinische Rehabilitation gibt jeder zugelassenen Maßnahme eine Abrechnungsziffer.

Diese Ziffern werden seit 1997 in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen zu dokumentieren, zu bewerten und auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu analysieren. Die routinemäßig erhobenen und ausgewerteten KTL-Daten werden jährlich an die Reha-Einrichtungen und die Rentenversicherungsträger zurückgemeldet. Die AG DRG beteiligte sich nach intensiver Vorbereitung, die 2004 startete, an Workshops der DRV in Berlin, in denen eine grundlegend erneuerte Fassung, die KTL 2007, erarbeitet wurde. Dabei haben wir gelernt, KT nicht ausschließlich psychodynamisch zu definieren, da wir sonst aus der mittlerweile verhaltenstherapeutisch geprägten KTL ausgeschlossen worden wären. Aus der Not wurde die Tugend, eigenständige Beschreibungen unserer theoretischen Grundlagen zu erarbeiten. 2015 fand die nächste Überarbeitung der KTL statt, an der wir uns bei einer Umfrage über ein Internetportal beteiligen konnten.

Handeln unter erschwerten

Bedingungen: Reha-Therapiestandards

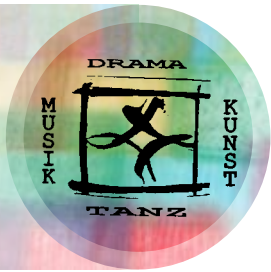
Die BAG KT beteiligt sich auch an der Entwicklung der Reha- Therapiestandards (RTS), deren Erstellung die Deutsche Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation seit 1998 fördert. Ziel der RTS ist es, die rehabilitative Versorgung von Patientinnen und Patienten auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen und qualitativ zu verbessern, indem die Standards kontinuierlich aktualisiert und überarbeitet werden. Expertinnen und Experten der DRV erarbeiten einen Methodenreport zum aktuellen Stand anhand von Literaturrecherche, der KTL-Datenanalyse und den Ergebnissen von Diskussionen unter Expertinnen und Experten sowie Praktikerinnen und Praktikern auf einer Online-Plattform. Hinzu kommen Workshops mit Patientenvertre-

terinnen und -vertretern und klinischen Expertinnen und Experten. Die BAG KT hat an den Standards für folgende Indikationen mitgewirkt: Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs, Chronischer Rückenschmerz, Depressive Störungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hüft- und Knie-TEP, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall – Phase D und Kinder und Jugendliche mit Adipositas, Asthma bronchiale oder Neurodermitis.

Bei der Diskussion auf der Online Plattform lernten wir wenige abgestimmte Aussagen zu machen, fundiert mit einer wissenschaftlichen oder praxisbasierten Begründung. Wir erhoben Widerspruch gegen nachteilige Aussagen anderer und sammelten ihre Argumente, um diese zur Vorbereitung auf die Konsensworkshops zu nutzen. Die Teilnahme an DRV Konsensworkshops stellt eine Herausforderung dar, eine abgestimmte, einheitliche Positionierung der BAG KT, ohne Rücksprachemöglichkeit, in verschiedenen parallel stattfindenden Arbeitsgruppen zu präsentieren. Die BAG KT entwickelte für diese Herausforderung 2016 bei den Workshops zur Überarbeitung der KTL eine Strategie der optimalen vorherigen Abstimmung des Ziels, umfassende Ausstattung mit Informationen zur Evidenzlage, zeitnahen Austausch bezüglich Verhandlungsstrategien der anderen Berufsgruppen, um die eigenen Vertreterinnen und Vertreter vorzubereiten, sowie gewissenhafte Erfassung der Ergebnisse zur Nachverfolgung.

Wir klopfen an das Tor zu neuen Einsatzfeldern: Das Ergänzende Hilfesystem

Ermutigt durch die Einladungen, an gesundheitspolitischen Projekten mitzuwirken, ergriff die BAG KT bald selbst die Initiative. Nach der Veröffentlichung des Abschlussberichts der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, stellten wir fest,



dass Künstlerische Therapien darin von Betroffenen als hilfreich bezeichnet wurden und von ihnen als ambulantes Therapieangebot gewünscht werden. Wir verfassten ein Schreiben an Frau Dr. Bergmann und erklärten unsere Bereitschaft zur Deckung dieses Bedarfs der Betroffenen beizutragen. Wir wurden zu einem Gespräch eingeladen und erfuhren vom Ergänzenden Hilfesystem, finanziert durch den ‚Fonds sexueller Missbrauch‘ als Möglichkeit ambulanter Abrechnung für KT. Daraufhin wurde eine Liste mit Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten erstellt und veröffentlicht, die eine Trauma spezifische Weiterbildung haben und über das Ergänzende Hilfesystem finanziert werden können. Allerdings wurde Kritik an der uneinheitlichen Grundausbildung und der mäßigen empirischen Evidenz zu KT bei Trauma vom Nachfolger Johannes-Wilhelm Rörig geäußert und die Beteiligung der KT am Hilfesystem in Frage gestellt.

Aus diesen Begegnungen haben wir gelernt, dass es sich lohnt, selbst initiativ zu werden und sich zu trauen, an oberster Stelle anzufragen. Doch die Anfrage steht auf wackeligen Beinen, wenn einheitliche Ausbildungsstandards und solide Forschung mit RCTs fehlen. Wir befassten uns mit Modellen der Erstellung eines Therapeutenregisters und reflektierten die Flüchtigkeit von politischen Bündnissen und die Notwendigkeit sich neu auszurichten, wenn Verbündete weiterziehen und die politische Landschaft verlassen. Doch alles in allem war die Initiative ein Erfolg, denn Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten rechnen mit dem Ergänzenden Hilfesystem ab. Womöglich könnte dies ein Modell für andere Situationen werden. Zu diesem Zweck müssten die laufenden Therapien evaluiert werden.

Aktuell wird außerdem nach mehrjährigen Bemühungen die Rücknahme des Ausschlusses von „Musik- und Tanztherapie“ aus dem Heilmittelkatalog intensiv verfolgt, damit Krankenkassen die Künstlerischen Therapien als Satzungsleitung aufnehmen können.

Wir schließen uns anderen durch die medizinische Landschaft Reisenden an

Die BAG KT kooperiert kontinuierlich mit anderen Organisationen im Gesundheitswesen: Das **Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)** führt seit 2007 eine Arbeitsgruppe Künstlerische Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanz- und Bewegungstherapie, Theatertherapie u.a.), die ein Forum des multiprofessionellen Austauschs (Künstlerische Therapeutinnen/Therapeuten, Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten) über forschungs- und praxisrelevante Fragestellungen bietet. Daraus können kooperierende Forschungsvorhaben der Künstlerischen Therapien und der psychosomatischen Medizin entstehen.

Dabei werden u.a. diagnostische Kriterien, Verlaufs-, Prozess- und Ergebnisindikatoren, medien-spezifische und multimodale Behandlungskonzepte sowie Formen der Dokumentation und Evaluation diskutiert. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, den aktuellen fachspezifischen Forschungsstand aufzunehmen und interdisziplinär in Forschung und Praxis zu kommunizieren. Damit will sie zur professionellen Standortbestimmung, zur methodischen, theoretisch und empirisch fundierten Entwicklung der Künstlerischen Therapien im Bereich der Psychosomatik beitragen. In diesem Kontext lernten wir, dass die Medizinerinnen und Mediziner in der Regel nicht an Symposien zu KT teilnehmen, weshalb wir unsere Strategie der Öffentlichkeitsarbeit änderten; einzelne Referenten melden seitdem Vorträge zu

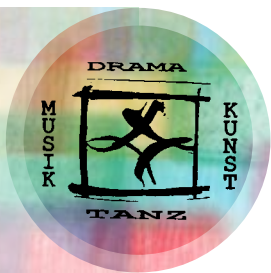
KT in themenbezogenen Symposien der Medizinerinnen und Mediziner an, um unsere Sichtbarkeit zu erhöhen.

Im **Referat Gesundheitsfachberufe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)** kooperieren Fachkräfte für Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Physio- und Bewegungstherapie sowie Soziale Arbeit. Dies ist eine Neuerung gegenüber den Anfängen der berufspolitischen Arbeit, in der die KT sich vehement von den damals sogenannten „Heilhilfsberufen“ abgrenzten. Grund für den Sinneswandel sind die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die Notwendigkeit in der aktuellen Landschaft der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen eine größere Lobby zu bilden. Das Referat wurde 2013 unter Beteiligung der BAG KT gegründet und hat das Ziel, innerhalb und außerhalb der DGPPN diese Berufsgruppen zu vertreten, die evidenzbasierte Behandlungsqualität dieser Berufe zu sichern, sowie die Inter- und Transdisziplinarität weiterzuentwickeln. Referatsmitglieder organisieren Symposien und einen gemeinsamen Informationsstand beim alljährlich in Berlin stattfindenden Kongress der DGPPN, eins der zwei jährlichen Referatstreffen der beinahe 100 Mitglieder des Referats sowie gemeinsame Referatstreffen mit anderen Referaten. Auch ein Preis für innovative Untersuchungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe wird unter Mitwirkung der Referatsleitung bei jedem Kongress verliehen. Die Leitung ist in den Austausch innerhalb der DGPPN durch Teilnahme an den Referateleitertreffen und Projekten einbezogen.

Auf der Homepage der DGPPN sind weitere Informationen über das Referat auf seiner Unterseite (www.dgppn.de/die-dgppn/referate/gesundheitsfachberufe.html) zu finden.

2014 gründeten rund 40 im Gesundheitswesen erfahrene Personen den **„Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes“**. Dieser Verein, in dem die BAG KT Mitglied ist, arbeitet seitdem dafür, einen Nationalen Gesundheitsberuf (NGBR) für Deutschland ins Leben zu rufen und auf eine tragfähige Basis zu stellen. Bis heute gibt es in Deutschland keine Instanz, die die gesamte Entwicklung der Gesundheitsberufe im Blick hat: interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie neue Herausforderungen der Arbeitswelt. Ein NGBR könnte als permanente Stelle (z. B. eine Arbeitsgruppe) oder regelmäßig stattfindendes Dialogforum z. B. Tagungen, parlamentarische Abende u.a. organisieren und den Dialog verbessern bzw. ihn überhaupt ermöglichen. Als neutrale Instanz soll er die künftigen Rollen der Gesundheitsberufe, deren Neuzuschnitt, die Rahmenbedingungen für ihre Modernisierung im Zusammenhang mit der Berufsausübung und deren adäquate Ausbildung zur Diskussion stellen.

Im Dialog soll er zwischen Gesundheitsberufen, hochschulischen und beruflichen Ausbildungsträgern sowie Vertretungen der Gesundheitswirtschaft, Kosten- und Einrichtungsträgern gemeinsam Lösungen, Reformen und Strategien erarbeiten und vereinbaren, mit hoher Verantwortung agieren und mit seiner Tätigkeit dazu beitragen, dass in Zukunft mit qualifizierten Gesundheitsberufen eine gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung garantiert werden kann. Mit dem angestrebten Dialog soll ein Beitrag zur Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung für die Sicherstellung einer auch in Zukunft qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung geleistet werden. Der angestrebte Dialog soll multidisziplinär, transparent, kontinuierlich und auf Nachhal-



Beatrix Evers-Grewe (links) mit Dr. Marianne Eberhard-Kaechele (rechts)

tigkeit gerichtet sein und zur Vernetzung der Akteure beitragen. Dabei wird stets die Gestaltung und frühzeitige Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe sowie deren Kooperation untereinander in den Blick genommen. Im Vordergrund stehen dabei Berufe, die personenbezogene Gesundheitsdienstleistungen erbringen. (Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ der Robert-Bosch-Stiftung (2011), zitiert nach: www.nationalergesundheitsberuferat.de)

Unser gemeinsames Reisegefährte ist fertiggebaut: Gründung der BAG KT

Nach der langjährigen Zusammenarbeit in der Konferenz der Konferenzen und ihren Arbeitsgruppen ohne formaljuristische Form wurde die BAG KT 2014 als eingetragener Verein gegründet. Ihre Vereinsorgane sind der Vorstand (1. und 2. Vorsitzende, Schatzmeisterin und bis zu 6 Beisitzer), die Mitgliederversammlung und Arbeitsgruppen. Neben der AG Implementierung und der AG Berufsbild wurde eine AG Öffentlichkeitsarbeit gegründet, die die Website aktualisierte, einen Flyer erarbeitete und zuletzt ein Rollup zur Präsentation bei Tagungen etc. entwickelte. Ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung besteht in der Vertretung durch eine Geschäfts-

stelle. Dort ist Petra Schrader als bezahlte Mitarbeiterin für die BAG aktiv und unterstützt die Arbeit der Arbeitsgruppen und des Vorstands, die ehrenamtlich tätig sind. Zudem wird Cornelia Schumacher als Koordinatorin für die AG Implementierung für ihre Tätigkeit durch den Verband honoriert, da diese Funktion unbedingt Kontinuität bedarf. Die beteiligten Verbände für Künstlerische Therapien finanzieren die BAG durch einen jährlichen Sockelbetrag und Umlagen für Projekte, die in der MV beschlossen werden. Jeder Verband hat eine „Grundstimme“ und entsprechend der Größe bis zu vier weitere Stimmen.

Folgende Verbände arbeiten im Rahmen der BAG KT für gemeinsame Ziele:

- Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT)
- Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE)
- Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V. (BTD)
- Deutscher Arbeitskreis für Gestaltungstherapie/Klinische Kunsttherapie e.V. (DAGTP)
- Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. (DFKGT)
- Deutsche Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen e.V. (DGKT)

- Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie e.V. (DGfT)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)
- Gesellschaft für Orff-Musiktherapie e.V. (GfOMT)

Kooperationen bestehen mit der Deutschen Musiktherapeutischen Vereinigung zur Förderung des Konzepts nach Schwabe und dem Verein zur Förderung der Nordoff- Robbins Musiktherapie.

Die BAG Künstlerische Therapien strebt eine berufsrechtliche Regelung für die Künstlerischen Therapien an. Dazu wurden im Lauf der Jahre Beratungsgespräche auf verschiedenen Ebenen geführt, z. B. mit den für Gesundheitsberufe zuständigen Personen bei Verdi und mit der damaligen Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW, Birgit Fischer. Diese Sondierungen machten zwei Fakten klar, die von Berufskolleginnen und -kollegen meist nicht bedacht werden, wenn sie ein Berufsgesetz als Anerkennung herbeisehnen: Zum einen wird die Regelung eines Berufes im Gesundheitswesen zum Schutz von Patientinnen/Patienten und Kostenträgern (Steuerzahler und Krankenkassenbeitragszahler) und nicht zum Schutz der finanziellen oder statusbezogenen Interessen der Berufsgruppe beschlossen. Zum anderen gibt eine Berufsgruppe aus diesem Grund die Bestimmung über die Ausbildung und Ausübung (auch die Bezahlung) ihres Berufs im Falle einer staatlichen Regelung an den Staat ab.

Wir erforschen unsere eigene Berufskultur: Die Berufsgruppenanalyse

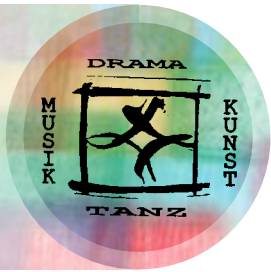
Bei Beratungsgesprächen wurden immer wieder Fragen über unsere Berufsgruppe an uns herangetragen, die wir nicht ermitteln und beantworten konnten. Deshalb beschloss die BAG KT, eine Berufsgruppenanalyse in Auftrag zu geben. Kolle-

ginnen und Kollegen von der Hochschule für KT Nürtingen organisierten die Umfrage und Auswertung. Im Jahr 2013 beantworteten insgesamt 2303 Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten (959 MT, 917 KT, 239 TT, 99 HE, 68 DT, 40 Sprachgestaltung, 179 Sonstige) den vollständigen Datensatz der Online-Erhebung zu Fragen ihrer Ausbildung, ihres Arbeitsgebiets, der Diagnosen von ihnen behandelte Patientinnen und Patienten, ihren Einkünften etc., die nach der Auswertung mit dem Ergebnisbericht 2014 veröffentlicht wurden (Melches, Hamberger und Oster (2016).

Wir setzen einen eigenen Elfenbeinturm in die wissenschaftliche Landschaft: Gründung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft

Bei der 3. Forschungstagung Künstlerische Therapien in Hamburg wurde 2017 die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien gegründet, um u.a. Forschung zu fördern, ein E-Journal herauszubringen und gemeinsame wissenschaftliche Tagungen mit allen Fachrichtungen zu veranstalten. Ein wesentliches Ziel ist die Emanzipation von der Fürsprache durch ärztliche Fachgesellschaften bei Leitlinienverfahren, indem wir einen Antrag auf Aufnahme als gleichwertige Gesellschaft in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) stellen.

Dafür sind Integration und gegenseitige Befruchtung von Wissenschaft und Praxis sowie eine kontinuierliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachrichtungen auf der Ebene der Wissenschaft erforderlich, statt isolierte Forschungstätigkeit zu entwickeln. Die BAG unterstützt die Arbeit der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft und trägt zur Weiterentwicklung der Strukturen für die Vertretung Künstlerischer Therapien bei. Siehe: www.dgft.de/212,Berufspolitik.



Die Reise ist nie zu Ende, die nächste Herausforderung am Horizont

Zur Berufskunde gehört die Erkenntnis, dass die Landschaft in ständigem Wandel begriffen und die Reise nie zu Ende ist. Es geht daher nicht darum, irgendwo anzukommen und stehen zu bleiben, sondern kontinuierlich in Bewegung in eine gewünschte Richtung zu sein. Dies gelingt umso besser, wenn anstehende Veränderungen antizipiert und Chancen und Risiken ausgelotet werden, wie es sich die BAG KT zur Aufgabe macht. Davon handeln die nächsten Absätze.

Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken erhalten mit dem „**Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen**“ (PsychVVG) eine gemeinsame neue Grundlage für die Personalausstattung und Abrechnung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist gesetzlich damit beauftragt, bis 30. September 2019 in Nachfolge der Personalverordnung für die Psychiatrie (PsychPV) verbindliche Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen festzulegen, die ab 2020 zu einer leitlinienorientierten Versorgung beitragen sollen. Der G-BA hat eine Forschergruppe beauftragt, ab August 2017 eine Studie durchzuführen, die die Personalausstattung der Kliniken untersucht und die Aufgaben und Arbeitsabläufe der einzelnen Berufsgruppen erfasst. Auf der Grundlage dieser Erhebung soll die Mindest-Personalausstattung für die Psychiatrie und Psychosomatik unter Beteiligung von Expertinnen und Experten verschiedener Berufsgruppen berechnet werden. Mit dem PsychVVG wird nach Vorstellung des Gesetzgebers „die sektorübergreifende Versorgung gestärkt werden“, indem eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung für schwer psychisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld („home treatment“) als

Krankenhausleistung eingeführt wird.

In Modellversuchen werden bereits alternative Behandlungsformen finanziert wie z. B. Integrierte Versorgung (IV). Dazu gehören Verträge mit Krankenkassen zur Vermeidung einer stationären Behandlung oder Regional-Budgets, mit denen die Institutionen nicht an übliche Verträge gebunden sind.

Zu **weiteren Trends**, die bereits umgesetzt werden (bei unklarer Effizienz, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit) gehören:

- Individualisierung
- Ambulantisierung
- Computerisierte Diagnostik und Online-Therapie mit Roboter
- Konzepte zur Integration von Medien in Ergänzung zu Präsenzstunden

Die KT müssen sich mit ihrer Position zu solchen Entwicklungen auseinandersetzen. Der weitere **Ausbau der Ökonomisierung** im Zuge des demographischen Wandels führt zu strukturellen und inhaltlichen Veränderungen im Arbeitsalltag wie:

- Immer kürzer werdende Dauer von Sitzungen und Gesamtaufenthalten
- Fraktionierte Behandlungen
- Kontinuierlich steigende Gruppengrößen
- Ein Therapieauftrag wird von der Institution zugunsten einer Verwahrung aufgegeben (Patientinnen/Patienten sollen nur noch beschäftigt werden)
- Weniger Teamaustausch ergibt quasi eine Einzelpraxis-Tätigkeit in der stationären Einrichtung
- Je mehr die ambulante Versorgung ausgebaut wird, desto schwieriger wird es, Gruppenarbeit, das Metier der KT., aufrecht zu erhalten
- Verwissenschaftlichung, Technisierung und Digitalisierung erfordern neue Kompetenzen, sowie neue Adressaten und Formen der Zusammenarbeit



LVR-Klinikum Düsseldorf, Kreativtherapie im modernen „Haus 1“

- Verhaltenstherapeutisch statt psychodynamisch geführte Einrichtungen und Behörden erfordern kompatible Theoriemodelle, die nicht nur eine Frage der Formulierung, sondern einen substantziellen Paradigmenwechsel in der KT bedeuten
- Gesellschaftliche Veränderungen wie demografische Entwicklung, zunehmende Migration etc.

Um diesen Veränderungen zu begegnen erfordert es von Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten

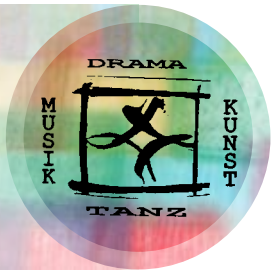
- Kontinuierliche Reflexion, Evaluation und Anpassung der Methoden und Standards
- Die Entwicklung von neuen Theorien, Modellen und Interventionen
- Wissenschaft – Praxis – Transfer gezielt zu betreiben
- Die eigenverantwortliche Übernahme komplexer Aufgaben
- Sich für die Beteiligung an Konzeptualisierung und Planung der Umsetzung neuer Strukturen am Arbeitsplatz und in übergreifenden Gremien zu engagieren
- Geeignete Formen der Interdisziplinarität und Kooperation zu entwickeln und an Kolleginnen und Kollegen weiterzuvermitteln

Was bedeutet es damals und heute, Berufspolitik zu betreiben?

Früher war jede eine Pionierin/jeder ein Pionier und musste sich selbst in der unbesiedelten Landschaft des Gesundheitswesens behaupten. Heute finden Kolleginnen und Kollegen ein „gemachtes Nest“ vor und haben das Gefühl, „irgendjemand“ sollte dieses sichern (nur nicht sie selbst). Woher kommt diese Scheu vor dem berufspolitischen Ehrenamt?

- Einige haben zu viel Respekt vor den Pionierinnen und Pionieren und trauen sich als Unerfahrene nicht einzusteigen
- Einige haben zurecht ein anderes Bewusstsein für Burnout als früher, sind nicht mehr bereit, die politische Arbeit neben der Existenzsicherung, auf Kosten ihrer Erholungszeit, über Jahre zu erbringen
- Viele sind bereit für eine kurze Zeit sich ehrenamtlich für die Berufspolitik zu engagieren. Es braucht jedoch Zeit, in die Arbeit hinein zu wachsen, unter Kooperationspartnern bekannt zu werden, selbst Verständnis und Erfahrung zu sammeln.

Wenn viele Personen kürzere Amtszeiten absolvieren, besteht der Vorteil darin, dass mehr Menschen für politische Themen



sensibilisiert werden und Verbündete für die berufsrechtliche Regelung mobilisieren können. Das vielversprechendste Modell für die Zukunft wird momentan in der AG Implementierung praktiziert: Einige wenige Kolleginnen oder Kollegen werden professionelle Berufspolitiker, die dafür bezahlt werden, Kontinuität zu gewährleisten. Sie koordinieren und steuern die Aktivitäten von Ehrenamtlichen, die für kurze Amtszeiten oder projektgebunden aktiv werden.

Put yourself on the map:

Sichtbar und unverzichtbar sein

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass Berufspolitik ein allgegenwärtiges Phänomen ist, das jede Therapeutin und jeder Therapeut bei der täglichen Arbeit verkörpert. Insofern möchten wir alle Kolleginnen und Kollegen ermutigen, folgende Strategien zur Stärkung der eigenen Berufsgruppe umzusetzen.

1. Unverzichtbar sein: Die Darstellung einzelner Fälle im Team trägt an der Basis dazu bei, die Fachwelt zu überzeugen, dass KT wichtig sind. Die Fortbildung in zeitgemäßen Behandlungsansätzen verhilft zu voller Entfaltung des eigenen Potentials unter aktuellen Rahmenbedingungen. Jede und jeder kann die Wirksamkeits- und demnächst auch die Wirtschaftlichkeitsforschung unterstützen, indem sie bzw. er die Sammlung von Daten über die praktische Arbeit ermöglicht oder selbst betreibt. Zufriedene Patientinnen und Patienten und ihre Verbände können motiviert werden, den Wert der KT für sie zu dokumentieren, wie es im Abschlussbericht zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs gewinnbringend stattfand.

2. Sichtbar sein: Interdisziplinär referieren, unterrichten oder publizieren bei anderen Berufsgruppen (nicht nur im eigenen Kreis!) sorgt dafür, dass die KT wahrgenommen werden. Jeder kann sich im Rahmen seiner Arbeitsstelle in Arbeitsgruppen einbringen und von seiner Kompetenz überzeugen bzw. dafür sorgen, dass man sichtbar bleibt, z. B. im Klinikkonzept. Verbündete fachlicher und politischer Art können die eigenen Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte sein, wenn man aktiv auf sie zugeht.

Fazit:

Wir haben viel geschafft, es gibt weiterhin viel zu tun und es lohnt sich!

Literaturverzeichnis

Matz, K.-H. (1982). Neue Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln. Deutsches Ärzteblatt, 79 (31), 49–51.

Melches, J., Hamberger, Ch. und Oster, J. (2016). Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten (BgA-KT) – Ergebnisse und Resümee. Musiktherapeutische Umschau 37:1, 41–59.

Unveröffentlichte Protokolle von Sitzungen und Telefonkonferenzen des Herdecker Kreises, der AG DRG/später AG Implementierung, der AG Berufsbild und der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. konsultiert am 31.10.2017 unter www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien konsultiert am 31.10.2017 unter www.bagkt.de

Bundesgesundheitsministerium konsultiert am 31.10.2017 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett.html

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde konsultiert am 31.10.2017 unter [www.dgppn.de/die dgppn/referate/gesundheitsfachberufe.html](http://www.dgppn.de/die_dgppn/referate/gesundheitsfachberufe.html))

Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie konsultiert am 31.10.2017 unter www.dgft.de/212,Berufspolitik

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin konsultiert am 31.10.2017 unter www.dkpm.de/de/forschung/ag/kuenstlerische-therapien

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft konsultiert am 31.10.2017 unter www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/0172-5505_06_Oster.indd.pdf
www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/2016/01_16_MU_Melches_et_al.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund konsultiert am 31.10.2017 unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/ktl_node.html

Fond sexueller Missbrauch konsultiert 31.10.2017 unter www.fonds-missbrauch.de

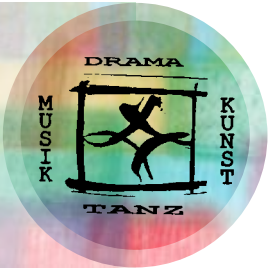
Verein zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberufes konsultiert am 31.10.2017 unter www.nationalergesundheitsberufat.de



Tagungsimpressionen





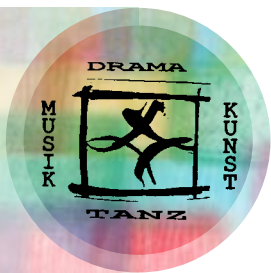


Ambulante Musiktherapie in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Marianne Bauer, geb. 1958 in Nürnberg, studierte 1979–1984 in Heidelberg Musiktherapie und absolvierte 1991–1994 eine berufsbegleitende Weiterbildung in Morphologischer Musiktherapie.

Seit 1986 ist sie in verschiedenen Kliniken in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Erwachsene) als Musiktherapeutin tätig, seit 1991 im LVR-Klinikum Düsseldorf, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Sie ist Lehrbeauftragte des Masterstudiengangs Musiktherapie an der Universität der Künste Berlin und Lehrmusiktherapeutin des Instituts für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg.



Einführung

Im Rahmen dieses Workshops wurde das musiktherapeutische Angebot für die Institutsambulanz der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Klinik der Heinrich-Heine-Universität vorgestellt. Im Anschluss an die zeitlich begrenzten (teil)-stationären Komplexbehandlungen benötigen die Patient*innen i.d.R. noch ambulante psychotherapeutische Nachbehandlung. Das kann auch ambulante Musiktherapie sein.

Gerade für Patient*innen mit schweren strukturellen Störungen und Komplextraumatisierungen sind längerfristige ambulante multimodale Therapieangebote hilfreich und notwendig. Im Rahmen dieses Workshops wurden in wesentlichen Aspekten Lösungen dargestellt im Spannungsfeld zwischen der Behandlungsbedürftigkeit der Patient*innen, ökonomischen Grenzen und dem Anspruch, adäquate musiktherapeutische Behandlung auf der Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung anzubieten. Der Workshop sollte Anregungen zur Diskussion und zur Entwicklung eigener Ideen und Lösungswege geben.

Der klinische Kontext

Die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst zwei Stationen, eine Tagesklinik, eine Institutsambulanz und eine transkulturelle Ambulanz. Die Klinik ist tiefenpsychologisch ausgerichtet. Die (teil)-stationären Komplexbehandlungen sind individuumzentriert, störungs- und verlaufsorientiert. Sie sind zeitlich begrenzt.

Folgende Erkrankungen werden behandelt: Psychosomatische Erkrankungen, somatoforme Störungen wie z. B. organisch nicht erklärbare körperliche Beschwerden oder Schmerzen, Depressionen, Angstkrankungen, Anpassungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebserkrankungen), akute und posttraumatische Belastungsreaktionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen.

Die beiden Ambulanzen stellen eine Vielzahl spezialisierter ambulanter Therapieangebote zur Verfügung, auch unterschiedliche Kreativtherapien. Die ambulanten kreativtherapeutischen Behandlungsangebote erfolgen in ärztlichem Auftrag und unter ärztlicher Mitbehandlung. Je nach Art und Schwere der Störungen der Patient*innen werden differenzierte musiktherapeu-



Workshopleitung: Marianne Bauer

tische Methoden und Vorgehensweisen eingesetzt. Die ambulanten Behandlungen werden über Kostenpauschalen abgerechnet und müssen kostendeckend sein. Daher ist der Leistungsumfang begrenzt. Gruppenmusiktherapie findet 14-tägig, Einzelmusiktherapie i.d.R. einmal im Monat statt. Die Therapien im Rahmen der Institutsambulanz werden in der Länge der Behandlung auf die Schwere der Erkrankung angepasst.

Patient*innen in der ambulanten Musiktherapie (Aspekte zur Indikation)

Welche Patient*innen in die ambulante Musiktherapie kommen, ergibt sich aus den spezifischen Möglichkeiten der Musiktherapie und aus dem Behandlungsbedarf der Patient*innen.

Spezifische Möglichkeiten der Musik: Musik kann in besonderer Weise emotional berühren, beziehungsstiftend wirken, sprachlich nicht Fassbares sinnlich erlebbar und wahrnehmbar werden lassen, und dann die Versprachlichung fördern. Musiktherapie nutzt diese spezifischen Möglichkeiten des Mediums Musik.

Welche Patient*innen können von ambulanter Musiktherapie besonders profitieren

Die Indikationen für ambulante Musiktherapie lassen sich nicht aus Symptombeschreibungen ableiten wie dem ICD-10, sondern aus einer differenzierten psychodynamischen Diagnostik der konfliktbedingten, strukturellen und traumabedingten Störungsanteile. Viele stationäre und tagesklinische Patient*innen leiden an mehreren Symptomen wie Depressionen, Ängste, psychosomatische Beschwerden, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen. Nach den diagnostischen Kriterien von OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2014) und Strukturbezogener Psychotherapie (Rudolf, 2013) haben sie auch strukturelle Störungen, auf Grund

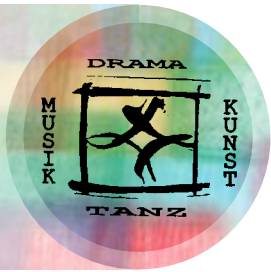
derer sie beeinträchtigt sind in ihrer Konfliktfähigkeit, in ihrer Emotionalität, in ihren Möglichkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation, in der Fähigkeit, ihr Erleben zu versprachlichen. Strukturelle Störungen entstehen entwicklungsbedingt aus beeinträchtigenden, vernachlässigenden, gewaltsamen und traumatisierenden Bindungs- und Beziehungserfahrungen oder durch den Verlust einer wichtigen Bindungsperson in der frühen Kindheit.

Viele Patient*innen mit strukturellen Störungen und Beziehungstraumatisierungen können, zunächst jedenfalls, kaum über ihre Schwierigkeiten differenziert sprechen. Vielmehr zeigen sich diese in gestörten Beziehungen der Betroffenen zu sich selbst und zu anderen Menschen (Streeck und Leichsenring, 2015).

Neben der Arbeit an unbewussten Konflikten brauchen Patient*innen mit strukturellen Störungen, zunächst und meist auch für längere Zeit, geeignete therapeutische Angebote und eine tragfähige therapeutische Beziehung zur Nachentwicklung wichtiger psychischer Fähigkeiten. Traumatisierte Patientinnen und Patienten brauchen außerdem eine ausreichende Stabilisierung und Aktivierung ihrer Ressourcen.

Aspekte zu Indikation für ambulante Musiktherapie

Patient*innen in der ambulanten Musiktherapie sind meist diejenigen, die zunächst eine (teil)-stationäre Komplexbehandlung und dann eine entsprechend ihrem individuellen Entwicklungsbedarf längere Anschlussbehandlung brauchen. Musiktherapie als Nachbehandlung ist besonders dann indiziert, wenn ausschließlich sprechende Therapie nicht ausreicht. Patient*innen haben vorher in der (teil)-stationären Komplexbehandlung von Musiktherapie gut profitieren



können. Die bereits bestehende therapeutische Arbeitsbeziehung zur Musiktherapeutin kann im ambulanten Setting weiter genutzt werden.

Wie kommen die Patientinnen und Patienten in die ambulante Musiktherapie?

Der Vorschlag für ambulante Musiktherapie kann von der Musiktherapeutin, von den Patient*innen, aus dem Team der (teil)stationären Behandlung oder aus der Institutsambulanz kommen. Indikation, musiktherapeutische Methode und Therapieziele werden mit der zuständigen Oberärztin besprochen.

Unterschiede zwischen ambulanter Musiktherapie und Musiktherapie in der (teil)stationären Komplexbehandlung

Frequenz: Die (teil)stationäre Komplexbehandlung ist gekennzeichnet durch eine hohe Therapiedichte: an fünf Tagen pro Woche täglich mehrere unterschiedliche Einzel- und Gruppentherapien. Musiktherapie findet je nach individuellem Setting mindestens einmal, für die meisten Patient*innen mehrmals pro Woche statt. Die ambulante Musiktherapie findet für Gruppen 14-tägig, Einzeltherapie i.d.R. einmal im Monat statt.

Beteiligte Personen, therapeutische Angebote, Perspektivenvielfalt: In der (teil)stationären Komplexbehandlung trägt die Musiktherapeutin einen Teil zur Gesamtbehandlung bei. Sie ist eingebunden in ein multiprofessionelles Team mit den Kolleg*innen der anderen beteiligten Therapien (psychoanalytisch-interaktionale Einzel- und Gruppenpsychotherapie, eine weitere Kreativtherapie, Sozialtherapie, ärztliche und pflegerische Versorgung, Imagination und Entspannungsverfahren, Sport- und Physiotherapie). Aus dem Team erhält die Musiktherapeutin ergänzende Informationen, diagnostische Einschätzungen, Austausch, Entlastung und Unterstützung für ihre musikthera-

peutische Arbeit. Das Team wirkt damit auch als wertvolles Korrektiv. Im ambulanten Setting führt die Musiktherapeutin, nach Absprache mit der ärztlichen Vorgesetzten, die Therapien eigenständig durch. Der Beobachtungsausschnitt der Therapeutin ist begrenzt auf die ambulanten Musiktherapiesitzungen. Allein daraus muss sie ihre Einschätzungen und Interventionen ableiten.

Für die Patient*innen gilt vergleichbares: In den (teil)-stationären Komplexbehandlungen sind sie Teil der Patientengemeinschaft, lernen sich gegenseitig sehr persönlich kennen und tauschen sich aus. Sie nehmen an unterschiedlichen Einzel- und Gruppentherapien teil, in denen sie ihre Erfahrungen und Probleme weiter verarbeiten können. Sie machen vielfältige Erfahrungen mit Mitpatient*innen, mit verschiedenen Therapiemethoden, Settings und Therapeutenpersönlichkeiten, die ihnen täglich zur Verfügung stehen.

Im Setting ambulanter Einzel- und Gruppenmusiktherapie steht den Teilnehmer*innen dieser haltgebende Rahmen, diese Vielfalt an Erfahrungen, Beziehungsmöglichkeiten und Perspektiven nicht zur Verfügung. Sie haben ausschließlich mit der Musiktherapeutin und innerhalb ihrer ambulanten Gruppe miteinander Kontakt.

Anforderungen an Patient*innen und Therapeutin

Das ambulante Behandlungssetting stellt sowohl an die Patient*innen als auch an die Therapeutin andere Anforderungen. Die Patient*innen müssen die ambulante Therapie in ihren Lebensalltag integrieren, der andere, konkurrierende Anforderungen und Anreize an sie richtet, und den sie weitgehend auf sich gestellt bewältigen müssen. Das niederfrequente Setting erfordert die Fähigkeit zur Objekt Konstanz, d.h. die Fähigkeit, sich

zwischen den Sitzungen an die Menschen und Erfahrungen in der ambulanten Therapie differenziert zu erinnern, sich damit zu verbunden fühlen und sie als wertvoll empfinden zu können. Die ambulanten Gruppen sind meist heterogene Gruppen. Im 14-tägigen Setting dauert es sehr viel länger, bis sich eine ausreichend gute Gruppenkohäsion entwickelt. Die Patient*innen müssen eigenständig verarbeiten, was sie in der ambulanten Therapie erlebt haben. Die Erfahrung von Zusammenhängen zwischen den Sitzungen, von Kontinuität und Entwicklung im Verlauf der ambulanten Therapie ist für die Teilnehmer*innen schwerer wahrnehmbar.

Auch an die Musiktherapeutin stellt das ambulante Setting andere Anforderungen. Sie arbeitet eigenständig und ist in der Durchführung und Reflexion ihrer Arbeit auf sich gestellt. Die Patient*innen richten an sie als ihre Therapeutin ihre unterschiedlichen Probleme und Fragen. Die Musiktherapeutin muss beurteilen und damit umgehen, welche Themen können musiktherapeutisch bearbeitet werden, und welche Fragestellungen müssen die Patient*innen an andere Therapeuten, Berater und Helfer richten (z. B. die zuständige Oberärztin, externe fachärztliche Versorgung oder Psychotherapie, sozialtherapeutische Beratung).

Methoden, Vorgehensweisen und Settings in der ambulanten Musiktherapie

Musiktherapie kann mit unterschiedlichen Methoden beitragen zu unterschiedlichen Therapieprozessen und Therapiezielen: stabilisierend, ressourcenorientiert oder aufdeckend und konfrontativ.

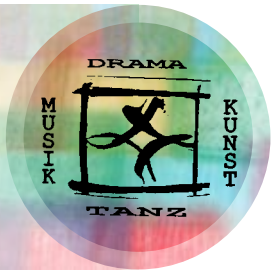
Strukturierte musiktherapeutische Methoden ermöglichen, dass Patient*innen in einem halt- und sicherheitgebenden therapeutischen Rahmen bestimmte

Fähigkeiten einüben können. Damit sind diese Methoden ausschließlich ressourcenorientiert und wirken stabilisierend. Strukturierte musiktherapeutische Methoden sind die Trommelgruppe und die Gruppe therapeutische Stimmbildung/Singen. Beispielhaft wird hier die Trommelgruppe vorgestellt.

Strukturierte und ressourcenorientierte Methode Trommelgruppe

Die Trommelgruppe ist eine Leiter-zentrierte übende Gruppe mit strukturiertem Ablauf. Schrittweise werden Rhythmen erarbeitet, die schwieriger sind, als dass die Teilnehmer*innen sie auf Anhieb spielen könnten. Durch Wiederholen, Üben und Kombinieren von einfachen mit komplexeren Formen können Teilnehmer*innen mit ganz unterschiedlichen musikalischen Möglichkeiten integriert werden. Die Patient*innen erleben, in der Regel positiv, Teil einer Gemeinschaft zu sein, beizutragen und getragen zu werden. Die Übungsvorgänge erfordern Konzentration und Fokussierung der Aufmerksamkeit.

Die Patient*innen sind herausgefordert, ein Stück Anstrengungsbereitschaft und Durchhaltevermögen aufzubringen. Damit wirken diese Übungsvorgänge den Konzentrationsproblemen und Antriebsstörungen entgegen, unter denen viele Patient*innen krankheitsbedingt leiden. Zugleich geht es auch um einen freundlichen und gelassenen Umgang mit eigenen Unvollkommenheiten statt überhöhter und unrealistischer Leistungsanforderungen an sich selbst. Der für die Teilnehmer*innen erkennbare Fortschritt und Zugewinn von neuen Fähigkeiten stärkt den Selbstwert und macht Freude. Die Teilnehmer*innen erleben ihr Können im Vergleich zu den anderen und können daran ihre Selbsteinschätzung überprüfen. Rhythmus wirkt spannungsregulierend, anregend und aktivierend, unter-



stützt aber auch die Impulssteuerung und den Spannungsabbau durch kanalisierte Expression. Einen Rhythmus aktiv mit zu vollziehen wird meist als Einheit von Denken, Fühlen und Handeln (Synchronisierung unterschiedlicher neuronaler Netzwerke) positiv erlebt.

Zusammengefasst: Die strukturierte Trommelgruppe wirkt selbstwertstärkend, ressourcenorientiert und stabilisierend. Von außen gesehen erscheint die Methode eher pädagogisch. Mit dieser Vorgehensweise werden jedoch therapeutische Ziele verfolgt.

Minimalstrukturierte Methode freie Improvisation

In der aktiven interaktionellen Gruppenmusiktherapie wird mit freier Improvisation gearbeitet. **Minimal strukturiert bedeutet: so wenig Struktur wie möglich, soviel Struktur wie nötig.** Freie Improvisation als musiktherapeutische Methode kann regressionsfördernd, aufdeckend, konfrontativ und konfliktzentriert wirken. Musikalische Voraussetzungen, z. B. ein Instrument spielen können, sind nicht erforderlich. Die Grundregel für die Gruppenteilnehmer*innen lautet, Instrumente und einen Platz im Raum auszuwählen und zu spielen, den spontanen Einfällen, Impulsen und Ausdrucksbedürfnissen folgend.

Im Anschluss an die Improvisation tauschen sich die Teilnehmer*innen darüber aus, wie sie ihr eigenes Spiel und das der anderen erlebt haben, beschreiben die Improvisation und ihre Einfälle dazu. Weil aber im nicht vorhersehbaren Spielraum freier Gruppenimprovisation strukturell gestörte und traumatisierte Patient*innen rasch in früh geprägte Szenarien, Retraumatisierungen und unbewusste Muster des Selbst- und Beziehungserlebens geraten können, ist es die Aufgabe der Musikthe-

rapeutin, für ausreichende Steuerungsmöglichkeiten und den notwendigen Schutz zu sorgen. Dann bietet Gruppenimprovisation die große Chance, dass Unbewusstes sich aktualisiert, erlebt wird, schrittweise wahrgenommen wird und im Anschluss an die Improvisation versprachlicht, verstanden und integriert werden kann, und dass dadurch für alle Beteiligten progressive Entwicklungen in Gang kommen.

Modifikationen und Vorgehensweisen in der ambulanten interaktionellen Gruppenmusiktherapie

Einige Patient*innen sind auf Grund ihrer Störungen nur eingeschränkt gruppeneffizient. Freie Improvisation kann, wie oben beschrieben, regressionsfördernd wirken und viel auslösen. Auf dem Hintergrund der bereits genannten Unterschiede zwischen ambulanter Musiktherapie im Vergleich zum (teil)stationären Setting haben sich folgende **Modifikationen** als sinnvoll erwiesen: ein halbstrukturierter Ablauf und die Kombination aus minimalstrukturierten mit stabilisierenden Methoden (Anfangsrunde – stabilisierende Trommelrunde – Improvisation – Nachgespräch), ein Thema bzw. Spielvorschlag zur freien Improvisation und das Stop-Instrument als Sicherheit gebende Elemente sowie die Möglichkeit eines zusätzlichen Einzeltermins bei besonderem Bedarf.

Die Sitzungen dauern 90 Minuten und haben einen wiederkehrenden Ablauf. In der **Anfangsrunde** ist Raum für persönliche Erzählungen: Das aktuelle Befinden, Positives oder Belastendes aus den zurückliegenden Wochen, Nachträge zur letzten Sitzung, Themen, Wünsche oder Schwierigkeiten können in der Gruppe angesprochen werden. Damit ist die Gruppe ein Ort, Sorgen, Lasten und Veränderungswünsche miteinander zu teilen. Ziel der Anfangsrunde ist es, dass die Teilnehmer*innen sich

allmählich besser kennenlernen, etwas erfahren über die individuellen Lebenssituationen, Biografien und Probleme. Je mehr die Teilnehmer*innen Persönliches voneinander wissen, umso leichter können sie in der Gruppe gemeinsam an den Zusammenhängen arbeiten zwischen den musikalisch-spielerischen Erfahrungen im Hier und Jetzt und den individuellen Entwicklungszielen im realen Leben außerhalb der Therapie. Die Therapeutin nutzt die Anfangsrunde zur Einschätzung, inwieweit die Teilnehmer*innen stabil sind oder wer ggf. besondere Unterstützung braucht.

Nach der Anfangsrunde folgt eine kurze **Trommelrunde als stabilisierendes Element**. Ganz unabhängig davon, in welcher Verfassung die Patient*innen zur Gruppe kommen oder was sie in der Improvisation unvorhersehbar erleben werden, einen mehrfach geübten und vertrauten Rhythmus können alle mitspielen und dabei Orientierung und Sicherheit empfinden.

Improvisation mit Thema und „Stop-Instrument“ als Sicherheitgebende Elemente

Die Improvisation ist frei. Dennoch sind mit dem „Stop-Instrument“ und mit einem passenden Thema oder Spielvorschlag zur Improvisation Steuerungsmöglichkeiten verfügbar. Freie Improvisation wirkt aufdeckend und regressionsfördernd. Was entsteht, ist nicht vorhersehbar. Ein Thema oder Spielvorschlag zur Improvisation ist keine Aufgabe, die die Teilnehmenden im übenden Sinn umsetzen sollen. Themen oder Spielvorschläge zur Improvisation sind von der Therapeutin gedacht und können von den Teilnehmenden genutzt werden als Möglichkeit zum Einstieg und zur Orientierung, als Anregung für spielerische Erkundungen, als Impuls zur Förderung der Gruppenkohäsion und der Gruppendynamik (z. B. Konfliktspan-

nungen gestalten). Themen und Spielvorschläge können aus der Anfangsrunde hervorgehen, können Bilder oder einfache Formen sein. Während der Improvisation steht ein Stop-Instrument zur Verfügung für den Fall, dass jemand eine Überforderung, ein „Zuviel“, eine gefühlte innere Grenzüberschreitung erlebt. Die Empfehlung an alle, sich bei Bedarf zu schützen, ist das Gegenstück zur Grundregel, den spontanen Impulsen zu folgen.

Für alle ambulanten Patient*innen besteht die **Möglichkeit eines Einzeltermins bei besonderem Bedarf**. Allein die Möglichkeit wirkt stabilisierend. Schwierigkeiten, mit denen die Teilnehmenden sich noch nicht in der Gruppe, aber im Gespräch mit der Therapeutin öffnen können, werden so in die Therapie integriert. Drohende Krisen werden früher erkannt, geeignete Gegenmaßnahmen können rechtzeitig besprochen werden.

Individuelle Settings

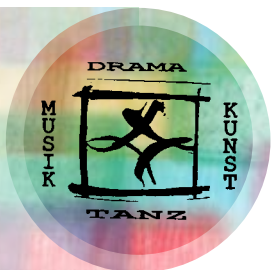
Die ambulanten Musiktherapiegruppen sind jedoch nicht für alle Patient*innen geeignet. Ambulante Einzelmusiktherapie kann beispielsweise indiziert sein für Patient*innen, die nicht gruppenfähig sind, oder wenn Gruppentherapien nicht geeignet sind, weil sie nicht zu den individuellen Therapiezielen passen.

Umgang mit besonderen Problemen

Im Workshop wurden exemplarisch einige Probleme angesprochen, die vorkommen können.

Unregelmäßige Teilnahme an der Therapie b.z.w. Therapieabbruch

Wenn Patient*innen häufig fehlen, nicht mehr kommen oder überraschend die Therapie beenden wollen, können unterschiedliche Gründe vorliegen. Hierzu einige Beispiele: Patient*innen haben in der Gruppe etwas Angst-auslösendes erlebt, mit sich selbst oder mit anderen,



können dies aber nicht zur Sprache bringen. Fehlende Objektkonstanz, also fehlender Bezug zwischen den Sitzungen zur Therapeutin, zum eigenen Therapiewunsch, zu den anderen Teilnehmenden und zu den Erfahrungen in der Gruppe, kann dazu führen, dass Patient*innen ihre Therapie zwischen den Sitzungen nicht mehr als wichtig oder gewinnbringend empfinden. Symptome wie Depressivität, Antriebsstörungen, Ängste oder Zwänge machen es den Patient*innen u. U. schwer, zur Therapie zu kommen.

Aus einem geringen Selbstwert heraus können sich Patient*innen nicht vorstellen, für die anderen wichtig und in der Gruppe gewollt zu sein. Die mangelnde Fähigkeit zur Selbstfürsorge kann zur Folge haben, dass Patient*innen ihre eigene Therapie vernachlässigen. **Problemlösung:** Wichtig ist, mit den Betreffenden, evtl. im Einzelgespräch, die Gründe für das häufige Fehlen zu klären und in der Gruppe zu thematisieren, dass, wer fehlt, sich selbst die Therapie vorenthält, einen Teil der gemeinsamen Gruppengeschichte versäumt und nicht zuletzt auch den anderen Gruppenteilnehmer*innen fehlt.

Hoher Bedarf an zusätzlichen Einzelterminen

Wenn Patient*innen häufig um zusätzliche Einzeltermine bitten, überschreiten sie damit die Möglichkeiten des ambulanten Settings.

Problemlösung: Mit den Betreffenden die Gründe für den besonderen Bedarf klären und ggf. ergänzende geeignete Unterstützungsmöglichkeiten empfehlen, wie z. B. Psychotherapie in einer niedergelassenen Praxis, fachärztliche Behandlung, spezielle Beratungsstellen, Betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten.

Umgang mit Krisen und Suizidalität

Wenn bei der Therapeutin der Eindruck entsteht oder wenn Patient*innen offen ansprechen, dass sie in einer Krise sind, möglicherweise auch mit suizidalen Tendenzen oder Absichten verbunden, ist es geboten, die Betreffenden anzusprechen, ihre krisenhafte Situation konkret zu klären und umgehend die ärztliche Vorgesetzte zu informieren und einzubeziehen, um mit ihr das weitere Vorgehen abzusprechen.



Workshop mit Marianne Bauer

Vorteile ambulanter musik-therapeutischer Nachbehandlung

Auf dem Hintergrund des breiten und differenzierten Angebotes unterschiedlicher therapeutischer Verfahren über die Institutsambulanz werden individuell besonders gut geeigneten Therapieverfahren ausgewählt. Dies gilt auch für ambulante Musiktherapie. Ambulante Musiktherapie bekommt, wer von diesem Verfahren gut profitieren kann.

Wenn zur Musiktherapeutin aus der (teil) stationären Behandlung bereits eine ausreichend tragfähige therapeutische Beziehung besteht, kann diese im ambulanten Setting weiter genutzt werden. Die Behandlungsdauer wird der Schwere der Erkrankung angepasst. Dies ist ein großer Vorteil für Patient*innen, die über längere Zeit eine stabilisierende oder eine entwicklungsorientierte Musiktherapie brauchen. Dadurch können langfristig wiederkehrende Krisen und Klinikaufenthalte reduziert oder vermieden werden.

Reflexion zum Spannungsverhältnis zwischen ökonomischen Grenzen, Behandlungsbedürftigkeit der Patient*innen, therapeutischer Beziehung und Grenzen der Therapeutin

Ökonomische Grenzen führen zu kürzeren (teil)-stationären Behandlungen und zu niederfrequenten ambulanten Settings (Gruppe 14-tägig und Einzeltherapie einmal im Monat). Kürzere (teil)stationäre Behandlungen bringen mit sich, dass einige Patient*innen noch nicht ausreichend in der Lage sind, ihr Leben wieder aus eigener Kraft zu bewältigen. Niederfrequente Settings sind für einige Patient*innen passend, für andere aber nicht. Manche Patient*innen sind durch den großen Abstand zwischen den Therapiesitzungen überfordert. Gruppenprozesse können sich nur sehr langsam entwickeln.

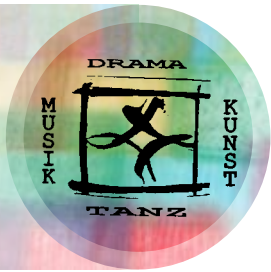
Die Behandlungsbedürftigkeit der Patient*innen realistisch eingeschätzt bedeutet: Auch nach einer guten (teil)-stationären Komplexbehandlung sind einige Patient*innen noch lange psychisch instabil, geraten wiederholt in Krisen und brauchen mehrere Jahre lang eine geeignete ambulante Nachbehandlung. Grundlage ist eine tragfähige therapeutische Beziehung, die sie allmählich als neue gute Beziehungserfahrung verinnerlichen können, anders als die vernachlässigten und schädigenden Beziehungen in der frühen Biografie. Damit die Therapie greifen kann, muss die Therapie in einem verlässlichen Setting, kontinuierlich, ausreichend oft und lange stattfinden. Außerdem muss die Therapeutin bereit sein, sich auf Beziehungsarbeit einzulassen.

Therapeutische Beziehung und Grenzen der Therapeutin

Die Therapeutin kann an ihre Grenzen geraten durch mehrfache Belastungen: Je schwerer gestört die Patient*innen sind, umso psychisch anstrengender ist die Musik-psychotherapeutische Beziehungsarbeit mit ihnen, z. B. auf Grund ihrer besonderen Bedürftigkeit, der mangelnden Fähigkeit zur Versprachlichung ihrer eigentlichen Schwierigkeiten aber auch durch belastende Gegenübertragungen, die sie bei der Therapeutin auslösen und die die Therapeutin verarbeiten muss.

Auswege

Es kann hilfreich und entlastend sein, **mit den Patient*innen zu sprechen über sinnvoll ergänzende Therapien und Unterstützungsmöglichkeiten**, wie Psychotherapie in einer niedergelassenen Praxis, fachärztliche Versorgung, sozialtherapeutische Beratung, Selbsthilfegruppen, betreutes Wohnen, Tagesstätten. Dadurch werden nicht die Therapieprozesse in der ambulanten Musiktherapie gefördert,



aber die ambulante Musiktherapie wird entlastet von Problemen, die hier nicht oder in der Summe nicht lösbar sind.

Ambulante Musiktherapie ist ein wertvolles Angebot für Patientinnen und Patienten, weil die **Therapiedauer am individuellen Bedarf orientiert** und nicht zeitlich begrenzt ist.

Hilfreich ist auch eine **ressourcenorientierte Haltung auf Seiten der Therapeutin**, d.h. die Ausrichtung darauf, die Ressourcen der Patientinnen und Patienten zu entdecken, zu aktivieren, nach zu entwickeln, und zu vermitteln, wie sie sie nutzen können, um ihre Schwierigkeiten schrittweise besser bewältigen zu können. Dazu kann Musiktherapie, dazu können Kreativtherapien bedeutsame Beiträge leisten.

Die dargestellten Inhalte wurden am **Fallbeispiel einer Gruppenmusiktherapie** veranschaulicht.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (Hrsg) (2014). OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber.

Bauer, M., Ito, S, (2015). Musiktherapie im tiefenpsychologischen Setting. Strukturbezogene Musiktherapie im Rahmen klinischer Komplexbehandlung. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.

Brisch, K. H. (2013). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 12., vollst. Überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V. (2014). Psychodynamische Psychotherapie. Musiktherapie. Bd. 13, Nr. 4. Stuttgart: Schattauer.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (Hrsg) (2010). Rhythmus. Musiktherapeutische Umschau; 31. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Dudzus K., Fak, H. (2014). Gruppenmusiktherapie. In: Stegemann, T., Fitzthum, E. (Hrsg). Wiener Ringvorlesung Musiktherapie. Grundlagen und Anwendungsfelder der Musiktherapie – ein Kurzlehrbuch. Wien: Praesens.

Moreau, D, von (2014). Musiktherapie in der Behandlung struktureller Defizite. Musiktherapeutische Umschau; 35: 192–200. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Münzberg, C. (Hrsg) (2010). Musiktherapie in der Psychosomatik. Wiesbaden: Reichert.

Plitt, H. (2013). Intersubjektivität erleben. Musiktherapie als Chance für Borderline-Patienten. Marburg: Tectum.

Plitt, H. (2014). Gewährwerden von implizitem Beziehungswissen in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau; 35: 287–301. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

Rudolf, G. (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 3., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Schmidt, H. U., Kächele, H. (2017). Musiktherapie. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hrsg). Uexküll. Psychosomatische Medizin. 8. Aufl. München: Elsevier.

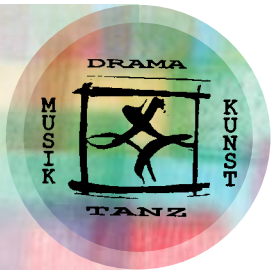
Streeck, U., Leichsenring, F. (2015). Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. 3., überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Strehlow, G. (2014). Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Gruppenmusiktherapie. In: Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (Hrsg). Mentalisierung und Symbolbildung in der musiktherapeutischen Praxis. Jahrbuch Musiktherapie, Bd. 10. Wiesbaden: Reichert.

Weymann, E. (2009). Improvisation und Musiktherapie. In: Decker-Voigt H-H, Weymann E (Hrsg). Lexikon Musiktherapie. 2., überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Wiesmüller, E. (2014). Traumaadaptierte Musiktherapie. Musiktherapie mit Erwachsenen, die an (komplexen) Traumafolgestörungen leiden. Wiesbaden: Reichert.

Wöller, W. (2015). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ressourcenbasiertes integratives Verfahren. Psychodynamische Psychotherapie; 14: 3–12. Stuttgart: Schattauer.



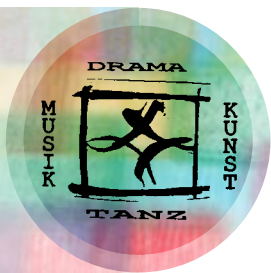
Kurz und gut?

Musiktherapie im Effizienzdruck Möglichkeiten und Grenzen musiktherapeutischer Behandlung mit psychiatrisch erkrankten Menschen



Gertrud Hopster, Dipl.-Musiktherapeutin (DMtG), Familientherapeutin, approbierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin (TP), LVR-Klinikum Düsseldorf, Schwerpunkt Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tobias Kranz, Musiktherapeut (M.A., DMtG), Diplom-Orchestermusiker, systemischer Familientherapeut, LVR-Klinikum Düsseldorf, Schwerpunkt Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie



Arbeitswirklichkeit im LVR-Klinikum Düsseldorf

Im ersten Teil des Workshops wurde nach einer einleitenden musiktherapeutischen Improvisationsform (*Duo in der Gruppe*) die aktuelle Situation im LVR-Klinikum Düsseldorf beschrieben:

Musiktherapie wird im LVR-Klinikum Düsseldorf in der allgemeinen Psychiatrie (stationär, tagesklinisch und ambulant), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (stationär und tagesklinisch), in der Gerontopsychiatrie (stationär und tagesklinisch), in der Psychosomatik (stationär, tagesklinisch und ambulant) und in der Forensik (stationär) angeboten. Beide Referent*innen arbeiten in der allgemeinen Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pro Gruppe ergeben sich bis zu zwei Behandlungseinheiten von einer Stunde in der Woche, die Gruppengröße beträgt 8–9 Patient*innen.

Es handelt sich um halboffene Gruppen. Die Verordnung der Therapien wird meist durch die behandelnden Ärzt*innen oder Psycholog*innen vorgenommen. Strukturell ist es nicht möglich, an allen Teamsitzungen teilzunehmen. Dies bedeutet,

dass Patientinnen und Patienten erst in der Gruppe kennengelernt werden, da es keine musiktherapeutischen Vorgespräche gibt. Insgesamt haben wir als Therapeut*innen weniger „Wissen“ über Patient*innen bzgl. der lebensgeschichtlichen Erfahrungen.

Es gibt diagnosespezifische Stationen, wie z. B. das Depressionszentrum. Die Gruppen dieser Stationen sind meist homogen im Krankheitsbild, jedoch nicht in der Schwere der Erkrankung. Auf anderen Stationen sind die Diagnosen gemischt. Das spiegelt sich auch in den Musiktherapiegruppen wieder. Insgesamt läßt sich sagen, dass wir überwiegend mit psychisch schwer erkrankten Menschen arbeiten, die nach OPD strukturelle Mängel im Bereich der Selbst- und Objektwahrnehmung, in der Steuerung der Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs, in der emotionalen Kommunikation nach innen und außen und im Bereich der Bindung an innere und äußere Objekte (Arbeitskreis OPD, 2014) haben.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Allgemeinpsychiatrie bei stationären Patient*innen liegt momentan bei



Workshopleitungen Gertrud Hopster (links) und Tobias Kranz (rechts daneben).

ca. 25 Tagen, tagesklinisch bei ca. 28 Tagen. Ambulante Patient*innen können an bis zu 20 Musiktherapieeinheiten teilnehmen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer bei stationären Patient*innen bei ca. 20 Tagen, tagesklinisch bei ca. 32 Tagen.

Aufgrund der verkürzten Behandlungsdauer gibt es in nahezu jeder Gruppe einen wöchentlichen Wechsel der Gruppenmitglieder. Prozesshaftes Arbeiten mit einem tiefenpsychologischen Ansatz ist so weniger möglich. Fokus in der Arbeit ist oft das „Hier und Jetzt“, Stabilisierung und Ressourcenförderung, die Arbeitsweise ist oft übungs- und erlebniszentriert. Tschuschke schreibt hierzu, dass wir es im Bereich der stationären Therapie vorrangig mit Patient*innen zu tun haben, die schwere strukturelle Defizite aufweisen und eine strukturierend-stützende Arbeit des Therapeuten benötigen. Optimalerweise wäre es nach Tschuschke zu empfehlen, dass diese Gruppen im geschlossenen Format durchgeführt werden, da so das „soziale System Gruppe“ in kurzer Zeit bessere therapeutische Potenzen entwickeln kann. (Tschuschke, 2003, S. 324) Auch Yalom schreibt: „Die kurze Therapiedauer und die Schwere der Pathologie erfordern von stationären Gruppentherapeuten einen strukturierten und stark unterstützenden Ansatz.“ (Yalom, 2005, S. 214)

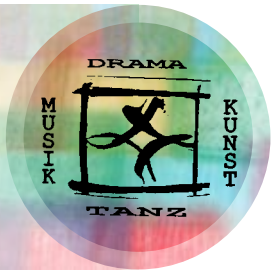
Im verbalen Teil der Therapien geht es vorrangig um strukturelle Fragen – in Korrelation zur Stärke der Störung der Patient*innen, wie zum Beispiel Medikation, Psychoedukation, Sinn und Zweck von Therapie, Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Therapie; also oft eher ein Hinführen zur Therapie als prozessorientiertes Arbeiten sowie biographisches Durcharbeiten. Dies spiegelt sich in den musikalischen Interven-

tionen wieder. Therapeut*innen sind als strukturgebende Elemente deutlich mehr gefordert. Auch während freier Improvisationen ist das Bedürfnis nach Struktur in der Gegenübertragung spürbar und daher notwendig. Durch die hohe Fluktuation sind Patient*innen eher auf die Gruppenleitung fixiert, eine Interaktion untereinander zur Belebung der Gruppendynamik ist daher eine der weiteren wesentlichen Ziele der Therapie. Hier ist das Medium ein wunderbarer Katalysator, indem Patient*innen spielerisch in Kontakt treten können. Erst durch halt- und sicherheitsgebende Interventionen der Gruppenleitung können neue Spielräume eröffnet werden. Die Länge der Interventionen haben sich verkürzt, dies korreliert mit der Ich-Schwäche von Patient*innen. Dadurch sind innerhalb einer Therapieeinheit mehrere musikalische Interventionen möglich und sinnhaft.

„Handeln und Wahrnehmen, Erleben und Reflektieren, gehört werden und Antwort erfahren – das passiert in jeder Musiktherapiestunde in jedem Setting in vielen unterschiedlichen Interventionen. Hier liegt in der Tat der Unterschied zwischen rein symptomzentriertem und tiefergehendem psychotherapeutischen Arbeiten in der Psychiatrie. Im besten Falle verknüpfen wir diese beiden Herangehensweisen in unserem therapeutischen Angebot.“ (Moreau, von, 2013, S. 175)

Therapie ist Beziehungserfahrung. Jede Therapieeinheit ermöglicht dadurch, heilsame neue Beziehungserfahrungen zu machen, sowohl mit der Gruppenleitung als auch mit Mitpatient*innen. Über diese meist positiven Beziehungserfahrungen werden Patient*innen an Therapie herangeführt und für weiterführende Therapien motiviert.

Yalom fasst die Ziele stationärer Gruppentherapie wie folgt zusammen: „Ermu-



Die Workshop Teilnehmenden bei der Reflexion.

tigung zur Teilnahme an einer ambulanten Nachsorgetherapie, die Erkenntnis, dass reden hilft, das Aufspüren von Problemen, die Teilnahme am psychotherapeutischen Programm der Station, der Abbau von klinikspezifischer Angst“ (Yalom, 2005, S. 202)

Insgesamt hat sich die Verankerung im Gesamtbehandlungsteam verschlechtert. Verschiedene Faktoren sind hierfür ursächlich, wie zum Beispiel Ärztemangel, Rotation, Pflegekräftemangel, wenige Psycholog*innen, ein insgesamt hohes Arbeitsaufkommen in sehr unterschiedlichen Einsatzbereichen. Im Bereich der Kreativtherapie haben Kreativtherapeut*innen bei einer vollen Stelle teilweise über 100 Patient*innenkontakte in der Woche und versorgen wöchentlich bis zu 80 Patient*innen. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Teams hat sich insbesondere aufgrund von Zeit- und Strukturmangel verschlechtert, die Kommunikation verläuft oft über das KIS (Krankenhausinformationssystem) oder telefonisch.

Was bedeutet dies für Therapeut*innen?

„Als ich begann, stationäre Gruppen zu leiten, hatte ich, wie die meisten Gruppentherapeuten im Krankenhaus das Gefühl, die Gruppen gerieten außer Kontrolle, den Patienten gehe es zu schlecht, um von der Gruppenarbeit profitieren zu können, und ich selbst sei durch die hohe Patientenfluktuation überfordert.“ (Yalom, 2005, S. 328 f)

Durch die verkürzte Behandlungsdauer und die Fallzahl sind Therapeut*innen mit den Affekten der strukturschwachen Patient*innen konfrontiert, ohne dies in einen Sinnzusammenhang bringen zu können. Die Arbeit erfordert ein hohes Maß an Flexibilität, aber auch die Fähigkeit zur Strukturierung.

Als hilfreich erleben wir:

- Gute Anbindung an das Kreativtherapie team
- Schwerpunktsetzung in der eigenen Arbeit und dortige Teamteilnahme
- Supervision (sowohl im Team – als auch Einzelsupervision)
- Intervention
- LVR-Fachforum Musiktherapie

- Guter Umgang mit eigenen Ressourcen
- Verbalisierung von Grenzen
- Fortbildung, Weiterbildung
- Psychohygiene
- Und vieles mehr

Austausch über Erfahrungen

Auch der zweite Teil des Workshops wurde durch eine musiktherapeutische Improvisationsform (*Dirigentenspiel*) eingeleitet.

Im Folgenden ergab sich ein reger Austausch unter den Teilnehmer*innen über die jeweils eigene Berufswirklichkeit. Effizienz zeigte sich hier unter anderem durch veränderte Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, wie Vergrößerung der Stationen bei gleichbleibendem Personalschlüssel und damit erhöhter Zahl agitierter Patient*innen und vermehrten Krisensituationen. In einer Klinik werden beispielsweise Patientenkontakte jährlich erfasst und in ein Verhältnis zum Vorjahr gebracht. Auch im selbständigen Arbeiten erhöht sich der Druck, viele Patient*innen zu behandeln, um finanziell über die Runden zu kommen.

Ein oft beschriebenes Spannungsfeld zeigte sich in der Geringschätzung der eigenen Arbeit durch andere Berufsgruppen und der hohen Wertschätzung durch Patient*innen. Eine Teilnehmerin beschrieb das eigene Handeln innerhalb der Therapie als effizient, aufgrund der eigenen Erfahrungen und möglichen Intensität therapeutischer Interventionen, hier wurde eher der Begriff der Effektivität ins Spiel gebracht. Hingegen sei die Institution Klinik eher nur an der Menge der geleisteten Therapien interessiert, als an den therapeutischen Inhalten.

Als mögliche Formen des Umgangs mit veränderten Situationen und zur Absicherung der eigenen inhaltlichen Qualität

wurden zum Beispiel eine Veränderung der eigenen Arbeitsstruktur (Vorgespräche, Kennlerngruppe zum Heranführen an das Verfahren), aber auch das deutliche Aufzeigen von Grenzen genannt. Ein in mehreren Kliniken zu beobachtendes Phänomen sei der Kampf um Patient*innen, da sich die verschiedenen therapeutischen Angebote immer wieder überschneiden würden. Hier wurde auf die organisatorische Verantwortung der jeweiligen Leitung verwiesen.

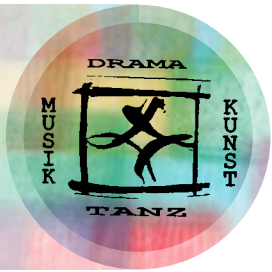
Zudem wurde die Bedeutung der Vernetzung in Behandlungsteams zur Indikationsstellung und damit effektiven Behandlung von Patient*innen mehrfach hervorgehoben.

Die abschließende Reflexion zeigte die unterstützende Wirkung des Austausches, da einige der Teilnehmenden an ihren Kliniken Einzelkämpfer seien und daher der Austausch über das eigene Arbeiten und die eigenen Methoden und Interventionen fehle. Einige Teilnehmende ermutigten die Gruppe, Spielräume innerhalb der eigenen Berufswirklichkeit zu nutzen, um die eigene Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und um die Effektivität der eigenen Arbeit gewährleisten zu können. Dazu gehöre es auch Grenzen zu setzen und diese eventuell durch die Hierarchien hindurch zu kommunizieren.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (2014): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Verlag Huber, Bern, 3. überarbeitete Auflage.

Moreau von, Dorothee (2013): Zwischen symptomzentriertem Arbeiten und dem Anspruch tiefenpsychologisch orientierter psychotherapeutischer Behandlung – zu den Möglichkeiten und Grenzen der Musikthe-



rapie in der Psychiatrie. Jahrbuch Musiktherapie, Band 9, S. 159–177, Dr. Ludwig Reichert Verlag, Wiesbaden.

Tschuschke, Volker (2006): In Hiller et al., Lehrbuch der Psychotherapie, Band 2 Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie, S.324, CIP-Medien, München, 3. Auflage.

Yalom, Irvin (2005): Im Hier und Jetzt, Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. btb Verlag, München, 4. Auflage.

Liebe auf den ersten Blick? Das positive Spannungsfeld zwischen Dramatherapie & Schematherapie

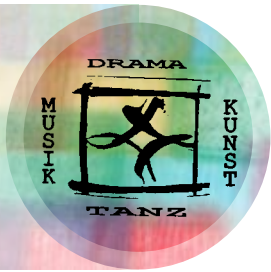


Katrin Bange ist Dramatherapeutin (M.A.) und arbeitet seit 15 Jahren mit verschiedenen Zielgruppen in den Bereichen Psychiatrie und Suchtbehandlung in den Niederlanden. Seit drei Jahren arbeitet sie in ihrer eigenen Praxis.

Dort behandelt sie unter anderem Patientinnen und Patienten mit Cluster C und B Persönlichkeitsstörungen, wobei sie die Schematherapie in die Dramatherapie integriert. Nicht nur die Integration verschiedener Therapieformen, sondern auch die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten hat in ihrer Arbeit einen großen Stellenwert.

Katrin Bange hat sich unter anderem in den folgenden Bereichen fortgebildet:

Systemtherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Voice Dialogue und Schematherapie.



In den Niederlanden leiden 13,5 % der allgemeinen Bevölkerung und 60,4 % der psychiatrischen Patient*innen an einer Persönlichkeitsstörung (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (LSMR GGZ), 2008). Aufgrund komorbider Probleme, wie Angst- und Stimmungsstörungen, wird die Persönlichkeitsstörung oft spät erkannt. Diese komorbiden Probleme sorgen für hohe gesellschaftliche Kosten (Feenstra & Hutsebout, 2014). Behandlungen von Cluster C Persönlichkeitsstörungen gestalten sich oft schwierig. Patient*innen setzen maladaptive Bewältigungsstrategien ein, um mit ihren Emotionen umzugehen. Diese sind kurzfristig sehr effektiv und dadurch in der Therapie schwer zu durchbrechen (Arntz, 2012; Young, Klosko, & Weishaar, 2005).

Schematherapie wurde für Patient*innen entwickelt, die nicht ausreichend von kognitiver Verhaltenstherapie profitieren (Fassbinder, Erkens und Jacob, 2016). Sie wird als eine effektive Behandlungsform von Persönlichkeitsstörungen gesehen (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2016, LSMR GGZ, 2008), sowie auch von Achse 1 Störungen, denen Persönlichkeitsprobleme zu Grunde liegen (Young, Klosko, & Weishaar, 2005; Bamelis, Giesen-Bloo, Bernstein, & Arntz, 2008). Schematherapie ist zudem eine kostengünstige Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen, 2016), wobei Schematherapie im Gruppenverband als eine besonders kosteneffektive Behandlung gesehen wird (Arntz, 2016; Lokkerbol, Lokman, Janssen, Evers, & Smit, 2016).

In der Literatur findet man Hinweise darauf, dass Dramatherapie, durch die Kombination von kognitiven, verhaltenensorientierten und emotionsorientierten Techniken, viele Gemeinsamkeiten mit der

Schematherapie hat, wobei die Dramatherapie ein größeres Repertoire an emotionsorientierten Techniken vorweisen kann (Günther, Blokland, Van Mook, & Molenaar, 2009; LSMR GGZ, 2008). Diese spielen in der Schematherapie eine wichtige Rolle, um Schemata und Modi bearbeiten zu können (Arntz, 2016; Muste, Weertman & Claassen 2009; Weertman, 2012). In Abbildung 1 werden die Gemeinsamkeiten der beiden Therapieformen schematisch dargestellt.

Die Integration der Dramatherapie in eine schematherapeutische Behandlung kann den Behandlungseffekt möglicherweise vergrößern, da die Interventionsmöglichkeiten auf dem Gebiet der erfahrungsgereichten Therapiearbeit stark ausgebaut werden. Auch in der Literatur wird die Kombination und Integration von Dramatherapie und Schematherapie beschrieben und wertgeschätzt (Dun, 2014; Günther, Blokland-Vos, van Mook, 2008; Grunsven 2009; Muste, Weertman & Claassen, 2009; Meulders, 2015; Smallegoor & Vojtechovsky, 2015; Van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011). Es war jedoch noch nicht erforscht, wie Dramatherapie und Schematherapie in einem Gruppenangebot integriert werden können und wie diese Kombination von Patient*innen und Therapeut*innen erfahren wird. Hat diese Liebe eine Zukunft?

Als Ausgangspunkt des bei der LVR-Tagung 2017 angebotenen Workshops, dienten die Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojektes. In dieser Studie werden die Erfahrungen von Patient*innen und Therapierenden mit einem integrierten Gruppenangebot in der Behandlung von Patient*innen mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen untersucht. Dieses Gruppenangebot wird von einer Dramatherapeutin und einem Psychotherapeuten gemeinsam durchgeführt.

BEHANDLUNG

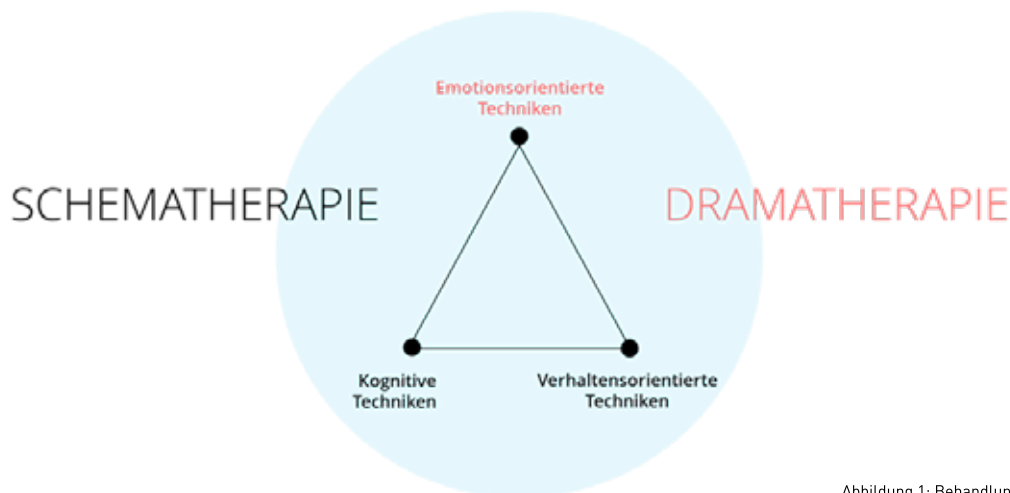


Abbildung 1: Behandlung

Ziel der Studie ist das Verbessern des Behandlungsangebotes für Patient*innen mit Cluster C Persönlichkeitsproblematik durch das Erforschen von Erfahrungen von Patient*innen und Therapierenden mit einer integrierten Gruppentherapie.

Die Fragestellung dieser Studie lautet: „Wie erleben Patient*innen mit Cluster C Persönlichkeitsproblematik und ihre Therapierenden in der selbstständigen Praxis die Startphase der ambulanten Gruppentherapie, in der Dramatherapie (DT) und Schematherapie (ST) integriert angeboten werden?“ Als Teilfragen wurden gestellt: „Wie kombinieren die Therapierenden beide Therapieformen?“, „Wie erleben die Patient*innen und Therapierenden die Kombination von DT und ST?“, „Welche Effekte der Behandlung werden von Patient*innen und Therapierenden wahrgenommen?“ und „Welche Interventionen erfahren die Patient*innen und Therapierenden als wirksam im Bezug auf die wahrgenommenen Effekte?“

Um diese Fragen zu beantworten und Einsicht in die Variation an Erfahrungen der Befragten zu bekommen, wurde ein praxisorientierter, qualitativer Ansatz gewählt. Die Untersuchungsstichprobe bestand aus vier Patient*innen und ihren zwei Therapierenden. Außerdem wurden

drei Expert*innen inkludiert, die als Therapeut*innen langjährige Erfahrung mit der Integration der zwei Therapieformen in der Gruppenbehandlung von Cluster C Persönlichkeitsstörungen haben. Die Datenerhebung erfolgte anhand von semistrukturierten Interviews, Audio-registationen der Therapienachbesprechungen durch die Therapierenden und Arts Based Interventionen während der Interviews mit Patient*innen. Alle gewonnenen Daten wurden transkribiert. Das Forschungsdesign bestand aus Elementen der Grounded Theory Methodologie nach der Interpretation von Boeije (2014), und Arts Based Research (Barone & Eisner, 2012).

In einem iterativen Prozess der Datenerhebung und -analyse wurden Kernthemen und Subthemen gefunden und miteinander in Beziehung gesetzt. Um die Ausdrucksmöglichkeiten der Patient*innen zu vergrößern wurden bei der Datenerhebung Arts Based Interventionen eingesetzt. Die Datenauswertung der Transkriptionen erfolgte anhand der Phasen: offene Kodierung, axiale Kodierung und selektive Kodierung und wurde mit Hilfe des Computerprogramms „MaxQDA“ durchgeführt. Um die Glaubwürdigkeit der Studie zu verstärken, wurden Maßnahmen getroffen, wodurch die Transparenz

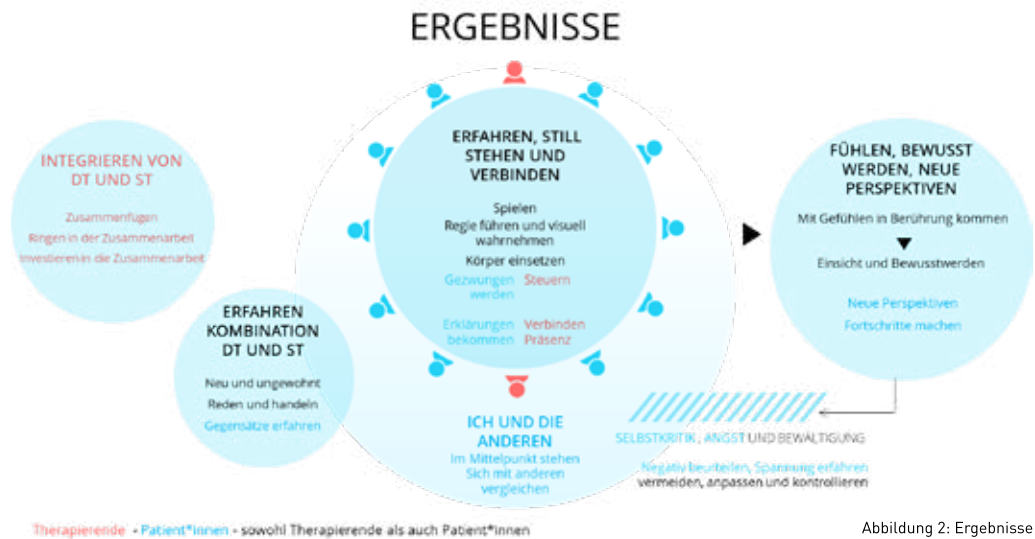
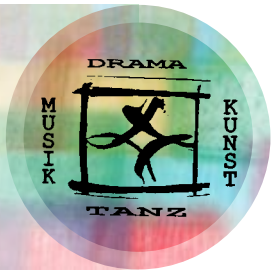


Abbildung 2: Ergebnisse

der Datenerhebung und -auswertung vergrößert und Perspektiven von außen miteinbezogen wurden: Member checking, Thick Description, Constant Comparison, Peer Review, Bracketing (Frambach, van der Vleuten, & Durning, 2013). Die Datenauswertung führte zu sechs Kernthemen und dazugehörigen Subthemen, die in Abbildung 2 schematisch wiedergegeben werden.

Das Thema „Integrieren von Dramatherapie und Schematherapie“ behandelt, wie die Therapierenden die Theorie der Schematherapie in die dramatherapeutischen Arbeitsformen integrieren, wobei sie auch viel Wert auf Psychoedukation legen. Es gibt in der Therapie keine feststehende Rollenverteilung, wodurch die Therapierenden auch „Ringen in der Zusammenarbeit“ und Spannungen erfahren. Die Dramatherapeutin legt mehr Wert auf das erfahrungsgerichtete Arbeiten und der Psychotherapeut hingegen auf das Reflektieren. Die Therapierenden investieren viel in die Zusammenarbeit, unter anderem durch Inter- und Supervision. Sie erfahren es als hilfreich, die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten, einen deutlichen gemeinsamen Fokus in der Sitzung zu haben und einander Freiraum zu geben. Das Thema „Selbstkritik, Angst und Bewältigung“ beschreibt die

Merkmale der Patient*innen, die Grund für die Anmeldung zur Therapie sind und die auch durch die Therapie beeinflusst werden. Patient*innen haben die Neigung, sich negativ zu beurteilen. Sie erfahren Spannungen und setzen Bewältigungsstrategien ein, bei denen sie unangenehme Gefühle vermeiden, sich an andere anpassen und versuchen, den Verlauf der Sitzungen zu kontrollieren.

Das Thema „Erfahren Kombination DT und ST“ gibt die Gefühle und Reflexionen auf die Kombination der beiden Therapieformen wieder. Sowohl Therapierende als auch Patient*innen erfahren diese Kombination als neu und ungewohnt. Sie schätzen die Kombination von Reden und Handeln und die Patient*innen benennen, dass gerade die Arbeitsformen, die sie als unangenehm erleben, für sie besonders wertvoll sind. Das Thema „Erfahren, still stehen und verbinden“ gibt die Elemente wieder, welche die Therapierenden und die Patient*innen im Kontext der Gruppe als wirksam erfahren: das Spielen von Rollen, Regie führen, den Körper einsetzen und Darstellungen von anderen visuell wahrnehmen. Die Patient*innen fühlen sich durch die dramatherapeutischen Übungen „gezwungen“, aus ihrer Komfortzone zu treten: ihren Körper und ihre Stimme einzusetzen, sich „sehen zu lassen“ und

Gefühle, die sie lieber vermeiden würden, wahrzunehmen. Dabei ist es für sie hilfreich, dass sie durch die Verknüpfung der schematherapeutischen Theorie mit Übungen aus der Dramatherapie auch theoretische Erklärungen bekommen. Die Therapierenden benennen, dass sie direktiv arbeiten, um die Vermeidungsstrategien der Patient*innen zu durchbrechen, wobei sie die theoretischen Konzepte mit den Übungen und Erfahrungen der Patient*innen verbinden. Zugleich sind sie unterstützend und aufmerksam anwesend.

Das Thema „Ich und die anderen“ beschreibt, was die Patient*innen im Kontakt mit der Gruppe erfahren. Sie beschreiben, dass die Spannung steigt, wenn sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen und sich selbst kritisieren, wenn sie beim Vergleich mit anderen von Meinungen, Gefühlen oder Erfahrungen der Gruppenmitglieder abweichen. Das Thema „Fühlen, bewusst werden und neue Perspektiven“ beschreibt die Wirkung der Therapie auf die Patient*innen. Sie kommen in Kontakt mit positiven und negativen Gefühlen, die auch durch die Therapierenden wahrgenommen werden.

Patient*innen bekommen Einsicht in die Entstehung und Instandhaltung der eigenen Problematik und werden sich ihrer maladaptiven Bewältigungsstrategien bewusst. Die Therapierenden bekommen mehr Einsicht in die individuelle Problematik von Patient*innen. Patient*innen erfahren, dass sie in der Therapie neue Perspektiven einnehmen können, wodurch sie sich weniger negativ beurteilen. Auch machen Patient*innen erste Fortschritte, wobei sie maladaptive Bewältigungsstrategien durch adaptivere Reaktionen ersetzen.

Schlussfolgerungen der Studie sind: Sowohl Patient*innen als auch Therapierende empfinden das Behandlungsangebot als wertvoll, da sich die beiden integrierten Therapieformen ergänzen. Die Erfahrungen von Patient*innen in den dramatherapeutischen Arbeitsformen scheinen durch die Verbindung mit der schematherapeutischen Theorie zu folgenden Auswirkungen der Therapie beizutragen: neu gewonnene Einsichten und das Bewusstsein für ihre eigene Problematik, die Fähigkeit, neue Perspektiven einzunehmen, und den erhöhten Kontakt mit Gefühlen.



Workshopleitung: Katrin Bange

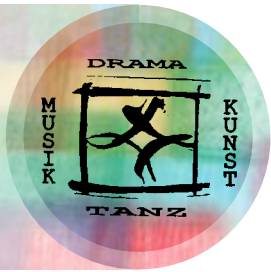


Abbildung 3: Schlussfolgerungen

Patient*innen erfahren durch die dramatherapeutischen Methoden erhöhte Spannung und wertschätzen, dass sie durch diese Methoden „gezwungen“ werden, neue Erfahrungen zu machen, mit Gefühlen in Kontakt zu kommen und sich in der Gruppe „sehen zu lassen“ und damit die Bewältigungsstrategien von Vermeidung, Kontrolle und Anpassung zu durchbrechen. Es ist zudem notwendig, dass die Therapierenden aus ihrer Komfortzone heraustreten, um für komplementäre Qualitäten der anderen Disziplin offen zu sein. Dies erfordert eine Investition in die Zusammenarbeit, bei der Kontakt, Offenheit und Koordination zentrale Themen sind. In Abbildung 3 werden die Schlussfolgerungen dargestellt.

Die wichtigste Einschränkung der Studie ist, dass die Datenerhebung nicht den gesamten Therapieprozess umfasst. Auch die Doppelrolle der Forscherin als Untersucherin und Therapeutin kann die Datenerhebung und Datenanalyse beeinflussen. Es wurden Maßnahmen getroffen, um diesen Einfluss einzuschränken. Ein starker Punkt der Studie ist die Datentriangulation; sowohl Perspektiven von Patient*innen, Therapierenden als auch Expert*innen wurden inkludiert.

Ein Einblick in die Praxis:

Nach der Präsentation des Forschungsprojektes und einer kurzen theoretischen Einführung in die Schematherapie, bekamen die Teilnehmenden die Gelegenheit, die Integration der zwei Therapieformen am eigenen Leibe oder in der Rolle der Zuschauer zu erfahren.

Die Teilnehmenden wurden eingeladen, in der Vorstellung zu einem Moment zurück zu gehen, in dem sie selbst eine Bewältigungsstrategie eingesetzt haben, um mit einer schwierigen zwischenmenschlichen Situation umzugehen. Diese Strategie wurde kurz im Spiel dargestellt und durch die Nachbarin oder den Nachbarn „gespiegelt“, wodurch sie auch noch einmal in der Zuschauerrolle visuell wahrgenommen werden konnte. Danach wurden die Teilnehmenden gebeten, die Emotionen, die sie in dieser Situation erfahren haben, in einer Körperhaltung, eventuell auch mit einem Geräusch oder einem Text, darzustellen. Auch diese wurden gespiegelt. Es wurde sichtbar, wie die innerlich erfahrene Emotion bei allen Teilnehmenden von der im Kontakt sichtbaren Emotion abwich.

Ein Beispiel: Ein Teilnehmer stellte seine freundliche Reaktion auf einen Kollegen



Workshopleitung Katrin Bange (Vordergrund)

dar, der ihn bei der Therapiearbeit störte (Bewältigungsstrategie: Unterwerfung). Die Emotion die er im nächsten Schritt der Übung sehen ließ, war aber keineswegs Freude, sondern Wut. Nachdem die Emotionen aller Teilnehmenden in der Darstellung sichtbar waren, fokussierten sich alle Teilnehmenden mit geschlossenen Augen auf die körperliche Erfahrung der eigenen Emotion und konnten wahrnehmen, dass diese oftmals mit Erfahrungen aus der Kindheit verknüpft sind, in denen wichtige Grundbedürfnisse nicht erfüllt wurden.

Grundbedürfnisse von Kindern:

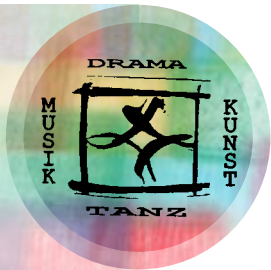
- Sichere Bindung zu anderen Menschen
- Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
- Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken
- Spontaneität und Spiel
- Realistische Grenzen (Young et.al., 2005)

In der Schematherapie wird bei so einer im Hier und Jetzt berührten „alten“ Emotion vom sogenannten Kindmodus gesprochen. Im Falle des oben genannten Teilnehmers (im Verlauf des weiteren Textes als Protagonist angedeutet) war die Wut verknüpft mit einer Erfahrung, in der die Bedürfnisse nach Autonomie und der Frei-

heit seine Gefühle äußern zu dürfen, nicht erfüllt wurden. Die anderen Gruppenmitglieder wurden gebeten, im Modus des „gesunden Erwachsenen“ eine Botschaft an den Kindmodus des Protagonisten zu senden, in der die Grundbedürfnisse nach Autonomie und Freiheit erfüllt werden.

Die Frage, die als Hilfestellung gestellt wurde, war: Welche Botschaft würde eine gute Mutter oder ein guter Vater in dieser Situation senden, um die Bedürfnisse des Kindes zu erfüllen? Der Protagonist bekam die Aufgabe, diese Botschaften, die spielerisch durch Haltung, Bewegung, Stimme etc. dargestellt wurden, zu empfangen. Der Protagonist konnte danach angeben, welche Botschaft auf ihn am passendsten und „heilsamsten“ gewirkt hat. Im Falle dieses Protagonisten waren die Botschaften hilfreich, die ihn darin bestärkten, dass seine Wut gerechtfertigt war und diese äußern zu dürfen. Wer weiß, wie er beim nächsten Mal reagiert, wenn ihn jemand bei seiner Therapiearbeit stört?

Der Workshop wurde mit einer gemeinsamen Reflexion auf die angebotenen Übungen abgeschlossen. Das positive Spannungsfeld zwischen Dramatherapie



und Schematherapie konnte von den Teilnehmenden erfahren werden und auch die Forschungsergebnisse bestärken die Annahme, dass diese Liebe eine Zukunft hat.

Eine Teilnehmerin des Workshops schreibt zurückblickend:

„Der Workshop hat das, womit ich grade „schwanger“ gehe, nochmal abgerundet: Kunsttherapeutisches Arbeiten mit Kindern und Erwachsenen, Einbeziehung szenischer und dramatischer Methoden, Arbeit mit inneren Anteilen und Kindern, die Wahrnehmung und Arbeit mit Gefühlen und die Beschäftigung mit den strukturierten und klaren Ansätzen der Schematherapie (und Ego-State-Therapie). Und auch an meine persönliche Entwicklung angedockt, meine Eigentherapie und meinen therapeutischen Werdegang. Danke dafür! Kompakt, praxisnah und klar.“

Literaturverzeichnis

Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. In J. Broersen, M. Nadort, & M. Vreeswijk (Red.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice*, First Edition. John, Wiley & Sons, Ltd.

Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie, Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*, 49, 194–207.

Bamelis, L., Giesen-Bloo, J., Bernstein, D., & Arntz, A. (2008). Effectiviteitsstudies. In M. F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Red.), *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 235–250). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Barone, T., & Eisner, E. W., (2012). *Arts based research*. Los Angeles: Sage Publications.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.

Blokland-Vos, J., Günther, G. & Van Mook, C. (2008). Je vak in schema's. Deel 1: Vaktherapie binnen een kader van vaktherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 17–23.

Blokland-Vos, J., Günther, G. & Van Mook, C. (2008). Je vak in schema's. Deel 2: Vaktherapeutische werkvormen binnen een kader van vaktherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3, 35–45.

Feenstra, D. J., & Hutsebout, J. (2014). De prevalentie, ziektelast, structuur en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 319–325.

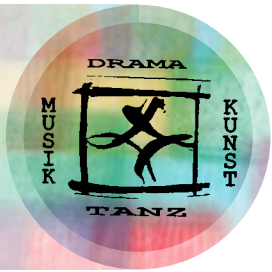
Florussen, R. (2012). Spelenderwijs bewust: De meerwaarde van dramatherapie volgens cliënten in de Dialectische Gedragstherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 3–9.

Frambach, M. J., Van der Vleuten, C., & Durning, S. J. (2013). AM last page quality criteria in qualitative and quantitative research. *Academic Medicine*, 88, 552.

Grunsven, J. (2009). Schemagerichte vaktherapie, hoe pas je dat toe? Kwalitatief onderzoek naar de integratie van schemagerichte therapie in vaktherapieën in de klinische en forensische psychiatrie. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Günther, G., Blokland-Vos, J., Van Mook, C., & Molenaar, J. P. (2009). Vaktherapie binnen klinische schematherapie. In E. Muste, A. Weertman & A. M. Claassen, *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2016). Factsheet: Persoonlijkheidsstoornissen, cluster C. Utrecht: Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen. Geraadpleegd op 9 oktober 2016 van www.kenniscentrums.nl/sites/default/files/publications/factsheet_clusterc_prof_web.pdf.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Lokkerbol, J. Lokman, S., Janssen, R. T. J. M., Evers, S., & Smit, F. (2016). Rendeert zorgonderzoek in de GGZ? Utrecht: Trimbos Instituut.
- Meulders, K. (2015). Een consensus based onderzoek over schemagerichte (psycho) dramatherapie voor de vermijdende, afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen binnen de ambulante zorg. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (2009). Handboek klinische schematherapie. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Smallegoor, F., & Vojtechovsky, J. M. H. (2015). Schemagericht spelen, schemagerichte behandeling binnen dramatherapie voor cliënten van 18–30 jaar met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: NVDT.
- Van den Broek, E., Keulen-De Vos, M. & Bernstein, D.P. (2011). Arts therapies and Schema Focused Therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 325–332.
- Van Dun, P. (2014). Schematherapie en psychodrama. In Gilhuis, H., De Laat, P., & Van Hest, F. (Red.). *Psychodrama in de praktijk: Therapie op de vloer* (pp. 235–250). Amsterdam: Hogrefe.
- Weertman, A. (2012). The Use of experiential techniques for diagnostics. In M.F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Red.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



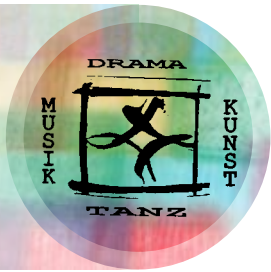
Zurückgeworfen auf das Nonverbale – Kunsttherapie/Kreativtherapien im transkulturellen Kontext



Nele Heriniaina

Nele Heriniaina, Studium der Diplom-Heilpädagogik mit dem Schwerpunkt Kunsttherapie. Seit 2011 Kunsttherapeutin in der transkulturellen Ambulanz des LVR-Klinikums Düsseldorf, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Themenschwerpunkt ist die Entwicklung und Durchführung kunsttherapeutischer Angebote für psychisch belastete Menschen mit Fluchthintergrund.



Im „Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Beziehung“ findet sich auch das Thema dieses Workshops, in welchem es um Aspekte des Nonverbalen bei kreativ-therapeutischen Angeboten im transkulturellen Kontext geht. So gilt es in der therapeutischen Arbeit mit Patient*innen, die wenig Deutsch sprechen, abzuwägen, wann im Sinne der Beziehung die Hinzuziehung von Sprach- und Integrationsmittler*innen (im Folgenden als SIM bezeichnet) sinnvoll ist, was aber andererseits auch einen Kostenfaktor darstellt. Daher müssen wir uns, die Qualitäten kreativer Therapien nutzend, auch im Sinne der Ökonomie Gedanken um erlebnis- bzw. handlungsorientierte Konzepte mit wenig Sprachinsatz machen und diese inhaltlich sinnvoll in bestehende Angebote einbauen.

Kreative Therapien, als handlungsbasierte Verfahren, kommen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zum Einsatz, in welchen verbale Sprache nicht (mehr) oder nur teilweise greift. Beispiele hierfür sind unter anderem Angebote für Menschen mit einer starken geistigen Behinderung (Niederprüm, 1996) oder Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz. Kommunikationsschwierigkeiten beziehen sich hierbei nicht nur auf die sprachlichen Fähigkeiten, sondern auch auf möglicherweise veränderte Denkmuster (Ganß, 2009). In diesen vielmehr heilpädagogischen Kontexten werden auch kreativtherapeutisch andere Konzepte eingesetzt, als in psychotherapeutischen Arbeitsfeldern (zu unterschiedlichen Ansätzen in der Kunsttherapie Menzen, 2003).

Im Unterschied zu bewusstseinsklaren Patient*innen mit wenig Deutschkenntnissen, müssen die oben genannten in der Regel in allen Lebensbereichen mit wenig verbaler Sprache auskommen. Im Idealfall haben sie bereits einen Weg zur nonverbalen Kommunikation gefunden oder sind

empfänglicher für andere Formen der Kontaktaufnahme. Auch stehen in diesen Arbeitsfeldern häufig andere Therapieinhalte und -ziele im Vordergrund.

Patient*innen, die lediglich eine andere Muttersprache sprechen, sind hingegen häufig genauso auf verbale Kommunikation ausgerichtet, wie deutschsprachige Patient*innen auch. Ein von Beginn an rein nonverbales Angebot kann hier zu Verunsicherung führen. Daher ist die Arbeit mit Sprach- und Integrationsmittler*innen – zumindest in bestimmten Phasen der Therapie – sinnvoll.

Im Rahmen des Workshops wurde daher sowohl Bezug genommen auf die Frage, wie viel Sprache in den Kreativtherapien eigentlich nötig ist, als auch der Einsatz von SIM im kreativ-therapeutischen Prozess thematisiert.

*Als Praxisbezug und Ausgangsperspektive für den Workshop dient das kunsttherapeutische Angebot im Rahmen der transkulturellen Ambulanz des LVR-Klinikums Düsseldorf. Hier gibt es kunsttherapeutische Gruppen für psychisch belastete Menschen mit Fluchthintergrund. Da sich die Patient*innen häufig in nach wie vor schwieriger Lebenslage befinden, arbeite ich in erster Linie stabilisierend und ressourcenorientiert (Heriniaina, 2013). Die Gruppen finden teilweise mit wenig Spracheinsatz statt und teilweise mit SIM.*

Die Workshopteilnehmenden vom 23.11.17 setzten sich aus verschiedenen kreativen Berufsgruppen zusammen und brachten zusätzlich die Perspektive der Musiktherapie und Tanztherapie mit ein. Sie arbeiten größtenteils in der psychiatrischen Regelversorgung, wo meistens keine speziellen Angebote für die Zielgruppe existieren. Hier begegnen sie Flüchtlingen mit wenig Deutschkenntnissen; häufig im Rahmen der stationären Krisenintervention und

sind auf der Suche nach hilfreichen Ideen für diese Situationen.

Zurückgeworfen auf das Nonverbale – wie viel Sprache benötigen Kreativtherapien?

Die fälschlicherweise häufig als nonverbale Therapien bezeichneten Kreativtherapien arbeiten, vor allem in psychotherapeutischen Zusammenhängen, doch sehr häufig mit sprachlicher Kommunikation. So ist das Gespräch und die Reflexion über den Prozess ein wichtiger Bestandteil der Therapie, um Erkenntnisse auszutauschen, Erfahrungen zu vertiefen oder Wirkweisen transparent zu machen (Wolf-Poschkamp, 2010).

Im Folgenden wird betrachtet, wie viel Sprache wir bei typischen Therapieabläufen aus Psychiatrie und Psychosomatik in der Regel verwenden und inwieweit diese auch anders umsetzbar sind. Diese Überlegungen sind teilweise hypothetisch, da Therapie mit Flüchtlingen in den seltensten Fällen rein nonverbal ist. Selbst in Gruppen, die ohne SIM stattfinden, können Patient*innen oft zumindest auf basale Sprachkenntnisse zurückgreifen.

Als Bestandteile klassischer kreativtherapeutischer Prozesse, lassen sich (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) folgende nennen:

Elemente des Therapieverlaufes sind:

- Gegenseitiges Kennenlernen,
- Erläuterung des Verfahrens,
- Therapieplanung/ Festlegen von Zielen,
- Beziehungsaufbau,
- Behandlung und gegebenenfalls eine Zwischenbilanz oder ein Abschlussgespräch.

Elemente einer Einzel- oder Gruppensitzung sind:

- Befindlichkeitsabfrage,
- Themenstellung,

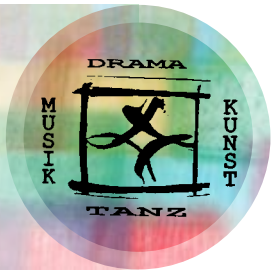
- Kreativer Prozess,
- Ggf. Anleitung im Material und das Gespräch über das Werk bzw. den Prozess.

Auf den ersten Blick benötigen alle diese Elemente verbale Kommunikation, abgesehen vom kreativen Prozess. Bei genauerer Betrachtung, lassen sich einige aber auch nonverbal durch Interaktion über Töne, Gesten und Symbole umsetzen, wie beispielsweise die Befindlichkeitsabfrage, die Themenstellung oder die Anleitung im Material.

Chancen und Grenzen

Die Befindlichkeitsrunde in Gruppen mit wenig Sprache mache ich häufig mithilfe eines Stimmungsbarometers mit Smileys. Hierbei haben Patient*innen mit mehr Sprachkompetenz und Redebedarf die Gelegenheit, zusätzlich etwas zu erzählen, aber auch Patient*innen mit wenig verbalen Ausdrucksmöglichkeiten werden einbezogen und wahrgenommen.

Der Klassiker für nonverbale Themenstellung ist der gedeckte Tisch, bei dem Patient*innen ein bestimmtes Material angeboten wird, indem es zuvor bereitgestellt wurde. Zum Kennenlernen kann man außerdem den Vorbefund und die eigenen Beobachtungen einbeziehen. Der Beziehungsaufbau wird mit der Zeit auch ohne Worte stattfinden – vielleicht braucht es mehr Zeit und das Risiko für Missverständnisse ist möglicherweise größer aber vielleicht ist es auch genau umgekehrt. Dies ist sicherlich situativ, individuell und auch krankheitsbedingt sehr unterschiedlich. Das kreativtherapeutische Verfahren zu erläutern wird ohne Sprache schwierig, aber es könnte ansatzweise über den Therapieverlauf hinweg erfahrbar gemacht werden. Mit der Sprache geht hier allerdings auch ein Teil Transparenz verloren. Therapeut*innen nehmen eine stärkere Rolle in der Therapieplanung



ein. Diese wird andernfalls im Sinne der Selbstermächtigung in enger Abstimmung mit der/dem Patient*in getroffen. Auch die Reflexion über den Prozess kann teilweise mit Hilfe von Symbolen/Gesten/Tönen erfolgen, wie beispielsweise über eine Resonanz-Gestaltung, auf welche die/der Patient*in dann wieder antworten kann. Rückmeldungen an wichtigen Stellen sollten wahrscheinlich besser direkt während des Prozesses gegeben werden, da mit wenig Sprache im Nachhinein manches nicht mehr nachvollzogen werden kann. Allerdings wird Reflexion dann schnell zu Intervention, welche den Prozess verändert.

Hier merke ich bei meinen Gruppen ohne SIM die stärkste **Einschränkung**. Patient*innen mit wenig Sprachkenntnissen können bei der Reflexion manchmal nur sagen, ob es gut oder schwierig war. Manchmal nutze ich auch hier das Stimmungsbarometer. Ich hätte als Therapeutin oft noch viele Fragen, die aber offenbleiben müssen. Im Großen und Ganzen bin ich häufig auf meine Beobachtungen während des Therapieprozesses angewiesen.

Trotzdem ist eine kurze Rückmelderunde am Ende der Gruppe meiner Meinung nach von großer Wichtigkeit. Auch wenn Patient*innen nicht viel sagen können, wird so jedes Werk einmal präsentiert und wahrgenommen. Die/der Patient*innen bestärken sich häufig gegenseitig durch ein „gut“, „schön“ oder aufmunternde Blicke. Auch wenn es in der Fachwelt teilweise kritisch betrachtet wird, solche wertenden Aussagen in Rückmelderunden zu fördern, ist es in den Gruppen mit wenig Sprache ein wichtiges Ritual zur Beziehungspflege.

Sprach-reduzierte Ansätze bergen auch Gefahren in sich. Kreative Medien überwinden oft schneller die kognitiven Schutzmechanismen und können so eine retraumatisierende Wirkung hervorrufen (Lücke, 2012). Es muss dann eine Möglichkeit gefunden werden, Patient*innen aufzufangen und zu begleiten, was ohne sprachliche Verständigung schwierig ist.

*Aus diesem Grund nehmen wir Patient*innen in der transkulturellen Ambulanz erst in die Gruppen mit wenig Sprache, wenn eine Diagnostik und Einführungsphase unter Hinzuziehung von SIM stattgefunden hat und uns Patient*innen mit ihrem Krisenpotential vertraut sind. Außerdem bleiben Therapieinhalte stabilisierend und ressourcenorientiert. Trotzdem kann es vorkommen, dass durch das kreative Medium Belastungen hervorgerufen werden. Wenn diese nicht im Rahmen der kunsttherapeutischen Gruppe aufgefangen werden können, muss der hausinterne Notfalldienst hinzugezogen und eine Möglichkeit zur sprachlichen Verständigung gesucht werden, beispielsweise durch muttersprachliche Kolleg*innen, einen telefonischen Übersetzungsdienst oder im Notfall Angehörige von Patient*innen. Eine solche Situation sollte im Nachhinein bei einem vorbereiteten Termin mit SIM besprochen werden.*

Trotz der benannten Schwierigkeiten wurde deutlich, dass Kreativtherapien ohne Sprache bzw. mit wenig Sprache durchaus umsetzbar sind, wenn das Format angepasst wird und die passenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Der Fokus liegt auf dem Handeln und Erleben. Reflexion und Austausch werden verringert und stark vereinfacht.

Es stellt sich daher die Frage, ob Kreativtherapien ohne Sprache dann auch wirksam sein können?

Aus diesem Grund werden nun einige Wirkfaktoren betrachtet. Diese wurden für den Workshop beispielhaft der Literatur zur Kunsttherapie entnommen, lassen sich aber nach Rücksprache mit den Workshopteilnehmenden aus den anderen Gewerken so auch für die Musik- und Tanztherapie benennen.

Es wurde auf folgende Wirkfaktoren Bezug genommen:

- Das Material/Das Instrument/die Bewegung gibt **Struktur**. Ein Prozess wird sichtbar/fühlbar.
- Nonverbale Kommunikation birgt **neue Ausdrucksmöglichkeiten**.
- Das Gestalten bietet **neue Erfahrungen** und Anknüpfungspunkte.
- Etwas mit den Händen zu tun hat eine **aktivierende Wirkung**, dies kann wohltuend sein und das Selbstwertgefühl stärken.
- Die Möglichkeit zum **symbolischen Probedeln hilft dabei**, die ohnmächtige Position zu verlassen.
- Das **gemeinsame Tun** ist manchmal einfacher als verbaler Austausch. So ist ein Erproben der Kontaktaufnahme möglich. (Heriniaina, 2013)

Die Betrachtung dieser Wirkfaktoren ergibt, dass sie alle dem kreativen Tun inhärent sind, also auch ohne sprachlichen Austausch zum Tragen kommen.

Beispiele aus Therapieprozessen und Reflexion

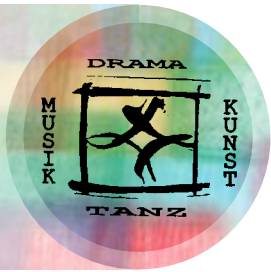
Um beispielsweise die Struktur des Materials zu erfahren, braucht es keine Sprache und ein sichtbar gewordener Prozess kann es manchmal sogar vereinfachen, mit Patient*innen nonverbal zu kommunizieren. So könnte ich zum Beispiel diese unabhängig voneinander entstandenen Baum-Bilder einer Patientin nebeneinanderlegen und schauen, ob eine Reaktion kommt. Ich könnte auch durch Gesten andeuten, wie der Baum gewachsen ist oder ein weiteres Papier anbieten.



Auch Kontaktaufnahme über das gemeinsame Gestalten funktioniert ohne Sprache, wie das Beispiel von zwei Gruppengestaltungen aus derselben Gruppe zeigt: Schwieriger ist es, symbolisches Probedeln ohne Sprache anzuregen.

derlegen und schauen, ob eine Reaktion kommt. Ich könnte auch durch Gesten andeuten, wie der Baum gewachsen ist oder ein weiteres Papier anbieten.





In vorliegendem Beispiel aus einer Therapie mit SIM wurde die Intervention



über Sprache eingebracht. Die stark traumatisierte Patientin malte in der Therapie spontan die Situation eines erlebten Übergriffes. Der Täter (rechts) ist im Begriff in ein Haus voller wehrloser Frauen einzudringen. Ich schlug (übersetzt mittels SIM) vor, man könne ja die Abgrenzung nach außen zum Täter hin verstärken. Dies griff die Patientin erleichtert auf. Sie umrandete das Haus in dunklem lila und fügte dann oben links zwei Helfer-Figuren ein, in Form von Polizisten, die durch die Hintertür dazu kommen.

Nonverbal hätte ich in diesem Beispiel das Installieren eines besseren Schutzes über symbolisches Probehandeln mittels eines Papierstreifens anregen können, der spielerisch auf das Bild gelegt und wieder weggenommen wird. Allerdings wäre die Voraussetzung dafür gewesen, dass ich das Bild als Darstellung des erlebten Übergriffs erkannt hätte.

Nonverbaler Ausdruck ist zwar selbsterklärender Weise ohne Sprache möglich, aber die Interpretation von Patientenbildern ohne ein Reflexionsgespräch ist mit größter Vorsicht zu behandeln. Es ist nicht davon aus zu gehen, dass die Bildsprache eine weltweit auf gleiche Weise verstandene Sprache ist (Wendlandt-Baumeister, 2014). Die/der Therapeut*in ist ohne Sprache vermehrt auf seine eigene Beobachtung zurückgeworfen und bekommt weniger deutliche Resonanz. Weiterhin fehlt bei einer sprachreduzierten Therapie die Möglichkeit, die genutzten Wirkfak-

toren transparent zu machen und somit zu verstärken.

Im obigen Beispiel habe ich zusätzlich erklärt: „Sie konnten in der Situation damals nichts tun, aber jetzt auf dem Bild haben Sie die Möglichkeit die Situation zu verändern. Diese Erfahrung verändert etwas in Ihrem Gehirn und Gefühlsleben und hilft Ihnen, sich wieder stärker zu fühlen.“ So eine Erläuterung hilft Patient*innen häufig, die Kunsttherapie als sinnhaft zu erleben und besser für sich nutzen zu können.

Insgesamt wird deutlich, dass Wirkfaktoren kreativer Therapien auch in nonverbalen Angeboten zum Tragen kommen, sich jedoch aufgrund fehlender Reflexionsräume teilweise wieder verlieren. Möglicherweise bedarf es in manchen Fällen einer verlängerten Therapiedauer und häufigerer Wiederholung von Erlebnissen, um eine ähnliche Wirkung zu erzielen, wie in einer sprachlich reflektierten Therapie. Dies bleibt zu überprüfen.

Kreativtherapien unter Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen

Wie bereits erläutert, würde ein von Beginn an rein nonverbales Angebot bei Patient*innen mit Migrations- und Fluchthintergrund zu großer Verunsicherung führen und möglicherweise auch von Desinteresse oder Missachtung seitens der Behandler*innen zeugen. Im transkulturellen Kontext empfiehlt sich der Einsatz von SIM auf jeden Fall im Vorgespräch, um das erste Kennenlernen zu vereinfachen und Patient*innen das kreativtherapeutische Verfahren zu erläutern. Insbesondere, da kreative Therapien nicht in allen Regionen der Welt vertreten und für Patient*innen mit Fluchthintergrund häufig unbekannt sind, ist es hilfreich, das Vorgehen und die Funktionsweise des Verfahrens verständlich zu erklären.

Durch Zuhilfenahme von SIM kann hier Gelegenheit für Rückfragen oder die Klärung von Unsicherheiten und anderen Anliegen gegeben werden. Auch für ein Reflexionsgespräch am Ende der Therapie oder ggf. eine Zwischenbilanz, ist der Einsatz von SIM sinnvoll. Selbst wenn der Therapieverlauf in der Zwischenzeit ohne Übersetzung stattgefunden hat, gibt es so am Ende noch einmal die Möglichkeit, Prozesse vertiefter zu besprechen und die Therapie zu einem guten Abschluss zu bringen.

Zur therapeutischen Arbeit unter Einbezug von SIM existiert einiges an Literatur (Kluge, 2017). Der LVR hat zudem im Jahr 2017 Flyer mit Praxistipps erstellt, welche im Verlauf des Workshops ausgeteilt wurden (vgl. www.klinikverbundprojekt-migration.lvr.de).

1. Empfehlungen für Gespräche unter Einbezug von SIM

Es wird empfohlen,

- Zeit für eine Vor- und Nachbesprechung einzuplanen.
- Zu Beginn des Gesprächs sollten SIM und Patient*in einander vorgestellt und auf die für alle geltende Schweigepflicht hingewiesen werden.
- Im Verlauf der Kommunikation ist der Blickkontakt zwischen Therapeut*in

und Patient*in als besonders wichtig heraus zu stellen, damit ein Beziehungsaufbau gut gelingen kann.

- Eine klare und einfache Ausdrucksweise,
- sowie ausreichend Pausen erleichtern die Übersetzung (Hegemann, 2017).

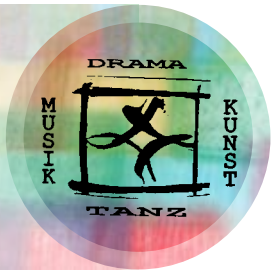
Zwei Aspekte der Arbeit mit SIM, die besonders relevant für kreative Therapien sind:

- Die Vollständigkeit der Übersetzung sowie der
- Umgang mit Beispiel-Gesten.

Generell sind SIM dazu angehalten, alles zu übersetzen und auch die kleinsten Rückfragen an den/die Therapeuten*in zurück zu geben. Erfahrungsgemäß kann es aber durchaus vorkommen, dass SIM Verständnisfragen von Patient*innen direkt beantworten. In kreativen Therapien spielt dies eine spezielle Rolle, weil hier häufig über konkrete Dinge kommuniziert wird, die auf den ersten Blick unwichtig erscheinen können. Da viele SIM nicht wissen, dass genau diese Dinge wichtige Elemente des kreativ-therapeutischen Prozesses sind, könnte hier vorschnell etwas verloren gehen. Dies sind kontinuierlich wichtige Inhalte für die Vor- und Nachbesprechung mit SIM. Ich habe mir außerdem angewöhnt,



Workshopleitung: Nele Heriniaina (rechts)



immer wieder nach zu fragen, wenn ich das Gefühl habe, dass ich etwas in der Kommunikation verpasst habe, und dann selbst noch einmal auf die Rückfrage einzugehen.

Ein zweiter Aspekt, der bei der Arbeit mit SIM zu beachten ist: Die Zeitverzögerung, wenn Therapeut*innen etwas mit den Händen (am Werkstück oder Instrument) zeigen und gleichzeitig erklären. Ich habe es schon erlebt, dass SIM sich auf die andere Seite neben Patient*innen gestellt haben, und das gleiche mit den Händen gezeigt haben. Dies ist natürlich ungünstig, Zum einen könnten Patient*innen sich eingeengt fühlen, und zum anderen zeigen SIM die Dinge natürlich nicht auf dieselbe Weise, wie fachlich versierte Therapeuten*innen. Es hat sich bewährt, mit den SIM abzusprechen, dass sie ein „so, wie Frau/Herr ... es zeigt“ einfügen und die/der Therapeut*in, sobald der eigene Name fällt, die Sache ein weiteres Mal demonstriert.

Die Beispiele zeigen, dass die Arbeit mit SIM durchaus einige Fallstricke beinhaltet und zunächst ungewohnt ist. Die Workshopteilnehmer*innen empfanden das Vorgehen als hölzern und tendierten dazu, nonverbales Arbeiten zu bevorzugen. **Und doch gilt es in manchen Situationen nicht nach dem „ob“, sondern dem „wie“** (Schröder & Joksimovic, 2017) **zu fragen**. Mit der Zeit findet sich eine Routine mit passenden Lösungen und es zeigen sich auch

Vorteile durch die Arbeit mit SIM

Beispielsweise kann das Erfordernis, klar und deutlich, sowie mit Pausen zu kommunizieren, zur Selbstreflektion von Therapeut*innen beitragen und helfen, die Dinge einfach (und auf den Punkt) auszudrücken. Weiterhin findet eine Entschleunigung des Therapieprozesses statt und während der Übersetzung gibt es immer wieder Gelegenheit, das eigene therapeutische Handeln zu überdenken.

Der Austausch mit der Gruppe während des Workshops zeigte, dass in regulären Therapieangeboten, die nicht speziell für Menschen mit Migrationshintergrund angelegt sind, SIM kaum genutzt werden. In den Kliniken des LVR-Klinikverbundes gibt es seit einiger Zeit die Möglichkeit, bei Bedarf SIM über spezielle externe Dienstleister zu bestellen, ohne dass Zusatzkosten für die eigene Abteilung entstehen. Finanziert wird dies über das LVR-Förderprogramm Migration. Bei den Kreativtherapeut*innen aus den LVR-Kliniken ist diese Tatsache allerdings weitestgehend unbekannt. Sicherlich stellt es auch eine neue und ungewohnte Herausforderung dar, die Arbeit mit SIM in bestehende Regelangebote zu integrieren.

Diskussion der Thematik in Bezug auf die Arbeitsfelder der Teilnehmenden und daraus resultierende Ideen

Ein Szenario, welches von den Workshopteilnehmenden geschildert wurde ist, dass Patient*innen ohne Deutschkenntnisse unangekündigt im offenen Angebot einer Station sitzen, aufgrund der großen Gruppe auch nonverbal kaum einbezogen werden können und nach einmaliger Teilnahme nicht mehr erscheinen. Natürlich können SIM nur einbezogen werden, wenn die betreffenden Patient*innen ausreichend früh angekündigt werden. Außerdem braucht es zusätzliche Zeitressourcen, für ein kurzes Vorgespräch mit SIM. Eine Anfangslösung für überraschend anwesende Patient*innen könnte eine

Begrüßungs-Karte

sein, die auf verschiedenen, häufig vorkommenden Sprachen zur Verfügung steht. Auf einer solchen Begrüßungskarte könnte in einfachen Worten erklärt werden, wie die kreative Therapie funktioniert. Patient*innen könnten ermuntert werden, einfach mit zu machen und ggf. zu signalisieren, wenn sie sich für den nächsten Termin eine*n SIM wünschen.



Workshopleitung: Nele Heriniaina

Ein weiteres geschildertes Szenario bezog sich auf eine Situation, in welcher die Herstellung des Kontaktes mit Menschen ohne Sprachkenntnisse kein Problem darstellte. Durch das kreative Medium konnten Patient*innen auch nonverbal gut einbezogen werden, wurden dann aber durch den direkten Zugang des Kreativen von Gefühlen überwältigt und konnten sich dann nicht verständlich machen.

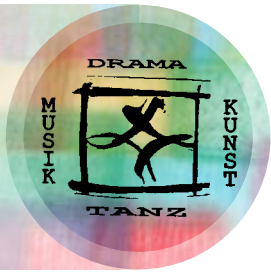
Aus der Diskussionsrunde ergaben sich Ideen zur Bereithaltung einer **nonverbalen Notfallintervention**, wie beispielsweise der Einsatz einer Klangschale, das Angebot eines Mandalas oder von Fühlbällen. Auch hier wäre es allerdings hilfreich, wenn SIM genutzt werden könnten, beispielsweise über einen telefonischen Übersetzungsdienst. Auch in einer solchen Situation könnte eine in verschiedenen Sprachen vorbereitete Karte, eine **Notfallkarte**, zum Einsatz kommen. Auf dieser könnte ein Gespräch mit SIM für den nächsten Tag in Aussicht gestellt werden. Weiterhin könnten Tipps zur Beruhigung angeregt werden, wie „atmen Sie ruhig“, „denken Sie an etwas, das Ihnen Freude macht“ etc.

Für Stationen, auf denen häufiger Menschen mit wenig Sprachkenntnissen aufgenommen werden (wie z. B. psychiatri-

schen Akut-Stationen), macht es auf jeden Fall Sinn, ein gesamtstationäres Einsatzkonzept für SIM zu erarbeiten. Es müsste überlegt werden, an welchen Stellen der Behandlung in welcher Form SIM eingesetzt werden und welche Alternativen an anderen Stellen genutzt werden. Es ist anzunehmen, dass die Kreativtherapien hier eher auf ihr nonverbales Potential zurückgreifen müssten. Trotzdem sollten Kreativtherapeut*innen auf ihren Bedarf an Sprache aufmerksam machen und nach Möglichkeiten schauen, die für einen guten Einstieg der Patient*innen ins Therapieverfahren sorgen und Belastungen auffangen können.

Zusammenfassend

lässt sich festhalten, dass Kreativtherapien durchaus auch ohne Sprache einsetzbar und wirksam sind, wenn Konzepte entsprechend verändert werden. In der Arbeit mit Flüchtlingen mit wenig Deutschkenntnissen empfiehlt es sich jedoch (trotzdem zumindest) teilweise Sprach- und Integrationsmittler*innen einzusetzen. Für die kreativ-therapeutische Arbeit mit SIM wurden Ideen entwickelt und es soll an dieser Stelle ausdrücklich dazu ermutigt werden, diese Arbeitsweise auszuprobieren.



Im Verlauf des Workshops wurde aber auch deutlich, dass Konzepte von Nöten sind, mit welchen Patient*innen mit wenig Deutschkenntnissen in bestehende Angebote der Regelversorgung in Kliniken sinnvoll behandelt werden können. Gerade in den Kreativtherapien ist dies eine wichtige Fragestellung, um nicht als nonverbaler Notnagel missbraucht zu werden, wo Patient*innen mit wenig Deutschkenntnissen untergebracht werden, ohne dass dann eine sinnvolle Behandlung ermöglicht werden kann. Andererseits gilt es, das handlungsbasierte Potential um die oben genannten Wirkfaktoren auszuschöpfen. Es muss herausgearbeitet werden, unter welchen Prämissen Kreativtherapien eben doch genau der Ort sind, wo Behandlung auch mit wenig Sprache und möglicherweise überschaubarem Kostenaufwand stattfinden kann und wie dies genau funktioniert. Die erarbeiteten Gedanken zu nonverbalen Aspekten und zur Arbeit mit SIM in den Kreativtherapien können hierzu hoffentlich hilfreiche Denkanstöße geben.

Bei möglichen Rückfragen zu meinem Workshop stehe ich gern zur Verfügung:
Nele.Heriniaina@lvr.de

Literaturverzeichnis

Ganß, M. (2009) Demenz-Kunst und Kunsttherapie. Saarbrücken: Prisma-Verlagsdruckerei.

Hegemann, T. (2017) Sprachliche Verständigung und Arbeit mit Dolmetscher (innen). In: Borcsa & Nikendei (2017) Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Stuttgart: Thieme. 45–53.

Heriniaina N., Schröder M., Joksimovic L. (2013) Kunsttherapie mit Flüchtlingen – Erfahrungen aus der ambulanten Arbeit. Ärztliche Psychotherapie 3: 163–169

Kluge, U. (2017) Psychotherapie mit Sprach- und Kulturmittlern. In: Graef- Callies & Schouler-Ocak (2017): Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer. 231–239.

Lücke, S. (2012): Tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie in der Behandlung traumabedingter Störungen. In: von Sprei M., Martius P., Förstl H. (Hrsg.) Kunsttherapie bei psychischen Störungen. Urban und Fischer, München 140–151.

Menzen, K.-H. (2003) Grundlagen der Kunsttherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2. Auflage.

Niederprüm, P.: Ausdruckstherapie – Basis für die künstlerische Arbeit von schwerst geistig behinderten Erwachsenen. In: Landschaftsverband Rheinland (1996): Kunst und Therapie im Rheinland. Köln: Kunstdruckerei Ziegler Beckmann, S.47–53.

Schröder, M. & Joksimovic, L. (2017) Institutionelle Einflüsse auf die psychotherapeutische Arbeit mit geflohenen Menschen. In: Borcsa & Nikendei (2017) Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Stuttgart: Thieme. 65–72.

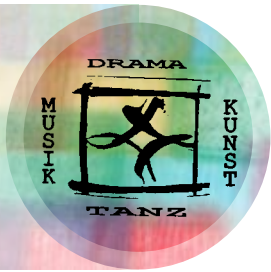
Wendlandt-Baumeister, M. (2014) Über das Vertraute hinaus. Ein Plädoyer für die künstlerisch-kunsttherapeutische Projektarbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Gruber, H., Rolff, H. (Hrsg.) Kunsttherapie und interkulturelle Verständigung. Berlin: EB-Verlad Dr. Brandt 61–80.

Wolf-Poschkamp, R. (2010) Kunst und Gestalttherapie im tiefenpsychologischen Setting. Vom Tun über das Sichtbar-werden zum Begreifen. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Schattauer, Stuttgart, New York, S 467–480.

Kunsttherapie – Kurz und knapp



Brigitte Biebrach-Schmitt, Jg. 1953, Kunstpädagogin, Kunsttherapeutin (grad. DFKGT), EMDR Therapeutin (EMDRIA), NLP Coach (DVNLP). Seit 1994 als Kunsttherapeutin in der LVR-Klinik Mönchengladbach, Nebentätigkeit in freier Praxis, Dozentin in der beruflichen Weiterbildung Kunsttherapie, „Kölner Schule für Kunsttherapie“.



„Kunsttherapie – kurz und knapp“

Wenn die Route neu berechnet werden muss, orientiert sich das Navigationssystem neu. Im Folgenden stelle ich zunächst den Ansatz einiger Autoren vor, bei denen ich gute Ideen zu effektiven therapeutischen Vorgehensweisen gefunden habe und die in ihrem Zusammenklang für mich eine Art Koordinatensystem bilden.

Einer Neuorientierung bedarf vor dem Hintergrund der gezielten Kürzung von Behandlungszeiten auch die klinische Kunsttherapie. Ich stelle dann Anwendungen kurzer und effektiver methodischer Ansätze vor, die sich bei meiner kunsttherapeutischen Tätigkeit in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene entwickelt haben.

Autoren, die kurze und effektive therapeutische Prozesse beschreiben

Der Gedanke der Kurzzeittherapie aus den 90ziger Jahren geht auf den Systemiker Steve de Shazer (Shazer de, 1992) zurück. Seine Interventionen waren kurz und knapp. Dabei wird der psychosoziale Kontext immer mitgedacht, die Gründe für zwischenmenschliche Konflikte werden nicht im Inneren der Patientinnen und Patienten verortet, sondern als ein komplexer Prozess innerhalb ihres sozialen Systems verstanden. Streng ressourcen- und lösungsorientiert, zirkulär fragend, wird die Selbstheilungskraft von Patient*innen – mit ihrem System – im Hier und Jetzt aktiviert.

Es wird nach den Ausnahmen gesucht, die einen Unterschied zur beklagten Symptomatik machen. Die Sprache der Therapeutin/des Therapeuten ist dabei metaphorisch reich und greift auch unmittelbar die sprachlichen Metaphern der Patient*innen auf. Sprachliche Generalisierungen werden kritisch auf ihren Wirklichkeitsgehalt hinterfragt. Interven-

tionen erfolgen sparsam und möglichst „angemessen ungewöhnlich“ (Anderson, 1991, S. 34), um thematische Trancen zu unterbrechen.

Irvin D. Yalom (Yalom, 1983) beschreibt in den 80ziger Jahren eine ein bis höchstens sechs Wochen andauernde vollstationäre psychiatrische Behandlungszeit in den USA. Sein Modell einer klinischen Gesprächsgruppentherapie setzt auf personelle Kontinuität und eine hohe wöchentliche Frequenz von Behandlungskontakten sowie einen konsequenten gruppenspezifischen interaktionellen Ansatz. Er empfiehlt dabei, in Abkehr vom psychoanalytischen Ansatz, den er allerdings für länger laufende ambulante Gruppen beibehält, nicht im Damals und Dort sondern, im Hier und Jetzt mit den Patientinnen und Patienten zu arbeiten.

Peer Abilgaard (Abilgaard, 2013) zeigt, wie eine stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen gelingen kann. Als jüngster der drei genannten Autoren trägt er dem derzeitigen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie Rechnung, der besagt, dass traumabedingte Störungen den Hauptteil der Beschwerden psychiatrisch erkrankter Patientinnen und Patienten verursachen. D. h. Stabilisierung, nämlich die konsequente Senkung des in der Krise aktivierten Stresslevels, ist die Aufgabe im psychiatrischen Krankenhaus. Durch imaginatives Arbeiten an inneren Bildern nach PITT (Reddemann, 2001, 2017) wird ein Gegensteuern gegen negatives belastendes Material möglich. Abilgaard empfiehlt die psychoedukative und interventionelle Vermittlung eines vielstimmigen Ich's nach der Ego State Therapie von Watkins (Watkins, Watkins, 2002).

Patient*innen können über das Gewahrwerden innerer unterschiedlicher Zustände auch vitale und kompetente Seiten an sich selbst bemerken, die sie mit der ausschließ-

lichen Fokussierung auf das Problemfeld nicht spüren könnten. Eine ständige wahrnehmungs- und achtsamkeitsfördernde Arbeit an den individuellen Ressourcen gehört zum Konzept.

Otto Hanus (Hanus, 2003) beschreibt die Vorteile der gegenstandsfreien Malerei in der Kunsttherapie. Beim objektfreien Malen und Zeichnen fließen Impulse aus der impliziten Verarbeitung direkt in die Feinmotorik der gestaltenden Hand. Eine kontrollierende Bedeutungszuschreibung, bezogen auf die aktuelle Erfahrungswelt von Patient*innen wird so vermieden. Dies gilt auch, wenn ein aktuelles Thema zum Bildanlass wird. Bei der Bildbesprechung fragt Hanus nicht nach dem Was, sondern nach dem Wie. Damit erreicht er bei Patient*innen eine suchende beschreibende Sprechweise. Die/der Malende bzw. Zeichnende versucht ihrem unmittelbar wahrnehmenden Fühlen nachzuspüren und unterläuft so auch sprachlich und mental gewohnte Bedeutungszuschreibungen. Der Zugang zu neuen Ideen, zu Einstellungen und Verhalten wird auf diese Weise erleichtert. Otto Hanus ist ganz den Zielen der Kognitiven Verhaltenstherapie verbunden, die dysfunktionale Denk- und Gefühlsmuster verändern will zugunsten einer verbesserten Bewältigung von Alltagsanforderungen.

Exkurs

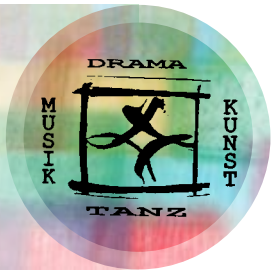
Die Weiterentwicklung der gegenstandsfreien Malerei nach 1945 zeigt beispielhaft, wie sich Künstler nach den Verheerungen des zweiten Weltkrieges vom „Gegenstand“ abwandten und nur in Abstraktion und Gegenstandsfreiheit das Unsagbare und Unfassbare dieses kollektiven Traumas darstellen und fassen konnten. Nach der Diskreditierung der realistischen Darstellung durch die propagandistische Vereinnahmung in der nationalsozialistischen Diktatur und durch den Abgrenzungswunsch gegen die begin-

nende Vorherrschaft der gegenstandsabbildenden Fotografie, wurde nach 45 das Ungegenständliche in der Kunst eine vielfach genutzte künstlerische Möglichkeit. Den Künstlern gelang es, über das Bild Erfahrungen zu vermitteln, die sich einer einfachen Bedeutungszuschreibung entziehen. Das sinnlich emotionale Nachspüren, ja das Eintauchen in Farben, objektfreie Formen und ihre Beziehungen wurde eine Betrachtungsform, die es erlaubt, Anmutungen, Zwischentöne und Ahnungen innerer Zustände zu erleben, die noch nicht entdeckt oder auch vermieden werden.

Die Kunsttherapie kann aus dem Kraftpool der Kunst rezeptiv und produktiv schöpfen. Selbstverständlich sind konkrete Darstellungsformen in der Kunsttherapie grundsätzlich unverzichtbar. In der therapeutischen Arbeit muss man ja unbedingt auch immer wieder „auf den Punkt kommen“, das heißt, zur Bewältigung des Alltags befähigen. Im Zusammenhang einer am Psychotrauma orientierten Therapie hier soll aber der Vorteil des Ungegenständlichen herausgestellt werden. Das Ungegenständliche kann die Spannweite zwischen Schrecken und energetischer Kräftigung umfassen. Dies hilft, bei entsprechender Strukturierung, traumatisches Material zu meiden, wenn Patient*innen in der Abwehr Unterstützung brauchen bzw. es hilft, eine Gleichzeitigkeit von positivem und auch negativem Erleben zu erreichen als der Vorbotschaft von verbessertem Befinden und vom Wiedererlangen von Kompetenzen.

Kunsttherapie im klinischen Kontext

Die bei den oben genannten Autoren beschriebene Effektivität in der Behandlung kommt dem heutigen allgemeinen Zwang zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen entgegen. Im Falle der Kunsttherapie sind hier meist klinisch psychiatrisch psychotherapeutische und psychosomatische



sowie beruflich rehabilitative Bereiche betroffen, in denen Behandlungen nach dem Willen der Kostenträger kürzer und knapper werden sollen. Die Frage ist: In welchem therapeutischen Kontext arbeiten wir als Kunsttherapeut*innen? Und was ist unser Beitrag als Teil eines multimodalen therapeutischen Angebotes?

In den klinischen und betreuenden Bereichen ist es meistens die kognitive Verhaltenstherapie, die für die Behandlungsstrategie federführend ist. Wir sind hier im besten Falle auf dem Wege zu einem Modell integrativer Psychotherapie, die sich zusätzlich verschiedene Elemente aus dem Systemischen, der Tiefenpsychologie und speziellen Traumatherapien zu eigen gemacht hat.

Da wir als Kunsttherapeut*innen in ein organisatorisches, konzeptuelles und kollegiales System in unseren Kliniken eingebettet sind, wird ein daran angepasstes und ergänzendes Vorgehen notwendig, wenn es ökonomisch knapper wird.

Therapieziel: Stabilisierung

An dieser Stelle sollten die allgemeinen Wirkfaktoren für Psychotherapie vergewärtigt werden, wie sie Klaus Grawe

(Grawe, 2000, 2004) als Verhaltenstherapeut, auch von den Anfang 2000 neu entstandenen Neurowissenschaften beeinflusst, formuliert hat:

- Eine gute Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in
- Ressourcengenerierung aus der Quelle der Fähigkeiten und Eigenheiten von Patient*in
- Probleme (Aufnahmearbeit) sollen im Prozess unmittelbar erfahrbar werden
- Bewusstwerdung der Motive des eigenen Erlebens und Verhaltens fördern
- Individuelle Lösungen zur Problembewältigung und ihre Kommunikation werden entwickelt

Für das Therapieziel Stabilisierung in klinisch psychiatrischen Bereichen müssten diese Wirkfaktoren ergänzt werden. Patient*innen sollen folgende gute Erfahrungen machen können und Kompetenzen (wieder-) lernen können:

- Sicherheit und Kontrolle erleben
- Vertrauen gewinnen und erhalten
- Selbstberuhigungsfähigkeiten lernen
- Ressourcen aus dem unmittelbar Erlebten gewinnen



Workshopleitung: Brigitte Biebrach-Schmitt (stehend)

- Wahrnehmung unterschiedlicher innerer Zustände
- Interaktionell im Hier und Jetzt bleiben

Folgende allgemeine Behandlungsziele sollen damit erreicht werden: Anstieg der Lebensfreude, verbessertes Selbstwertempfinden, Erleben von Selbstwirksamkeit, verbesserte Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, angemessene Realitätsanpassung und verbesserte Selbststeuerung.

Was heißt das für die Organisation in der Kunsttherapie?

Wenn die Behandlungszeiten auch bei uns weiter zurückgehen, wie könnten dann die Ideen von De Shazer, Yalom, Abilgaard und Hanus bzgl. der genannten Wirkfaktoren in unser Vorgehen einfließen? Auf der strukturellen und organisatorischen Ebene könnte das heißen, dass die Einzelarbeit mit Patient*innen noch weiter zurückgeht, dafür aber Gruppen mit höherer Frequenz angeboten werden sollten. Wir müssten uns für die Aufrechterhaltung von personeller Kontinuität gegenseitig in den Spezialdiensten (Künstlerische Therapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Soziotherapeut*innen) noch besser vertreten und konsequenter abstimmen als bis dato üblich. Das multimodale Angebot profitiert vor allem vom Ineinandergreifen der Therapiebausteine (Abilgaard, 2013).

Konsequenzen für den Fortbildungsbedarf

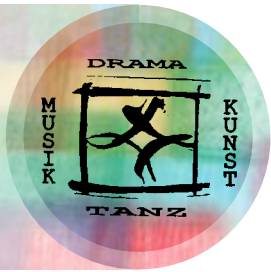
Das Einüben von Gruppenleitung mit interaktionellem Ansatz im Hier und Jetzt müsste als zusätzliche Pflichtfortbildung konzipiert werden. Ebenso ist die gründliche Fortbildung zum kunsttherapeutischen Umgang bei Psychotrauma überaus empfehlenswert. Regelmäßige systemische Reflexion des Behandlungskontextes

und des individuellen Kontextes der Patientinnen und Patienten ist notwendig. Das setzt einen guten Informationsaustausch in den Teams und in digitalen Krankenhausinformationssystemen voraus. Ein Vertrauen stützender Therapiebeginn wird erreicht mit einer „einfachen“ Sprache und „einfachen“ Angeboten, die Ängste lösen können und so schon frühzeitig kleine Erfolge in der Regulation von Stressreaktionen ermöglichen.

Beispielen aus der kunsttherapeutischen Praxis:

Wie kann die Kunsttherapie auf der Ebene der oben genannten Wirkfaktoren und Therapieziele im Sinne einer stabilisierenden Psychotherapie in psychiatrischen Bereichen konkret handeln?

- **Sicherheit und Kontrolle erleben im kunsttherapeutischen Setting:** Das Setting in Ruhe vorbesprechen, nach dem Bedarf fragen, z. B. ob emotionale Distanz benötigt wird. Dafür Themen mit abstrakten geometrischen Formen vorschlagen, evtl. mit entsprechenden Schablonen, auch Tier Schablonen, die sehr beliebt sind. Bleistift, Buntstifte etc. sind das Struktur gebende Material. Auf Ansteigen der Anspannung achten, ggf. Techniken zur Selbstberuhigung vermitteln (z. B. Atemübungen), den Wunsch nach „damals und dort“ abkürzen z. B. mit abstrakt expressiv farbigem Blitzlicht zum Befinden, dann aber längere Zeit ressourcenbezogenes Arbeiten (Lücke, 2001).
- **Vertrauen gewinnen und erhalten im kunsttherapeutischen Setting:** Durch Transparenz des Vorgehens und der Sitzungsstruktur, verlässlich sich wiederholende Abläufe. Mit den Patientinnen und Patienten besprechen wie die Nachbesprechung möglichst schonend verlaufen kann. Blockaden bemerken und z. B. mit Vorschlag



- zum Materialwechsel intervenieren. Immer wieder auffordern Bedürfnisse und Impulse wahrzunehmen, um sie gestalterisch umzusetzen, dabei selbstfürsorgliche Steuerung stützen, Trancen vermeiden, beweisen, dass Reden bzw. auch bewusste Steuerung beim Malen hilft. Das entlastende Konzept der Vielstimmigkeit des Ichs einführen (Abilgaard, 2013), dazu unterschiedliche und problemferne innere Zustände gestalten lassen, vor allem die Ausnahmen suchen und bebildern lassen (Shazer de, 1992).
- **Selbstberuhigungsfähigkeiten lernen im kunsttherapeutischen Setting:** Die guten Erfahrungen beim Gestalten ausführlich beschreiben lassen, inkl. Wahrnehmung des Körpergefühls. Wunschbilder fördern zur Entwicklung von Zielen und Generierung von Hoffnung. Z. B. den Sicheren Ort (Reddemann, 2001, 2017) malen lassen, kleine gute Alltagserfahrungen konkret darstellen lassen. Bei hoher Anspannung z. B. Beruhigungsmalen: auf DIN A2 Format mit breitem Pinsel und angenehmer! Farbwahl Querstreifen von rechts nach links langsam (keine Korrekturen) ziehen lassen, das mit dem Ausatmen koordinieren. Hier geht es um eine direkte bildnerisch körperliche Antwort auf den physisch erlebten Stress.
 - **Ressourcen aus dem unmittelbar Erlebten gewinnen im kunsttherapeutischen Setting:** Das gut überschaubare Material liegt griffbereit in der Tischmitte wie ein kaltes Buffet, die Suchbewegung nach dem individuell Passenden wird so gefördert. Der Prozessbeschreibung wird der Vorzug vor der Bedeutungszuweisung gegeben, gute Erfahrungen aus anderen Therapien als Bildthemen vorschlagen, innere Fürsorge in den ganz kleinen Dingen suchen, übermäßiges Leistungsstreben „re-framen“ zur Druckentlastung, kleine Freuden und Erfolge im Bildnerischen und im Nachgespräch groß machen. Der Belastung aus dem negativen inneren Dialog gegensteuern mit der imaginativen Arbeit an positiven inneren Bildern und Gestaltungen als deren Verankerungen.
 - **Wahrnehmung unterschiedlicher innerer Zustände im kunsttherapeutischen Setting:** Diesen inneren Zuständen eine Gestalt und einen Namen geben, z. B. der innere Kritiker oder der innere Anwalt. Dieser innere Verteidiger wird häufig kaum wahrgenommen. Er braucht Unterstützung, um wachsen zu können. Ich-stützende Helferwesen imaginieren (Peichl, 2010) und gestalten lassen, ebenso nach positivem körperlichen Erleben z. B. bei der Sport- und Bewegungstherapie fragen und solche entlastende Empfindungen bildlich abstrakt aufgreifen sowie Schon- und Schutzerfahrungen beschreiben und malen lassen. Das Erwachsenen-Ich dabei stärken, sich von belastenden Zuständen jüngerer Ichs zu distanzieren und gleichzeitig Verständnis für deren kindlich emotionale Reaktionen zu entwickeln. Gestalterisch belastendes Material wegschieben, wegpacken, verpacken oder dicht rahmen. Bildzeichen für Kraftquellen können im Rahmen auftauchen.
 - **Interaktionell im Hier und Jetzt bleiben im kunsttherapeutischen Setting:** Patient*innen dabei unterstützen in der Nachbesprechung der Bilder sich selbst wahrzunehmen und dies mit einbeziehend auf einander einzugehen (Fonagy, 2004). Ihnen vermitteln, wie gegenseitige Wahrnehmungen im Alltag freundlich formuliert werden können. Gruppenarbeiten so strukturieren, dass notwendige Abgrenzung und Offenheit bewusst gewählt werden können. Bei

Konflikten innerhalb der Patientengruppe, aber auch bei individuellen zwischenmenschlichen Konflikten, im aktuellen sozialen System, das Vorgehen der „gewaltfreien Kommunikation“ nach Rosenberg (Rosenberg, 2007) bildnerisch gestützt anbieten.

Ein Fallbeispiel aus einer Tagesklinik

Herr X. ist 50 Jahre alt, ledig, von Beruf Speditionskaufmann, seit 10 Jahren arbeitslos. Die Diagnosen F 33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig und F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung werden im Verlauf beibehalten. Psychopathologisch werden Schlaf- und Antriebsstörungen, gedrückte Stimmung, Erschöpfbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten diagnostiziert. Hinzu kommen häufige Flashbacks, die sich auf Gewalterlebnisse in der Kindheit bzw. auf das Miterleben solcher Übergriffe beziehen. Dissoziatives Erleben äußert sich in unwillkürlichen mimischen und körperlichen überspannten Bewegungen, derentwegen er sich besonders schämt. Der Patient beschreibt soziale Isolation, Panik, Anspannung und Scham. Aus der Biographie berichtet er, dass der Stiefvater alkoholabhängig gewesen sei, die Mutter gewalttätig, er 6 Geschwister habe. Seit seinem Auszug mit 18 Jahren habe es keinen Kontakt zur Familie gegeben. Er sei danach 16 Jahre spielsüchtig gewesen. Der Patient kann heute keine wichtigen Bezugspersonen benennen. Er war immer wieder in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, lehne Medikamente ab. Fahrradtouren galten ihm

als wichtigste Kraftquelle. Als Therapieziele werden genannt: Sicherheitsgefühl wiederherstellen, Lebensfreude wiedergewinnen, Verbesserung des Antriebs und Aufbau sozialer Kontakte. Die teilstationäre Behandlung wird u.a. erwogen auf Grund der soziophobischen Reaktion des Patienten. Nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik ist eine Weiterbehandlung in einer Fachklinik für Traumafolgestörungen geplant.

Sechs Sitzungen im Zeitraum von 7 Wochen

Nach einer vertrauensfördernden kurzen Einzelvorbesprechung, greift der Patient in der ersten Sitzung direkt zu den Tier- und Pflanzenschablonen und zu einer Kreisschablone. Er arbeitet mit Bleistift. Das Bild wird nicht fertig gestellt und nicht besprochen. Der Patient darf wegen der unverändert hohen akuten Belastung früher gehen. Das Bild kann der vorsichtigen Hypothesenbildung dienen bzgl. der vermutlichen Atmosphären von Enge, Gefahr, Trostlosigkeit und Beziehungslosigkeit in der Herkunftsfamilie. **(Abb. a)**

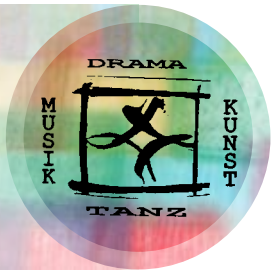
Die nächsten 3 Bilder entstanden in der zweiten Sitzung. Frage an den Patienten, welche Farbe im Moment beruhigend wirkt. Er zeigt auf das blaue Farbnäpfchen. Er möchte dann mit dieser Wasserfarbe arbeiten. Wichtige Aufforderung an den Patienten: Es soll nichts Gegenständliches erkennbar sein und bitte geben Sie jedem Bewegungsimpuls nach und achten darauf, wenn sich etwas angenehmer anfühlt, da bleiben Sie dran!



Abb. a



Abb. b



Er wählt zunächst ein DIN-A2 Format und kann seinen feinmotorischen Bewegungsimpulsen nachgehen. Diese Bereitschaft sich einzulassen resultiert sicher auch aus den ersten positiven Ergebnisse der ebenfalls wöchentlich erfolgenden Imaginationsgruppe nach Reddemann (Reddemann, 2001, 2017) und seine zunehmende Eingewöhnung an den tagesklinischen Ablauf. Als deutlich wird, dass er die Bewegungen und das Entstandene tolerieren kann, wird er zur Serie animiert und probiert sich weiter aus.

Im dritten und letzten Bild dieser Sitzung lockert sich die Notierung auf. Die Farbwahl geht ins hellere. Mit Blau werden dieses Mal rundliche Formen wie Orientierungspunkte im Geviert in den Bildraum gesetzt. Zwischen die Vier dann eine größere blaue Form, die fast zentral sitzt. Diese ordnenden Bewegungsimpulse scheinen einen Gegenpol zu setzen gegen Empfindungen von innerem Chaos bei hoher Belastung. (Abb. b, c, d)

Der Patient nimmt ab jetzt an den Nachbesprechungen teil. Er kommentiert so gut wie gar nicht, ist aber aufmerksam dabei

und hört die Prozessbeschreibungen der Mitpatienten, wenn sie zu seinen Bildern eigene Bewegungs- und Gefühlsqualitäten nennen. Der Patient profitiert von folgenden weiteren Therapien: In der Bewegungstherapie kann er langsam an Mannschaftsspiele herangeführt werden. In der Ergotherapie verweigert er zunächst die Teilnahme. Die Kollegin kann ihn aber über Soduko und über das Abbauen der Anspannung mit einem Thera-Band in der Gemeinschaft der Mitpatienten halten. Der Patient nimmt aus Gründen des Schutzes vor Triggern bei belastenden Gesprächsthemen nicht an den Gesprächsgruppen teil, hat aber gelegentliche Einzelgespräche mit der Psychologin.

Die Teilnahme an der von mir geleiteten Imaginationsgruppe nach PITT (Reddeman, 2017), inkl. zwei Einzelgesprächen, hilft ihm Stressreaktionen herunterzuregulieren und seine Bereitschaft, auch allein weiter zu üben, zeigt seine gute Therapiemotivation. Personelle Kontinuität, ein individuell auf den Bedarf zugeschnittenes Therapieprogramm und die angemessene Frequenz der therapeutischen Kontakte, befördern den stabilisierenden Prozess.

In der dritten Sitzung entstehen zwei Bilder auf DIN-A2 Format. Das erste wird abgebrochen zugunsten einer lockereren allover Notierung. In beiden Fällen ist das Vermalen der Kreidezeichnung mit Wasser wohlthuend und entlastend für den Patienten.



In der vierten Sitzung nimmt der Patient auf DIN-A2 Format das Prinzip des Wasser-
vermalens der lockeren Lineaturen
wieder auf, um zum Schluss und dann
aber wieder konzentrischer zu arbeiten.
Die farbigen Punkte lassen kleine Freude
Momente aufscheinen. Das zentrale
Knäuel erscheint deutlich dunkler als die
übrigen Bildteile, seine Ausdehnung wird
aber begrenzt. Hier steuert der Patient
bewusst.



Abb. f

Die nächsten 5 Bilder entstehen in der
fünften Sitzung. Alle DIN-A4 Formate
sind auf Vorder- und Rückseite farbig
gezeichnet. Sie bleiben bei den ungegen-
ständlichen Lineaturen, bis auf eine böse,
misstrauisch schauende, Sonnen ähnliche
Form. Dem Patienten geht es nicht gut.
Nach ersten Erfolgen gibt es auch erste
Rückschläge. Er beginnt Übertragungs-
gefühle im Patientenkreis zu bemerken
und kann sich von Ärger und Ängsten nicht
lösen, sie aber dennoch auf den Papieren
in schneller Notierung lassen, bei geringer
Affektabfuhr. Weiterhin keine Deutung,
sondern Annahme dieses momentanen
Zustandes. Sein Versuch der Akzeptanz
wird unterstützt, auch vor der Erfahrung,
dass die baldige Entlassung selbst wieder



Abb. g

eine Belastung darstellt. (Abb. e, f, g)

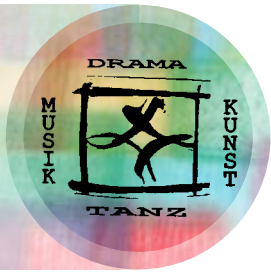
Die folgenden 2 Bilder im DIN-A3 Format
entstehen in der letzten Sitzung. Der
Patient will Pastellkreide probieren und
entdeckt dabei Durchreibe Effekte von
einer Unterlage. Das anschließende Bild
sollte „erkennbar“ sein. Die Mitpatienten
beobachteten, dass er bei der Gestaltung
von den vorangegangenen freien Line-
aturen profitiert hat und sie nun wie ein
Formvokabular bei der Gestaltung von
Meer und Sonne einsetzt. Der Patient hat
innerhalb von 6 Wochen eine ausreichende
Stabilisierung erreicht, um die Weiterbe-
handlung in der traumatherapeutischen
Fachklinik aufnehmen zu können. (Abb.
h, i)



Abb. h



Abb. i



Kurze Gedanken über die therapeutische Haltung und dahinter liegende ethische Überzeugungen

Auf Pro und Contra bzgl. „Kunsttherapie – kurz und knapp“ zu Beginn des Workshops angesprochen, äußerten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Tagung vor allem besorgt über den möglichen Verlust der Beziehungsarbeit.

Patient*innen könnten überfordert sein mit „kurz und knapp“, sich nicht ausreichend gesehen fühlen. Andererseits wurde genannt, dass kurze Verläufe einer klareren Zielorientierung auch Chancen geben. Der Kontaktaufbau zu Patientinnen und Patienten könne auch in kurzer Zeit Vertrauen und Hoffnung vermitteln. Aber diese Kürze verlange eine besondere Dichte der Kontakte und verlange von der Organisation die Bereitstellung von ausreichendem Personal.

Wir sind uns einig in dem hohen Wert der therapeutischen Verantwortung und der Bereitschaft, auf Zeit eine belastbare therapeutische Beziehung einzugehen. Diese Bindung muss sich zwischen den Polen der Stärkung von Bindungsfähigkeit und Stärkung der Autonomiebestrebungen bewegen. Um hier Wohl zu tun und Schaden zu vermeiden, gilt es im Team und möglichst gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten abzuwägen, ob nur ein längerer und stark individualisierter Prozess in der Krise Erfolge verspricht oder ob „kurz und knapp“ dem Bedarf von Patient*innen eher nachkommt.

Wenn kurze Begegnungen maximale Wirkung entfalten sollen, braucht es auf Therapeutenseite eine Grundhaltung von Freundlichkeit, Präsenz, Mitgefühl und echtes Interesse an dem Menschen, der gerade eine schwere Krise erlebt. Auch der Glaube an die Selbstheilungskräfte von Patient*innen, gestützt durch den Kraftpool der Kunst und die innere

Verpflichtung, nicht nachzulassen bei der Suche nach Freuden und Ressourcen, gehören zu den Werten, denen sich Künstlerische Therapeuten verbunden fühlen. Auch wenn die Route neu berechnet wird, stellen diese Werte bleibende Navigationspunkte dar.

Literaturverzeichnis

Abilgaard, Peer (2013): Stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen. Stuttgart: Klett-Cotta

Andersen, Tom (1990): Das reflektierende Team. Dortmund: Verlag Modernes Leben

De Shazer, Steve (1992): Das Spiel mit Unterschieden. Heidelberg: Auer

Fonagy, Peter (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta

Grawe, Klaus (2000): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe

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

Hanus, Otto (2003): Kognitive Kunsttherapie. Norderstedt: Books on Demand GmbH

Lücke, Susanne (2001): Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung. In: Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta

Peichl, Jochen (2010): Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Stuttgart: Klett-Cotta

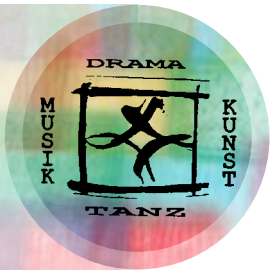
Reddemann, Luise (2017): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta, 20. Auflage

Reddemann, Luise (2017): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual Stuttgart: Klett-Cotta, 9. Auflage

Rosenberg, Marshall, B. (2007): Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Jungfermann, 7. Auflage

Watkins, J.G., Watkins, H. (2002): Ego-states: Theorie und Therapie. Heidelberg: Auer

Yalom, Irvin D. (1983): Im Hier und Jetzt, Richtlinien der Gruppentherapie. btb Verlag



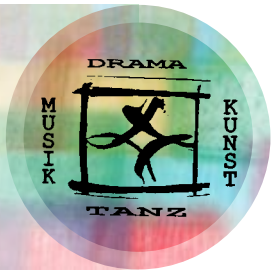
Nigredo – „Vom Dunkel ins Licht“



Sylvia Wentzler, B.A. in Gestaltungstherapie/Klinische Kunsttherapie an der KHSB (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin) und DAGTP e.V. (Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie und Klinische Kunsttherapie e.V.).

Frau Wentzler hat viele Jahre als Krankenschwester und Stationsleitung im LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik bei Herrn Prof. Dr. W. Senf gearbeitet. Parallel fortwährende Entwicklung ihrer personalen, sozial-kommunikativen und fachlich-methodischen Kompetenzen in zahlreichen tiefenpsychologischen Fortbildungen und Supervisionen, Selbsterfahrungs- und Managementseminaren. Mehrjährige Theaterprojektarbeit am Satiricon-Theater-Essen in einer semiprofessionellen Schauspielgruppe.

Vom IKT (Institut für Kunst und Therapie, Prof. Dr. Schottenloher in München), zertifizierter Coach. Coaching mit kunsttherapeutischen Mitteln für Fach- und Führungskräfte in Wirtschaftsunternehmen und sozialen Einrichtungen. Nebenberuflicher Arbeitsschwerpunkt seit 2004 als freischaffende Künstlerin und Coach mit künstlerischen Mitteln in der Ateliergemeinschaft „LEERstelle für Kunst“ und seit 2016 im eigenen Atelier „Spiegelbilder“. Mitglied im DAGTP.



Der Workshop startete mit dem Impuls der Sinneserfahrung „Dunkelheit“ analog zu den Sprachbildern: „In ein schwarzes Loch fallen“ oder „Schwarz sehen“.

Hintergrund

Im künstlerischen Prozess erfährt jeder nicht nur die Freiheit des weißen Blattes, sondern auch dessen Anforderungen an den Künstler.

Die Begegnung depressiver Klientinnen/ Klienten mit der Leere des Blattes erzeugt mitunter **Angst, Leistungsdruck** oder **Blockaden**. Daraus entwickelte sich die Überlegung, ihnen ein schwarzes Blatt als Malgrund anzubieten, weil die Farbe Schwarz und ihre Symbolik im Erleben eine besondere Rolle spielt, wie auch die Sprachbilder „In ein schwarzes Loch fallen“ oder „Schwarz sehen“ zum Ausdruck bringen.

Schwarz symbolisiert nach C.G. Jung das Unbewusste, den Schlaf sowie das Traumbewusstsein, in dem sich die abgewehrten Persönlichkeitsanteile versinnbildlichen und die Schattenseiten der Psyche offenbaren. In diesem Kontext wählte er den alchemistischen Begriff der Nigredo. Diese Transformation repräsentiert für

ihn den Bewusstwerdungsprozess sowie die Auseinandersetzung mit diesen Schatten und letztendlich deren Integration ins Selbst.

Analog dazu entwickelt sich das schwarze Blatt mit jedem **Farbauftrag hin zum Licht** und ermöglicht über die ungewohnte Wirkung der Farben einen **Perspektivwechsel**.

Methode

Da die Reaktion depressiver Patientinnen/ Patienten auf den schwarzen Malgrund unerforscht war, wurde eine **explorative Untersuchungsmethode** gewählt:

1. Ambulantes, kunsttherapeutisches Setting
2. Fünf Probanden mit der klinischen Diagnose Depression
3. BDI (Beck'sches Depressions-Inventar) Fragebogen zur Kennzeichnung des Schweregrades der Depression der Probanden vor der ersten Gruppensitzung
4. Drei Gruppensitzungen von je neunzig Minuten
5. Keine Vorgabe eines Gestaltungsthemas
6. Keine Materialvorgabe außer schwarzer Karton



Workshop von Sylvia Wentzler

7. Standardisierter, offener Fragebogen nach Abschluss
8. Erhebung der Gefühle, Empfindungen und Reaktionen vor, während und nach dem Gestaltungsprozess. Vergleich zum weißen Blatt.

Ergebnis

Eine **unterschiedliche** Rezeption zwischen schwarzem und weißem Blatt war zu beobachten.

Therapeutisch „erwünschte“ Effekte:

Paradoxie

- Perspektivwechsel
- Stimmungsaufhellung
- Antriebssteigernde Effekte
- Selbstwertsteigerung durch rasche ästhetische Erfolge
- Sensibilisierte Affektwahrnehmung
- Beenden von neg. Gedankenkreisläufen
- Über-Ich-Entlastung
- Entspannung



- „Ich habe mich frei gefühlt, ohne Druck etwas zu gestalten.“
- „Ich hatte nicht den Druck etwas produzieren zu müssen.“
- „Ich hatte das Gefühl, dass etwas von mir selbst entstand.“



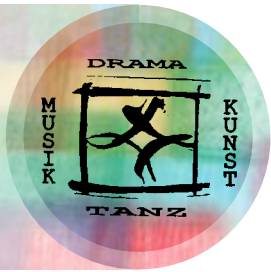
- "Es hat auf mich den Reiz ausgelöst, die schwarzen Bögen mit Schwarz zu bemalen. Mit bunten Farben zu arbeiten hätte die beruhigende Wirkung beeinträchtigt."



- „Trotz innerer Unruhe, konnte ich meine Gedanken besser ordnen.“
- „Ich konnte die Gedanken besser fließen lassen, wie bei einer Meditation.“



- „Ich hatte viel Spaß beim Bild ‚rundumbunt‘ leuchtende und helle Farben aufzutragen und zu verwischen.“
- „Das schwarze Blatt hat meine Neugier geweckt.“
- „Ich bekam gute Laune.“



Therapeutisch „unerwünschte“ Effekte:

- Haltlosigkeit
- Regressiver Sog
- Reaktivierte traumatische Inhalte
- Todessehnsucht

Deutlich:

- Verharren in regressiver Position als Abwehr und
- Angst vor dem Individuationsschritt.



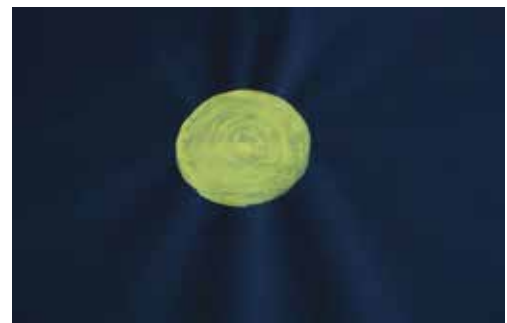
- „Ich fühlte mich vom Schwarz des Blattes angezogen.“
- „Ich fühlte eine gewisse Art von Stille, die mich zum Verweilen einlud.“
- „Ich hatte das Gefühl, dass das schwarze Papier keinerlei Grenzen hat.“



- „Manchmal hatte ich das Gefühl, dass das schwarze Blatt mir Geschichten erzählt.“
- „Es ist ein Film abgelaufen über Gräueltaten.“ „Das schwarze Blatt lud mich dazu ein, mich meinen negativen Gefühlen und Gedankenchaos zuzuwenden. In mir erschienen Bilder wie Ausschwitz, das Hoffnungslose und Verworrene.“

Die Annahme des schwarzen Blattes als **nährender, haltender Urgrund** und seine Verwendung für abgewehrte Affekte, insbesondere aber die Möglichkeit der **„Malignen Regression“** und **Suizidalität**, weisen auf die Notwendigkeit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung bei Verwendung dieser Technik hin.

Dem schwarzen Blatt kommt im Einzelfall möglicherweise eine zusätzliche **diagnostische Bedeutung** zu.



- „ Da ist schon was, das schwarze Blatt ist gehaltvoll.“
- „Ich denke an positive Ereignisse, Licht, Sonne, Wünsche, Vertrauen und Geborgenheit.“

Es ist für die jeweils einzelnen Probanden eine **Konsistenz im Sinne plausibler Entsprechungen** zwischen dem klinischen Bild der Depression, den Antworten im Fragebogen, dem ästhetischen Ausdruck und den einzelnen Gestaltungsprozessen, insbesondere unter psychodynamischen Aspekten, erkennbar.

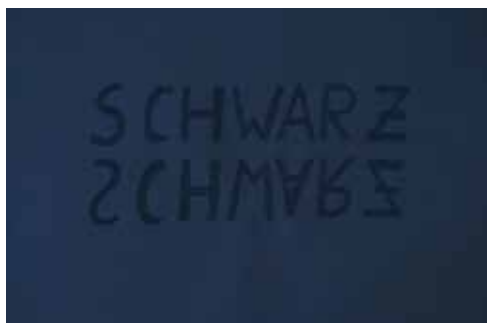
Psychodynamisch betrachtet scheint der schwarze Malgrund den depressiven Probanden als innere Dunkelheit und Leere vertraut. Er spiegelt ihnen die Angst vor der **Begegnung mit ihren abgewehrten Schattenaspekten**, wie beispielsweise Wut und Trauer, die durch die Enttäuschung über den **frühen Liebesverlust** des geliebten Objektes hervorgerufen wird.



- „Beim Höllenherz habe ich entdeckt, das ich auch mal meine Aggression raus lassen muss, natürlich ohne Gewalt an mir oder anderen.“
- „Ich habe mich geschämt, weil ich manchmal negative Gedanken habe, es aber schwer zulassen kann.“
- Durch das Gruppengespräch habe ich Entlastung erfahren, das auch negative Gedanken normal sind.“

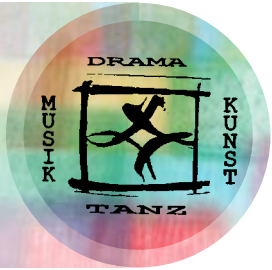
Ausblick:

- Eine statistische Auswertung ist anhand der kleinen Fallzahlen unmöglich.
- Die Einordnung in bisherige Kunsttherapeutische Untersuchungen ist nicht sinnvoll, da keine entsprechenden Arbeiten vorliegen.
- Die Arbeit kann als Hypothesen generierend eingeordnet werden.
- Künftig könnten Untersuchungen mit größeren Fallzahlen zum Ziel haben, statistisch signifikante Unterschiede in der Rezeption von Schwarz und Weiß herauszuarbeiten.
- Die Wertigkeit des schwarzen Blattes als diagnostisches Instrument oder der Einsatz als Paradoxe Intervention könnte weiter erforscht werden.
- Besonders geeignete Patientenuntergruppen beziehungsweise Grenzen und Kontraindikationen könnten identifiziert werden.



„Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst.“

Sigmund Freud, 1917



Literaturverzeichnis

Freud, Sigmund, 1981: Trauer und Melancholie, 7. Auflage 1981, GW Band

10, 1913–1917, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Jung, Carl Gustav, 2003: Der Begriff des kollektiven Unbewussten, in: Jung,

Lorenz (Hrsg.): C.G. Jung Archetypen, München, 2003, S. 45–56.

Mentzos, Stravos, 2006: Depression und Manie, 4. Auflage,

Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen.

Mentzos, Stavros, 2011: Lehrbuch der Psychodynamik, 5. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen.

Kreative Prozesse zwischen Ökonomie und Beziehung

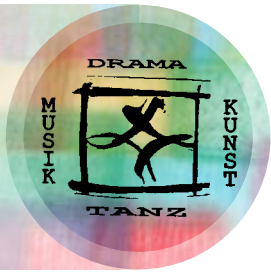


Emily Severin, nach dem Studium des zeitgenössischen Bühnentanzes und verschiedenen Projekten und Tanzkompanie Erfahrungen im Theaterbereich begann sie das Tanztherapiestudium an der CODARTS Universität in Rotterdam.

Zusätzlich engagiert sie sich seit 2014 bei den „Fighting Spirits“ in Düsseldorf, einer Gruppe, bestehend aus krebserkrankten Jugendlichen und deren Angehörigen. Seit 2016 ist sie Teil des kreativtherapeutischen Teams beim LVR-Klinikum Düsseldorf, wo sie mit unterschiedlichen Zielgruppen psychisch erkrankter Menschen arbeitet.

Marion Reuter, nach einem Studium der Diplom-Pädagogik und fast einem Jahrzehnt beruflicher Tätigkeit in einem technisch orientierten Wirtschaftsunternehmen nutzte sie den Erziehungsurlaub, um sich beruflich umzuorientieren und begann die Ausbildung zur Tanztherapeutin.

Mittlerweile arbeitet sie seit 5 Jahren im kreativtherapeutischen Team des LVR-Klinikums Düsseldorf mit unterschiedlichen Gruppen psychiatrisch erkrankter Menschen.



Der Titel der Kreativtherapietage verweist auf das Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Beziehung in der Kreativtherapie.

Als Tanztherapeutinnen, haben wir diese unterschiedlichen Pole auch im eigenen Körper ausgemacht. Wir gehen davon aus, dass wir daraus lernen können. Im Laufe der Evolution haben unsere Körper Lösungen gefunden, die Erfordernisse der Ökonomie, als auch Wünsche nach Beziehung, miteinander zu vereinbaren. So nahmen wir die Ökonomie der Bewegung als Ausgangspunkt für einen kreativen Prozess, der sowohl Ökonomie, als auch Beziehung in der eigenen Leiblichkeit erfährt. Er entfaltet sich von dort aus weiter. Dabei gingen wir zunächst davon aus, Ökonomie durchaus positiv zu verstehen, im Sinne von: „effektiv, wirksam, einfach“.

Es liegt nahe, in der Tanztherapie bei diesen Stichworten an die „Authentische Bewegung“ zu denken. Hierbei handelt es sich um eine Disziplin, bei der man sich ganz ohne Musik bewegt und stattdessen allein inneren Bewegungsimpulsen gefolgt wird. Die „Sich-Bewegenden“ werden von einer Zeugin in der Bewegungsphase begleitet, da sie sich mit geschlossenen Augen bewegen.

Einstimmung ins Thema fanden wir durch die „Bartenieff Fundamentals“, einer Bewegungsfolge, die sich an den Bewegungsmustern der frühkindlichen Bewegungsentwicklung orientiert. Hierbei werden Prinzipien der Bewegung exemplarisch an homologen, homolateralen und kontralateralen Bewegungsmustern erforscht. Diese konnten von den Teilnehmenden am eigenen Leib erlebt werden.

Stichworte für Erforschung der Ökonomie der Bewegung waren:

- Stabilität – Mobilität
- Verausgabung – Erholung
- Koordination – Muskelkraft

Beispiele für unser Vorgehen:

Focus dieses Teils des Workshops war das Thema: „Stabilität und Mobilität“.

Jedes Körperteil kann sowohl stabil, wie mobil sein. Werden diese beiden Pole im Körper integriert – wie es durch die „Bartenieff-Übungen“ möglich ist – wird man sehr spezifisch auf eine bestimmte Bewegung fokussiert. Es werden einzelne Körperteile erlebbar und gleichzeitig das Ganze erfahrbar als EINS.



Workshopleitung: Emily Severin (links) mit Marion Reuter (rechts)

Oder beim Bewegungsmuster „Verausgaben versus Erholen“ wie sich mittels eines kleinen Impulses, der von einem Körperteil gegeben wird, dieser im Körper ausbreiten kann.

In Stille, diese Impulse zu verfolgen und für den Einzelnen spürbar werden zu lassen, war Teil dieses Prozesses. Danach folgte ein Austausch im Kreis, um mit Worten die Erfahrung mitzuteilen.

Den Übergang zur Authentischen Bewegung bildete eine kurze Erklärung der Methode und eine Erläuterung einiger zentraler Regeln.

Während die zwei Referentinnen die Aufgabe der Zeuginnen übernahmen, konnten 10 Teilnehmende – zum größten Teil das erste Mal – als Sich-Bewegende in den zutiefst kreativen Prozess der Authentischen Bewegung eintauchen. Dabei wurden zwei Bewegungssequenzen mit einer Dauer von jeweils ca. 10 Minuten angeboten. In der ersten Bewegungsphase waren die Sich-Bewegenden eher auf den eigenen Körper fokussiert und suchten eigene Bewegungsimpulse zu erforschen, während in der zweiten Bewegungszeit das Thema „Kontakt/Beziehung“ dazu kam.

1. Bewegungssequenz:

Ökonomie der Bewegung im eigenen Körper
Beispiel für das Erleben der Sich-Bewegenden:

Ich sehe Dich
stehen,
mir direkt gegenüber,
aufrecht;
Deine Arme vor Deiner Brust öffnen sich
immer weiter,
zeitgleich spüre ich,
wie mein Herz sich öffnet,
immer weiter.

Im Austausch höre ich dich sagen,
dass du viel Platz brauchst,
dass du das Bedürfnis spürst,
dich auszudehnen, immer weiter.

2. Bewegungssequenz:

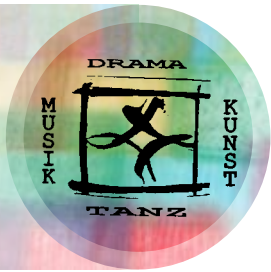
Schwerpunkt Kontakt und Beziehung

Rückmeldungen aus der zweiten Bewegungssequenz lauten zum Beispiel:

- Der Kontakt war freudvoll und hat die eigene Bewegung inspiriert, hat sie größer, voller, erfüllter gemacht



Workshop mit Emily Severin und Marion Reuter



- spüren, dass grade dran ist, für sich zu sein, mehr ein nach Innen wenden
- den Bezug zum inneren Kind erleben, verbunden sein mit Kreativität

Im Anschluss wurden beide Themen „Ökonomisierung“ und „Beziehung“ als Erlebnisse innerhalb des tanztherapeutischen Prozesses mit kunsttherapeutischen Mitteln gestaltet. Dieses Vorgehen gab den Teilnehmenden Gelegenheit, sowohl den Prozess als Ganzes, wie auch das Erleben eines bedeutsamen Moments

oder einer bestimmten Bewegungsqualität zu gestalten und damit weniger flüchtig werden zu lassen.

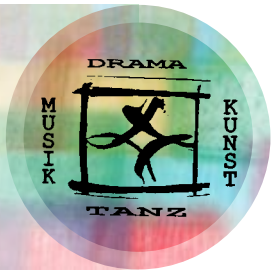
Die Erforschung in der Bewegung ergab neue Erkenntnisse und Erfahrungen im psychischen und seelischen Erleben. In Bezug auf Ökonomie und Beziehung könnte dies zum Beispiel heissen, dass eine effektive Vorgehensweise – sofern sie nicht direkt Kapitalisierung bedeutet – durchaus Kreativität fördern und anregen kann, sowohl in Beziehung zum eigenen Körper, als auch zum Gegenüber.

Der Life/Art Process®

Ein Performanz – orientierter Therapieansatz in Zeiten ökonomischen Wandels



Sonja Seng, M.A. in Interdisziplinäre Therapie in der psychosozialen Versorgung: Schwerpunkt Künstlerische Therapien (Hochschule Magdeburg-Stendal); Tamalpa Practitioner (Movement Based Expressive Arts and Therapy, San Francisco, USA); RMT, ISMETA (Registered Movement Therapist, International Somatic Movement Education and Therapy Association); Körper-, Tanz- u. Ausdruckstherapeutin im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn bei Göttingen, Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie; Dozentin mit Lehrgebiet Life/Art Process im Masterstudiengang Musiktherapie, Leopold Mozart Zentrum, Universität Augsburg; Ltg. von Studierendenseminaren zur Körpertherapie, Kooperation AFT und Georg August Universität Göttingen; Langjährige tänzerische Tätigkeit in Deutschland und USA (u.a. MAMU Dance Theater; Dance Di-Section). Seminar- und Vortragstätigkeiten zum Schwerpunkt Life/Art Process® im Kontext „Interdisziplinäre Körper-orientierte und Künstlerische Therapien“ und Therapieprozessforschung.



Körper – Tanz – Performanz

Performanz spielt eine immer größere Rolle in Therapieprozessen (Pflichthofer, D., 2008, BCPSG 2014). Die spartenübergreifende Methode „Life/Art Process“ nach Halprin befasst sich mit der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und Gruppendynamik in künstlerischen, pädagogischen und therapeutischen Prozessen. Hierbei steht die Performanz als sinnlich-ästhetischer Aneignungsprozess im Zentrum bewusstseins-erzeugender Prozesse.

Der nach der Tanzpionierin Anna Halprin und ihrer Tochter Daria Halprin benannte körperorientierte Arbeitsansatz, stellt von je her das „performative Ereignis“, in seiner wechselseitigen Mitbestimmung, ins Zentrum eines kreativen Schaffensprozesses (Schechner, R., 2003).

In dem künstlerisch-kreativtherapeutischen Ansatz wird ein flexibler Einsatz multimodaler Interventionen genutzt, um prozessorientiertes und übungszentriertes Vorgehen in seiner Wechselwirkung zu untersuchen. Er führt zu einer Spürfähigkeit in leiblich-seelische Innenräume aber auch zu unserer Kontaktbereitschaft und unseren Grenzen. Mittels bewegungsbasierter Rituale, tänzerischer Explorationen, dem Malen von Bildern und kreativem Schreiben wird der Wirkzusammenhang von Performanz und Ko-Kreativität unmittelbar erfahren.

Der performative Raum wird zum „Zwischen-Raum“ sinnlich-ästhetischer Selbstwirksamkeit. Im therapeutischen Ansatz wird der „Zwischen-Raum“ zum Feld Ko-kreativer Hervorbringungen, die vom Tuen und Lassen der Kreativtherapeutin/des Kreativtherapeuten gerahmt werden und in Abstimmung und Resonanz mit der Patientin/dem Patienten, ihrer/seiner Ko-Regulation von Spannungszuständen und Affekten zuarbeitet. Das breite Anwendungsspektrum des „Life/

Art Process“ ermöglicht es wiederum, unter den jeweiligen Kontextbedingungen modifiziert und in einer psychodynamisch orientierten Behandlungsorganisation mit anderen Therapien methodisch abgestimmt zu werden, so dass sich eine spezifische Differenzierung für den jeweiligen Anwendungsbereich ergibt. Beschäftigen wir uns mit dem Wandel im Gesundheitswesen bei akut knapper werdenden Finanzen und deren Auswirkung auf den Behandlungskontext und dafür zur Verfügung stehenden Zeiten unserer Patientinnen und Patienten, so rückt der Wert einer Verständigung über das implizite, performative Geschehen an vorderste Stelle einer therapeutischen Praxeologie.

Neuere Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass therapeutische Interventionen insbesondere dann wirksam werden, wenn der wechselseitige Kontakt zu Menschen und Ereignissen sich neugestalten kann und durch das individuell verfügbare Repertoire körperlicher, emotionaler und mentaler Erfahrungen ins Prozessierengerät (BCPSG 2014).

Aufgrund meines professionellen Hintergrunds als Tänzerin und als psychodynamisch arbeitende Körper-, Tanz- und Ausdruckstherapeutin in der klinischen Psychotherapie und Psychiatrie, liegt meine Motivation auf der Erfahrung, dass eine Integration des kreativtherapeutischen Ansatzes „Life/Art Process“ nach Halprin und der psychodynamisch orientierten Psychotherapie erweiterte Möglichkeiten für die operative Dimension von Behandlungskonzepten bietet. Hierzu fließen auch neuere Ergebnisse der „Boston Change Process Study Group“, abgekürzt „BCPSG“, mit ein (BCPSG 2002, 2014), deren Arbeit auf der „Relationalen Psychoanalytischen Psychotherapie“ beruht.

(An dieser Stelle sei jedoch erwähnt, dass es mir auf Grund der thematischen Begrenzung des Beitrages nicht möglich

ist, auf die „BCPSG“ und ihre Forschungsergebnisse tiefgreifend einzugehen). In beiden von ihrer Herkunft unterschiedlichen Disziplinen, der „Relationalen Psychoanalytischen Psychotherapie“ und der des „Tamalpa Life/Art Process“, ist es vor allem die therapeutische Prozessgestaltung, in der das Verhältnis von bewussten und unbewussten Prozessen erruiert wird und unter dem Gesichtspunkt der Ko-Kreativität zu Erweiterungen von Theorien und praxeologischen Schlussfolgerungen führt.

- Nun folgt ein Einblick in den von mir angeboten Tagungs Workshop. Dabei werden Verknüpfungspunkte der Halprinschen Theorie und Praxeologie in einem psychodynamisch orientierten Behandlungskontext beleuchtet. Die Relevanz der Darstellung orientiert sich dabei fortwährend an den Bezügen zum Performanzbegriff als sinnstiftende Maßnahme, dem das sinnlich-ästhetische Handeln immanent ist.

Hierbei fungiert der performative Prozess des „doing therapy“ als (re-)produzierbare und transformierbare Praxeologie, die als Bindeglied

zwischen einer therapeutischen Situation mit derzeit massiv begrenzten Behandlungszeiten und der individuellen Dynamik von Heilungsprozessen, Chancen für professionelles Handeln und seine therapeutische Wirksamkeit bietet.

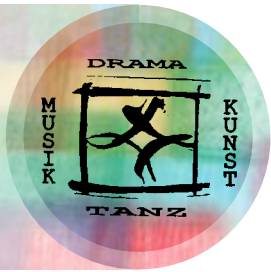
Exkurs: Leben und Werk der Tanzpionierin Anna Halprin

- Zu Beginn des Workshops erfolgte ein Kurzvortrag in zwei Teilen. Der erste Abschnitt beleuchtete in Kürze Leben und Werk von Anna Halprin, um eine Verortung des mit ihrer Tochter entwickelten therapeutischen Strangs des „Life/Art Process“ in der Tanz- und Therapielandschaft vornehmen zu können.

Das Schaffen der heute 97-jährigen amerikanischen Tanzpionierin Anna Halprin geht aus einer untrennbaren Verflechtung ihres Lebens und ihrer Arbeitsweise auf der Grundlage kreativer Handlungsprozesse hervor. Ihr weithin anerkannter und seit den 1950er Jahren entwickelter Arbeitsansatz geht auf ein über 60-jähriges Engagement zurück, in dem sie die fest etablierten Grenzen zwischen Kunst, Pädagogik, Therapie sowie sozial-



Workshopleitung: Sonja Seng (im Vordergrund, rechts)



Workshopleitung: Sonja Seng (Mitte)

politischer Aktion überschritten hat und das interdisziplinäre Zusammenwirken zum Gegenstand ihrer praktischen und theoretischen Untersuchungen machte (Wittmann, Schorn & Land 2009).

Halprins systematische Erforschung der Bewegung auf dem Boden anatomischer Wahrnehmung machte sie zu einer Leitfigur des postmodernen amerikanischen Tanzes. Die Stanford Professorin Janice Ross bezeichnet Anna Halprin als Impulsgeberin einer neuen Kultur und Ästhetik der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts im Feld des Tanzes und der Performance-Kunst Nordamerikas (Ross 2009). An die Schaffensphase ihres weltweit tourenden San Francisco Dancers' Workshop schlossen sich Jahre der Performancearbeit mit Ritualen in Großgruppen von über 100 Menschen an. Sie diente der Erforschung und Strukturierung kollektiver Kreativität im natürlichen und urbanen Umfeld.

Zu Beginn der 1970er Jahre erfuhr Halprins prozessorientierte Tanzarbeit durch die Auseinandersetzung mit ihrer Krebs-Erkrankung und ihrem Heilungsprozess einen weiteren Wandel. Halprins „Life/

Art Process“ entwickelte sich aus einem Verständnis, das Kunst nicht als vom Leben getrenntes Produkt betrachtet, sondern Leben und Kunst als sich gegenseitig beeinflussend und substanziell nährend ansieht. Darin findet die intensive Arbeit mit Fritz Perls und der damals entstehenden Gestalttherapie sowie die von Lowen entwickelte und auf Reich rekurrende bioenergetische Körpertherapie Einfluss, der zufolge Körper, Bewegung und Gefühle in einer Art „feedback process“ betrachtet werden. Die seither von ihr und ihrer Tochter Daria Halprin ausgearbeitete und sich stetig weiterentwickelnde Theorie und Praxeologie im Feld der „Movement based Expressive Arts Therapy“ wird an dem von beiden gegründeten Tamalpa Institute in Kalifornien, USA und international gelehrt.

„Der Kreative Prozess“

- Im zweiten Vortragsteil wurde „Der Kreative Prozess“ als methodische Grundlage des „Life/Art Process“ vorgestellt. Seine Prinzipien werden wie folgt erläutert:

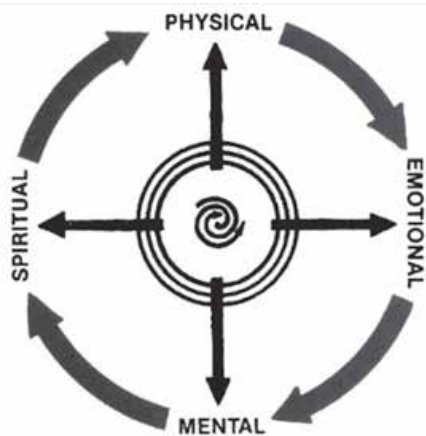


Abbildung 1. Diagramm zu den Prinzipien des kreativen Prozesses (Wittmann et al. 2009)

Die zentrifugal und zentripetal verlaufende Spirale im Zentrum des Diagramms symbolisiert die Lebensbewegung einer leiblichen Selbstentwicklung. Diese Entwicklung im Menschen geschieht im unmittelbaren Kontakt mit inneren und äußeren Einflüssen und deren Wechselwirkung. Dazu gehören Eindruck und Ausdruck, Erleben und Handeln, Reflexion und Integration als Potenzial für kreative Handlungsprozesse. Öffnen sich die Sinne für den Augenblick, so wird die sinnlich-ästhetische Spürfähigkeit zur Quelle menschlicher Kreativität (Schorn 2003). Den symbolischen Ausdruck der im Kern des Diagramms befindlichen Spiralen, deutet Anna Halprin als vertiefte Lebenserfahrung, die zu erweitertem künstlerischen Ausdruck führt, wie z. B. in Bewegung und Tanz, im bildnerischen Gestalten, in poetischen Dialogen/kreativem Schreiben, dessen Rückwirkung wiederum Einfluss auf das Leben nimmt (Halprin 2000).

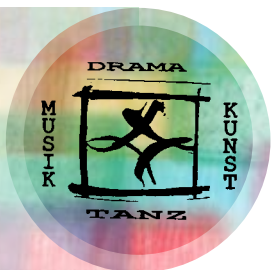
Drei konzentrische Kreise umfassen die im Zentrum befindlichen Spiralen. Sie beinhalten die sozialen Dimensionen zwischenmenschlicher Bezogenheit als Ich – Du – Wir – Erfahrung (Schorn 2003). Dazu merkt Schorn an: „Zwischenmenschliche Begegnung, die sich mit

geöffneten Sinnen vollzieht, hinterlässt im Ich, Du und Wir leibliche Resonanzen, [...] Je mehr sich diese Ich-Funktionen im Menschen ausbilden, d. h. je mehr das Individuum zu seiner subjektiven Leiblichkeit einen lebendigen Kontakt herstellt, desto kontaktfähiger wird er gegenüber dem Anderen.“ (Schorn 2003, S. 263).

In Halprins kreativer Prozessarbeit geht es um eine empathisch-räsonierende Zeugenschaft im intersubjektiven Feld der Begegnung. Ob im dyadischen Setting der Einzel-Kreativtherapie, bei Gruppenritualen, in deren prozessualen Verlauf kollektive Kreativität ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt oder im Kontext einer „Life/Art Process“-Performance, in deren interaktiven Geschehen der Zuschauer zum „Zeugen“ wird: alle Bereiche beinhalten die unbedingte Wertschätzung des Gegenübers und des ko-kreativen Erlebens und Gestaltens.

Die vier Pfeile, die jeweils von innen nach außen in Richtung der körperlichen, emotionalen, mentalen und der spirituellen Ebene der Wahrnehmung weisen, sind Ausdruck der vier Grundwahrnehmungen des Menschen. Der Außenkreis des Diagramms verbindet diese Ebenen zu einer ganzheitlichen Gestalt. Er symbolisiert die Ganzheit des Menschen und spiegelt ihn in seinem existentiellen Dasein wider.

Die drei „Awareness-Response-Ebenen“ (körperlich, emotional, mental) werden im praktisch-methodischen Arbeitsansatz explizit mit einbezogen. Die spirituelle Ebene oder auch transpersonale Ebene liegt jenseits konkreter Wahrnehmung und rationaler Vernunft. Sie wird in der Halprinschen Praxeologie als gegenwärtig anerkannt, jedoch nicht aktiv aufgegriffen. „Der Kreative Process“ bietet die Möglichkeit Körper und Bewegung, Gefühle und Emotionen sowie persönliche Vorstellungen und



Bilder in ihrer intrapsychischen sowie zwischenmenschlichen Wechselwirkung zu eruieren und in einem kreativ-integrativen Entwicklungsprozess zur Entfaltung zu bringen (Halprin, 2013).

Exkurs „Movement Ritual I – IV“ nach Anna Halprin

- Im ersten von drei praktischen Teilen lernten die Workshop Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Sequenz aus dem „Bewegungsritual II“ kennen.

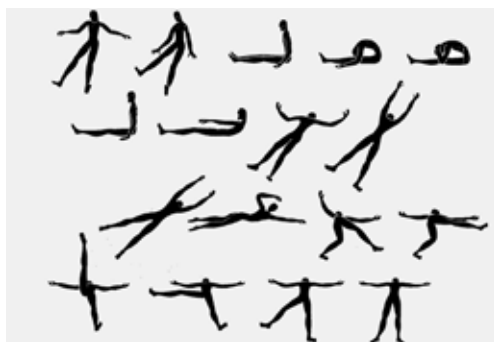


Abbildung 2. Sequenzen aus dem „Bewegungsritual“

(Halprin 1981)

Angeregt von der Zusammenarbeit mit Moshe Feldenkrais und Ida Rolf sowie von den theoretischen Ausarbeitungen Mabel E. Todds und ihren Erkenntnissen über funktionale Körperstrukturen und deren Zusammenspiel in der Bewegung, entwickelte Halprin das Bewegungsritual I–IV. Es dient als Grundlage des Verstehens von Gesetzmäßigkeiten des Körpers im Liegen, Sitzen, Stehen und in der Fortbewegung. Das einfache und funktional aufgebaute Bewegungssystem ist eine Basiskörperarbeit zur Entwicklung von Körpererleben und Selbstaussdruck. Es schafft durch eine Abfolge von kräftigenden, dehnenden, entspannungs- sowie bewegungsflussfördernden Sequenzen einen Zugang zu den Wahrnehmungsebenen (körperlich/emotional/mental) und trägt dazu bei, das Körperbewusstsein zu unterstützen.

Das vom Liegen bis zum Stehen und in den Raum entwickelte Ritual vermittelt

zunehmend Sicherheit und Wohlbefinden im eigenen Körper. Es dient einer Vitalisierung der Sinne und ermöglicht schrittweise Erfahrungen von Selbstsicherheit in der sich entwickelnden Kinesphäre (dem eigenen Bewegungsraum). Von dort aus führt es in Tanzexplorationen und ko-kreative Begegnungen mit anderen. Der Vergleich zur frühkindlichen psychophysischen Entwicklung, wie von Judith Kestenberg in den „Kestenberg Movement Profiles“ ausgearbeitet und beschrieben, kommt dabei unmittelbar in den Sinn (Kestenberg et al. 1999).

Die Entwicklung von Bewegung, Begegnung und Intentionalität (Raumaspekte werden hierin in horizontale, vertikale und sagittale Dimensionen und dimensional überschneidende Flächen unterschieden und bilden sich in der gesamten Kinesphäre des sich bewegenden Menschen ab), lässt sich in der von Halprin systematisch ausgearbeiteten Struktur des Bewegungsrituals I–IV auf basale Weise wiederfinden. Auch finden sich Parallelen zu Winnicotts Beschreibungen von Reifungsprozessen in der frühkindlichen Entwicklung, ausgehend von der Sicherheit, Nahrung und Halt gebenden Bezugsperson, hin zur Erkundung des Raums im explorativen Spiel, wobei Übergangsobjekte als Wegbereiter zur Entstehung der Triangulierungsfähigkeit fungieren (Winnicott, 1971).

Das „Bewegungsritual“ als Basis Körperarbeit

- Bei der im Workshop vermittelten Bewegungssequenz „Rotationschwung“ aus dem „Bewegungsritual II“ wurden alle Teilnehmenden eingeladen im Kreis stehend, um die eigene Achse, jeweils abwechselnd nach rechts und links zu schwingen. Der Rotationschwung zeichnet sich aus durch:
 - einen flächigen, an der Breite des Körpers orientierten Stand,

- einen mittleren Muskeltonus mit durchlässiger Körperaufrichtung,
- eine offene und flexible „release“-Funktion der Gelenke.

Der Rotationsschwung bietet einen zentrierten und sicheren Ausgangspunkt zur Aktivierung und Vitalisierung von Körpererleben und Selbstausdruck. Die einfache Schwungsequenz kann sowohl zentrifugal, von der Körpermitte aus initiiert werden oder zentripetal, von der Körperperipherie (Hände/Arme und Füße/Beine) ausgehend, geschwungen werden. Ebenso ist es möglich, nur Körperteilabschnitte (Hände/Unterarme/Schultergürtel/Wirbelsäule/Füße/Beine), statt der Ganzkörper-Rotation einzusetzen.

- Begleitet von meiner körperorientierten und verbalen Anleitung, experimentierten die Teilnehmenden mit der Schwungsequenz in unterschiedlichsten Variationen. Dabei wurden alle eingeladen, den Fokus zunehmend auf die Differenzierung der Wahrnehmungsebenen zu legen. Wird die Aufmerksamkeit auf die „körperliche Ebene“ gerichtet, kann sich die Körperwahrnehmung am strukturierten Erspüren der Kinesphäre orientieren. Dabei sollten die Teilnehmenden auf bewegungsanalytische Aspekte, wie z. B. Bewegungsfluss, Spannungsfluss, Vorantrieb, Antrieb und Form in Verbindung mit Raum-, Kraft- und Zeitparametern achten.

Zur Differenzierung der „emotionalen Ebene“ wurden die Schwingenden dazu eingeladen, die Aufmerksamkeit darauf zu legen, „wie“ es sich anfühlt, „was“ vorher körperlich wahrgenommen wurde. Hierbei knüpften die Teilnehmenden Verbindungen vom kinästhetischen Empfinden zu Gefühlen und Stimmungen, die mit Worten, wie z. B. befreit, unsicher,

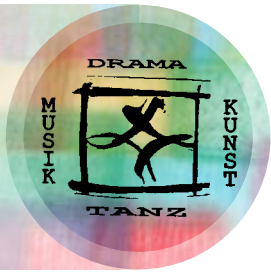
erleichtert, emotional beschwingt etc. beschrieben wurden.

Zur Differenzierung der mentalen Ebene stellte ich Fragen nach Phantasien und Assoziationen, die durch die somatische Praxis angeregt wurden. Ebenfalls gab ich körperorientierte sowie verbale Anregungen in Form von vorgegebenen Imaginationen, die mit dem Bewegungsschwung assoziiert werden konnten, wie z. B. ein Adler/Kolibri mit ausgebreiteten Flügeln, eine Trauerweide im Wind, ein leichter Wellengang etc.).

- Vom Rotationschwung als Ausgangspunkt für das Spiel mit Variationen im Gruppenprozess, entwickelten die Teilnehmenden dann, in der von mir anvisierten Weiterführung der Bewegungsexploration, Drehungen von individuellem Ausmaß. Dies führte sie zum Thema: „Spiel mit der Balance/ in Balance sein/Balance verlieren/ Balance wiederfinden“.

Wie in der Eröffnungsphase des praktischen Workshopteils, so bietet sich das „Bewegungsritual“ nach Halprin auch zu Beginn von Körpertherapie-Einheiten an, um einen behutsamen Zugang zur basalen Körperlichkeit zu bahnen. Jede einzelne Bewegungssequenz hält vielfältige Möglichkeiten zur Selbstregulation bereit und bietet Verknüpfungen zwischen körperlicher und emotionaler Regulation (Bender, 2007). Diese Verknüpfung basiert auf „unbewussten Verstehenskategorien“ sensomotorischer Koordinationen auf die prä-reflexiv und „embodied“ zurückgegriffen wird (Leuzinger-Bohleber, 2014).

Dabei spiegeln sich Körpererleben und Selbstausdruck über Bewegungsparameter wider, wie z. B. zwischen minimalem bis großem Bewegungsausmaß im Raum, leichtem bis energievолlem



Einsatz von Kraft, teil- bis ganzkörperlichem Bewegungseinsatz, Bewegungsfunktionen wie Öffnen und Schließen, Ausdehnen und Zusammenziehen, der Schwerkraft nachgeben und entgegenwirken etc. sowie die damit in Verbindung stehenden Emotionen. Einerseits gewährleistet die übungszentrierte Struktur des Bewegungsritual I–IV genügend Transparenz um schrittweise Sicherheit zu etablieren und im voranschreitenden Prozess zunehmend Wünsche, Bedürfnisse und Belastungsgrenzen wahrzunehmen und zu kommunizieren.

Andererseits eröffnet das Aufgreifen prozessorientierter Variationen, Explorationen und Improvisationen neue Spielräume und Erweiterungen, um ausgewählte Themen auf ihre Ressourcen hin zu untersuchen. Nach ausreichender Stabilisierung kann ein dabei aufkommendes Thema ggf. auch konfliktzentriert bearbeitet werden.

Ausschlaggebend ist, dass Körper-, Tanz- und Ausdruckstherapeutinnen und -therapeuten ihre psychischen, sozialen und künstlerischen Fähigkeiten einsetzen um über das performative Geschehen im Raum Zustände zu erfassen und diese über eine überwiegend non-verbale Verständigung ko-regulativ und angemessen zu begleiten, das heißt z. B. körpersprachlich markiert zu spiegeln (vgl. Metzner & Seng 2016). Dabei wird die Gesamtheit der persönlichen und interaktionellen Wahrnehmungsfähigkeit in Verknüpfung mit ihrer tänzerischen, pädagogischen und therapeutischen Expertise beansprucht.

Körper – Raum – Interaktion

- Im zweiten Praxisteil des Workshops folgte die Auseinandersetzung mit „Innenräumen“ und „Außenräumen“ im interaktionellen Handlungsgeschehen. Dabei rückte die somatische

Praxis des Gehens ins Zentrum einer „verkörperten Reflexion“ zu den von mir gestellten Fragen: „Wie geht’s? Wie gehe ich?“

Hier gingen die Teilnehmenden der ersten Frage nach, so wie sie uns im Alltäglichen, bei jeglicher Form des ungezwungenen Zusammenkommens vom Gegenüber, aber auch von uns an andere, gestellt wird. Darauf folgend untersuchten wir den Zusammenhang zwischen der ersten und der zweiten Frage um im Hier-und-Jetzt-Geschehen des real gespürten Gehens eine eigene Sinnhaftigkeit zu erschließen und dem eigenen Erleben auf die Spur zu kommen.

- Anschließend wurde das Gehen an räumlichen Parametern (Außenräume) ausgerichtet und mit der Begegnung mit anderen verknüpft, um dabei erlebte Resonanzen (Innenräume) zu reflektieren, wie z. B. Raum-Mitte/Raum-Peripherie, viel Platz/wenig Platz, enge/weite Abstände, Nähe/Distanzen etc. Dabei wurden die Teilnehmenden eingeladen, gleiche aber auch kontrastierende Qualitäten in Körperhaltung und Bewegungsausdruck auszuprobieren, z. B. viel Platz mit dem Körper einzunehmen – bei wenig Platz im Außenraum (Raum Mitte), vice versa und das Geschehen auf den drei Wahrnehmungsebenen zu reflektieren.
- Durch hinzukommende räumliche „Stops“ (die von jedem durch Klatschen ausgelöst und aufgelöst werden konnten) wurden Positionierungen im Raum und zu anderen zur weiteren Differenzierung des Handlungsgeschehens ausprobiert.
- Im letzten Schritt folgte die „Schachbrett-Übung“ im interaktionellen Handlungsfeld. Hierbei konnte jeweils

immer eine Person, zur jeweiligen Zeit, ihre Position im Raum und in Bezug auf Einzelne sowie die gesamte Gruppe verändern und diese Positionierung spürend wahrnehmen. Dabei wurden Positionierungen wie z. B. neben, vor, hinter, mit, ohne, einzelne, mehrere, gesamte Gruppe, außen, mitten, oben, unten etc. ausprobiert, um ein eigenes Interesse, wie z. B. Bedürfnisse, Wünsche, Herausforderungen zu untersuchen.

(Dieser Aufgabenabschnitt eignet sich insbesondere für bewegungsdiagnostische Einschätzungen in Verknüpfung mit den Konfliktmustern der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 2009), worauf aus Platzgründen in diesem Beitrag nicht ausführlicher eingegangen werden kann).

Implizites Beziehungswissen als Körper-Raum-Erfahrung

Schon von den ersten Lebensmonaten des Menschen an gestaltet sich das Selbst über zwischenmenschliche Begegnung und Beziehung hin zum subjektiven Selbst. Abfolgen von Wahrnehmungs-, Handlungs- und Affekt-Stimuli orientieren sich fortlaufend am interaktiven Geschehen, in das Sinnesempfindungen und zeitliche Abfolgen von Gefühlsgestalten als Eindrücke eingehen. Ab einem Alter von ca. 18 Monaten konstellieren sich Interaktionsmuster und es entwickeln sich Fähigkeiten zur Symbolisierung, so dass das Kind sprechen lernt.

Fortan kristallisieren sich zunehmend Vorstellungen, Phantasien, Gefühle und Affekte heraus bis hin zur Entwicklung von verbalen Kommunikationsformen (Stern, 1993). Dabei bilden Handlungsdialoge, basierend auf wiederholendem Sehen und Mit-Handeln im freien Spiel mit der Mutter und weiterer hinzukommender Personen die Grundlage für die Entwicklung von

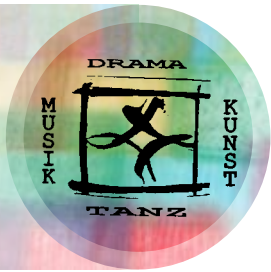
Intersubjektivität (Trautmann-Voigt & Voigt, 2007). Was hat dieser entwicklungspsychologische Exkurs mit Begegnungen im tänzerischen Kontext von Performance aber auch dem interaktionellen Handlungsgeschehen in Therapien zu tun? Schon der amerikanische Säuglingsforscher Daniel Stern bezeichnete die ersten Interaktionserfahrungen als „Tanz zwischen Mutter und Kind“. Im Rückblick auf den Beginn seiner Forschungen führt er an: „... Dort wurde mit experimentellem Tanz und Theater, mit Veränderungen des Rhythmus und der Geschwindigkeit gearbeitet. [...] Interessanterweise sind genau solche Erlebnisse, die Bewegung und Tanz einschließen, meiner gesamten Forschungsarbeit an Müttern und ihren Babys vorangegangen! Ich rief mir die Bedeutung von Tanz und Bewegung speziell für meine Arbeit ins Gedächtnis zurück.“ (Stern 1998, S. 82).

Performanz und Resonanz

Begegnung in Bewegung, eine Inspirationsquelle, die Stern zu seinen maßgeblichen Untersuchungen anregte, basiert auf leiblicher ko-Präsenz. Interaktive Begegnungen im Tanz sind von rhythmisch-zeitlichen Parametern sowie Spannungs- und Formenfluss in Verschränkung mit emotionalem Erleben und mentalen Vorstellungen, Gedanken und Assoziationen geprägt und werden unentwegt neu geformt und erweitert.

In performativen Prozessen, wie in Tanzperformances aber auch im tanztherapeutischen Behandlungskontext, sind es nicht Ideen, die durch ein reproduziertes Bewegungsvokabular festgeschriebene Bedeutungen vermitteln sollen, sondern Aufgabenstellungen oder Intentionen, die beschreiben, was zum Thema der Bewegungserforschung und Interaktion werden kann, aber nicht, wie sie umgesetzt werden können.

Dabei kann das Handeln selbst als eine



„offene Gestalt“ betrachtet werden, in der eine Bewegung eine Aufgabe vollzieht, anstatt diese darzustellen (Brandstetter, 2012). In einer Duration des Tuns verbinden sich und entwickeln sich „prozessuale Gestalten“ innerhalb eines sozialen Raums. Durch die Verbindung von performativen und symbolischen Elementen kann sich dabei ihre Wirkung und Resonanz entfalten. Angeregt von diesem Wirkungspotential können sich Gemeinschaften bilden, die auf der Grundlage intersubjektiver Räume des Aushandelns beruhen.

Im performativen Begegnungsraum der Körper-, Tanz und Ausdruckstherapie ist es ein Aushandeln von Zwischenräumen im dialektischen Spannungsfeld von z. B. Nähe/Distanz, Kontakt/Abgrenzung, Gleichheit/Unterschiedlichkeit, Vertrautheit/Fremdheit. Dabei ist der Körper als aushandelndes Medium anzusehen. Die Ausdrucksfähigkeit eines Menschen unterliegt sowohl biologischen, entwicklungspsychologischen als auch soziokulturellen Einflüssen. Wie im Zusammenspiel von Eindruck und Ausdruck eine innere Wirkung erzeugt wird, so hat diese wiederum Einfluss auf die Interaktion mit der Umwelt und damit auf das Beziehungsgefüge im sozialen Kontext. „Je kongruenter der Ausdruck, desto übereinstimmender spiegelt sich emotionales Erleben im anwesenden Zuschauer und Zeugen eines kreativen und künstlerischen Prozesses.“ (Schorn 2009, S. 53).

Dies gilt vergleichbar für die therapeutische Beziehungsgestaltung, in der sich das implizite Beziehungswissen auf der Basis von mehr oder weniger kongruenten Abstimmungsprozessen durch mikroprozessuale Resonanzen über Mimik, Gestik und weitere körpersprachliche Verständigungen vollzieht. Im therapeutischen Prozess geht es darum, stilisierte und oft mit vorgefassten und emotionsentfrem-

deten oder überfrachteten Bedeutungen versehene Bewegungsmuster aufzulockern, um individuell authentische Empfindungs- und Ausdrucksmöglichkeiten zu entfalten und darüber Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit zu reaktivieren. In einem am eigenen und ko-kreativen Erleben ausgerichteten Prozess wird der Mensch selbst, kontakt- sowie emotional resonanzfähig (Halprin, 1995).

Der „Psychokinetische Imaginationsprozess“ („PKIP“)

- Im letzten Praxisteil lernten die Teilnehmenden den „PKIP“ als weiteren Baustein des „Life/Art Process“ nach Halprin kennen.

Aus dem Zusammenspiel von Tanz, Malerei und kreativ-imaginativem Schreiben wurde das intermodale Prozessmodell „Psychokinetischer Imaginationsprozess“ entwickelt. Mit diesem methodischen Baustein im „Life/Art Process“ wird der Zugang zu sinnlich-ästhetischen Erfahrungskanälen über intermediale Medien geschaffen, um diese wiederum für ko-kreatives Handeln zu nutzen (Halprin D 2013).

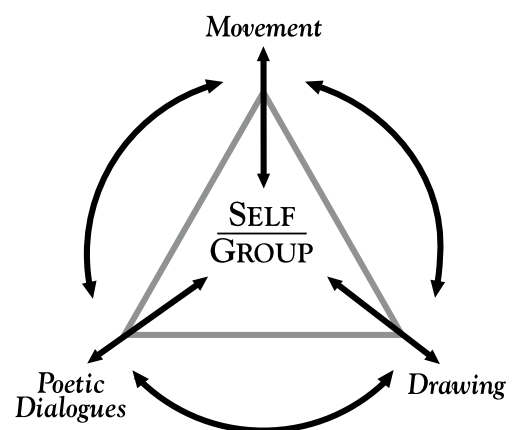
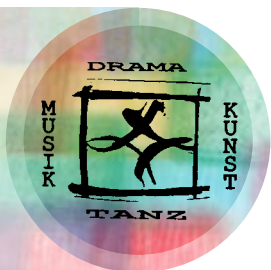


Abbildung 3. Modell der psychokinetischen Imagination (Halprin D. 2013)

Dabei wird in der Arbeit mit persönlichen Lebensfragen durch Bewegung und Tanz, Bilder und Symbole, geschriebene Texte, Dialoge oder Gedichte ein kreativer

Transferraum kultiviert. In ihm kommt ein Wechselspiel von kinästhetischer Körpererfahrung, Emotion und mentaler Vorstellungskraft in Fluss, in deren Folge Mentalisierung (g)reifen kann. Entscheidend dabei ist immer wieder die Rückführung der Erfahrung in den Körper, in Tanz und Bewegung (Lang, 2002). Hierbei fördert der Prozess selbst im Hin und Her zwischen Selbst und Medium, Sich und Anderen, Eindruck und Ausdruck, ein „leibliches Erfassen“ der Imaginationen sowie des ästhetischen Antwortens in der Interaktion, so dass er als Halte- oder Bezugspunkt intersubjektiver Anerkennung fungiert.

- Als Abrundung des praktischen Input knüpfte ich eine Verbindung vom „PKIP“, zu den in deutschen Kliniken weithin verbreiteten Imaginationen nach Reddemann. Einerseits, da ich, wie im Nachhinein bestätigt, davon ausgehen konnte, dass viele Kreativtherapeutinnen und -therapeuten damit vertraut sind und die Übungen als Ressourcen orientiertes Material für eine breite Patientenklientel geeignet sind. Andererseits sind diese Übungen als Vorläufer zur Arbeit mit freien Imaginationen und insbesondere zur interdisziplinären Verflechtung mit dem Halprinischen „PKIP“ im klinischen Kontext geeignet.
- Hierbei wurden die Teilnehmenden dazu eingeladen, sich in einer bequemen Position auf dem Boden einzurichten, einschließlich hinzugeholter, unterstützender Materialien, wie z. B. Decken, Kissen, etc.
- Dann führte ich die Gruppe verbal angeleitet durch die Reddemansche „Baum Imagination“ (Reddemann, 2001).
- Nach einer anschließenden kurzen Aktivierungsphase wurden die Teilnehmenden eingeladen zum Thema „Körper/Baum“ ein „Schnellbild“ zu malen (ca. 5 Min.). Dieses Bild konnte sowohl auf der Vorstellung des Baumes und des Körpers beruhen sowie die aktuelle Körperwahrnehmung beim Malen aufgreifen und zum Ausdruck bringen.
- Im letzten Schritt setzte ich einen methodischen Baustein aus dem kreativen Schreiben, die „Statement Triangel“, ein. Hierbei wurden drei Sätze von mir begonnen und anschließend von den Teilnehmenden verschriftlicht und im eigenen Sinne zu Ende geführt. Startend mit dem Basis-Statement: „Mein Baum ist ...“ folgt anschließend die Vorstellung und Beschreibung des Weges: „Mein Baum braucht...“. Zum Schluss folgt die Vorstellung und Beschreibung des Ziels: „Mein Baum will ...“.
- Zu einem Erfahrungsaustausch über die erlebte Imagination, das gemalte Bild und die drei dazu geschriebenen Sätze begaben sich die Teilnehmenden in Duetten zusammen.
- Abschließend versammelte sich die Gesamtgruppe zu einem Austausch und zur Abschlussreflektion zum Workshop, in der viele Bezüge, Anregungen und Fragen zum jeweils eigenen Arbeitskontext geknüpft und gestellt wurden.



Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Huber.

Boston Chance Process Study Group, BCPSG (2002). Explicating The Implicit: The Local Level and The Microprocess Of Change In The Analytic Situation. Zeitschrift Int J Psychoanal, 83, 1051-1062.

Boston Change Process Study Group, BCPSG (2014). Enactment und das Auftauchen einer neuen Beziehungsorganisation. Zeitschrift Psyche, 68, 971-996.

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

Brandstetter, G. (2012). Re-Play Choreographie von Stoffen zwischen Mode und Performance: Anna Halprins „Parades and Changes“. In: Lehnert, G. Räume der Mode (S. 217-233). Paderborn: Wilhelm Fink.

Halprin, A. (1981). Movement Ritual. San Francisco: SF Dancers´Workshop.

Halprin, A. (1995). Moving Toward Life. Five Decades of Transformational Dance. Hanover, NH: Wesleyan University Press.

Halprin, A. (2000). Tanz, Ausdruck und Heilung. Essen: Synthesis.

Halprin, D. (2013[2003]). Was der Körper zu erzählen hat. Expressive Arts Therapy in Theorie und Praxis. München: Kieser.

Kestenberg Amighi, J., Lewis, P., Loman, S., Sossin, M. (1999). The Meaning of Movement – Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile. Amsterdam: Gordon and Breach.

Lang, H.D. (2002). Tanz als heilsame Kunst mit Krebspatientinnen. In: Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. Verspieltheit als Entwicklungschance (S. 249-277). Gießen: Psychosozial.

Leuzinger-Bohleber, M. (2014). Den Körper in der Seele entdecken. Embodiment und die Annäherung an das Nicht-Repräsentierte. Zeitschrift Psyche 68, S. 922-950.

Metzner, S. & Seng, S. (2016). Tanz auf dem Es. Zeitschrift Psychodynamische Psychotherapie 1, S. 49-58.

Pflichthofer, D. (2008). Spielräume des Erlebens. Performanz und Verwandlung in der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial.

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Ross, J. (2009). Anna Halprin. Experience as Dance. Berkley and Los Angeles: University of California Press.

Schechner, R. (2003). Performance Theory. From Ritual to Theatre and Back. London: Routledge.

Schorn, U. (2003[2000]). Anna Halprins „Life-Art-Process“. Ein intermediales Modell im Grenzbereich von Kunst und Therapie. In: Klein, G. (Hg.). Tanz Bild Medien. S. 257-280. Münster: Lit.

Schorn, U. (2009). „Der Life/Art Process“ – Bausteine für kreatives Handeln. In: Wittmann, G., Schorn, U., Land, R. Anna Halprin. Tanz Prozesse Gestalten. S. 48-84. München: Kieser.

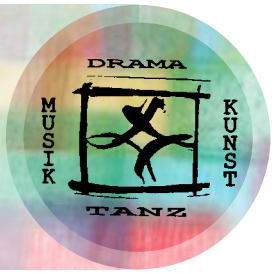
Stern, D.N. (1993). Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. München: Pieper.

Stern, D.N. (1998). „Now-Moments“, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körper Psychotherapie. S. 82-96. Frankfurt a.M.: Brandes und Apsel.

Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2007). Körper und Kunst in der Psychotraumatologie. Methodenintegrative Therapie. Stuttgart: Schattauer.

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

Wittmann, G., Schorn, U., Land, R. (2009). Anna Halprin. Tanz Prozesse Gestalten. München: Kieser.

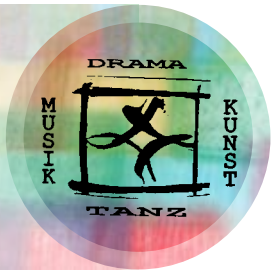


Gegenwärtig sein – Das Prinzip Achtsamkeit in der Kreativtherapie



Renate Kemp

Renate Kemp, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dipl.-Musiktherapeutin (FH) und Master in Supervision und Coaching, Bildungsreferentin an der LVR-Akademie. Langjährige klinische Tätigkeit als Musiktherapeutin mit unterschiedlichem Klientel in den Bereichen Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Praktische Anwendung achtsamkeitsbasierter Interventionen im Bereich Traumatherapie, Musiktherapie sowie in Supervision und Coaching. Stetige Übung von Achtsamkeit im Rahmen der Praxis als Zen Nonne.



Begrüßung

„Ein Workshop ist ein Workshop – Er lebt von der gemeinsamen Erarbeitung einer Sache. Die Erarbeitung von Achtsamkeit geht nur über die praktische Erfahrung von Achtsamkeit – das Üben und Erleben. Stellvertretend zu den Übungen im Workshop und der Annäherung an das Thema lade ich Sie zu einer kurzen Achtsamkeitsübung ein.“

3-Minuten Atemraum

Nehmen Sie im Stehen oder Sitzen eine bewusste, würdevolle Haltung ein. Schließen Sie möglichst die Augen, und nehmen Sie sich dann jeweils etwa eine Minute Zeit, um sich durch die folgenden drei Schritte zu führen:

Schritt 1: Gewähr werden

Lenken Sie Ihre Wahrnehmung auf Ihre innere Erfahrung und fragen Sie sich:

Was erlebe ich jetzt in diesem Moment?

- Welche **Gedanken** gehen mir durch den Kopf? Nehmen Sie die Gedanken, so gut Sie können, einfach als vorübergehende geistige Erscheinungen zur Kenntnis, und fassen Sie sie in ein Wort, wenn Sie möchten.
- Welche **Gefühle** sind da? Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf jede Wahrnehmung emotionalen Unbehagens oder unangenehmer Gefühle und anerkennen Sie deren Existenz.
- Welche **körperlichen Empfindungen** haben Sie jetzt in diesem Augenblick? „Scannen“ Sie eventuell kurz Ihren Körper, um Verspannungen oder Widerstände aufzuspüren.

Schritt 2: Sammeln

Lenken Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf die physische Empfindung des Atmens, darauf, wie der Atem „sich selbst atmet“. Konzentrieren Sie sich auf die mit dem

Atem verbundenen Bewegungen im Bauchraum ... spüren Sie, wie sich die Bauchdecke beim Einatmen dehnt ... und beim Ausströmen des Atems wieder einsinkt. Folgen Sie dem Atem mit Ihrer Aufmerksamkeit beim Ein- und Ausatmen während jedes vollen Atemzuges, um sich im gegenwärtigen Moment zu verankern. Falls Ihr Geist irgendwann „auf Wanderschaft“ geht, führen Sie ihn freundlich zum Atem zurück.

Schritt 3: Ausdehnen

Erweitern Sie nun Ihr Wahrnehmungsfeld über die Atmung hinaus, so dass es ein Gefühl für den Körper als Ganzes, Ihre Haltung und Ihren Gesichtsausdruck einschließt. Falls Sie Unbehagen, Verspannung oder Widerstände wahrnehmen, bringen Sie Gewährsein in diesem Bereich, indem Sie dort hinein-atmen. Atmen Sie dann aus diesem Bereich aus, so dass Sie beim Ausatmen weicher werden und sich öffnen. Nehmen Sie dieses umfassende Gewährsein so gut Sie können, in die nächsten Momente Ihres Alltages mit.

(Übung aus: Teasdale, Williams & Sigal, 2015)

In Gesellschaft, Wirtschaft und ebenso im Gesundheitswesen ist der Begriff Achtsamkeit allgegenwärtig, ja fast schon inflationär. Das Konzept Achtsamkeit wird vielversprechend beworben und findet im Rahmen der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie Einzug in das Feld der klinischen Behandlung. Und auch in zahlreichen Unternehmen versprechen Achtsamkeitstrainings mannigfaltige Auswirkungen auf Mitarbeitende und Führungskräfte. Für das Zukunftsinstitut (Zukunftsinstitut GmbH, Frankfurt) ist Achtsamkeit ein Megatrend, also etwas, das Gesellschaft und Wirtschaft nachhaltig zu verändern vermag. (Horx, 2017)



Workshopleitung: Renate Kemp (a. d. Boden, i. Vordergrund, sitzend)

Für den klinischen Kontext stellt sich die Frage, wo das Konzept Achtsamkeit Berührungspunkte mit Konzepten der kreativen Therapie erkennen lässt und wie diese Berührungspunkte für Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten sinnvoll für den therapeutischen Prozess genutzt werden können.

Was ist Achtsamkeit?

In seiner historischen Entwicklung ist Achtsamkeit bezogen auf die Lehrreden des historischen Buddha Shakyamuni (Siddhartha Gautama), insbesondere in seiner Lehrrede von den Grundlagen der Achtsamkeit (Satipatthana Sutta). Für Buddhisten jeglicher Ausprägung ist sie somit ein zentrales Element des spirituellen Weges.

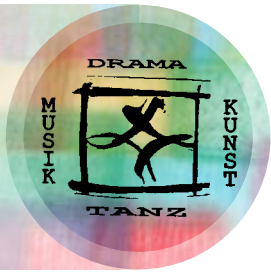
Von der Phänomenologie her gesehen beachten viele religiöse und spirituelle Traditionen, sowie philosophische und psychologische Schulen, die Grundlagen der Achtsamkeit. In besondere Weise trug Jon Kabat Zinn in den 1970er Jahren dazu bei, die Achtsamkeitspraxis in Medizin und Gesellschaft bekannt zu machen und deren Wirkung zu erforschen. Mit der Säkularisierung der Achtsamkeit und der Entwicklung von Übungsprogrammen und

Konzepten, beispielsweise der Mindfulness based Stressreduction (MBSR), war der Weg in den klinischen Alltag gebahnt. (Kabat-Zinn, 2015)

„Rechte Achtsamkeit ist die unerlässliche Grundlage für rechtes Leben und rechtes Denken und hat daher eine lebenswichtige Botschaft für jedermann: nicht nur für den überzeugten Buddhisten, sondern für alle, die sich bemühen wollen um die Meisterung des eigenen, so schwer zu lenkenden Geistes; und die seine verborgenen und gehemmten Möglichkeiten entwickeln wollen für eine größere innere Kraft und ein größeres und reines Glück.“ (Nyana-ponika, 1993)

Was der Begriff Achtsamkeit meint, wird folgendermaßen beschrieben: „Achtsamkeit ist das deutsche Äquivalent der Pali-Worte sati und sampajanna, die sinngemäß etwa mit Gewahrsein, Umsicht und Bewusstheit wiedergegeben werden können.“ (Shapiro & Carlson, 2011)

Die Begriffe Gewahrsein, Umsicht und Bewusstheit stehen in einer inneren Logik zueinander. In dieser inneren Logik ist Achtsamkeit als Prozess zu verstehen, welcher gleichsam als Ergebnis das acht-



same Gewährsein erzeugt. Achtsamkeit ist dabei bezogen auf den Geist ein **Werkzeug der Erkenntnis** (Wie ist der Zustand meines Geistes genau jetzt?) der **Gestaltung des Geistes** (Aufmerksam und präsent, nicht wertend) und der **Befreiung des Geistes** (Entwicklung von Offenheit, Klarheit und Verbundenheit).

Achtsames Gewährsein

„Wir wollen also mit bloßem Gewährsein beginnen, mit dem Gewährsein des einfachen Atmens. Atmen Sie gerade? Wissen Sie, dass Sie atmen? Dieses Wissen kann ein intellektuelles und konzeptionelles Wissen sein, es kann aber auch eine gefühlte Wahrnehmung sein, ein Wissen mit Ihrem ganzen Sein. Dieses tiefe Wissen ist Achtsamkeit. Beim Einatmen mit Ihrem ganzen Sein zu wissen: „einatmen“; beim Ausatmen mit Ihrem ganzen Sein zu wissen: „ausatmen“.

Nehmen Sie genau jetzt wahr, wie Ihr Geist ist? Ist er klar und interessiert? Ist er abgestumpft und müde? Ist er konzentriert? Den Zustand Ihres Geistes in diesem Moment zu erkennen, ohne ihn zu beurteilen, zu bewerten, darüber nachzudenken oder zu versuchen, ihn zu ändern, ist Achtsamkeit. Ihren emotionalen Zustand im Moment zu erkennen – Freude, Traurigkeit, Furcht – ist Achtsamkeit.“ (Shapiro & Carlson, 2011)

Mit Gewährsein ist eine grundsätzlich allen verfügbare und natürliche Art zu Sein gemeint. In dieser klaren und befreiten Art zu Sein erfahren wir das Leben, wie es in jedem Augenblick entsteht und vergeht und wissen darum. Die eigenen Wahrnehmungsmuster erkennend ist das achtsame Gewährsein frei von Urteilen und frei von Impulsen, wie beispielsweise das Haften an einer Erfahrung, Erinnerung oder Wahrnehmung.

J. Kabat Zinn (Kabat-Zinn, 2005) drückt das achtsame Gewährsein so aus:

„Unser Gewährsein ist ein sehr großer Raum, um darin zu verweilen. Es ist zu jeder Zeit unser Verbündeter, Freund, Refugium, Zufluchtsort; zu keiner Zeit ist es nicht hier; es ist nur manchmal verschleiert.“

Die Verschleierung aufzuheben, oder anders ausgedrückt mit Klarheit und Bewusstheit zu leben und zu sein, ist das Ziel der Übung der Achtsamkeit.

Dabei existieren vier Hauptobjekte der Achtsamkeit:

- Körperliche Vorgänge (Atmung, Körperhaltung, Beweglichkeit, Körperteile)
- Gefühlsleben (angenehme, unangenehme, neutrale Empfindung)
- Bewusstseinszustand (gesammelt, zerstreut, verwirrt, klar ...)
- Geistesobjekte (Denkinhalte, Wahrnehmungen, Bewertungen, Muster ...)

Im Kontext der Konzeptbildung und Forschung zu Achtsamkeit prägten Jon Kabat Zinn und seine Mitarbeitenden eine Unterscheidung von zwei Geisteszuständen in einem einprägsamen Bild: Der Autopilot. (Kabat-Zinn, 2015)

Leben im Autopilot

Ein Leben im Autopilot folgt den konditionierten Mustern, Vorlieben und Verhaltensweisen und verliert sich in der Strömung des immerwährenden Tuns. Jede und Jeder kennt diese durchaus auch sinnvolle und nützliche Fähigkeit, wenn wir Autofahren: wir fahren oft ohne Bewusstheit darüber, dass wir gerade kuppeln, bremsen oder anderes tun. Und gleichsam ist der Autopilot im Straßenverkehr auch ein großes Hindernis, denn im Verkehr ist es jeden Moment anders. Da schert plötzlich vor mir jemand ein und ich muss aufmerksam bremsen ...

Im Zusammenhang mit dem Bild des Autopiloten werden als die beiden Geisteszustände beschrieben: Der **Doing Modus** und der **Being Modus**.

Doing Modus

- Schaltet sich automatisch ein (Autopilot)
- Weilt in der Vergangenheit und hält im Bewusstsein, was vermieden werden soll
- Weilt in der Zukunft, um Ziele zu erreichen
- Fokussiert auf Gedanken während wir arbeiten
- Ist auf Optimierung und Verbesserung ausgerichtet und fokussiert, dass etwas anders sein soll als es aktuell ist
- Kann in einen ungesunden Zustand des getriebenen Tuns übergehen

Being Modus

- Weilt im gegenwärtigen Moment
- Fokussiert auf das Gewahrsein
- Ist geprägt von Präsenz und Konzentration
- Ist offen und weit
- Grundet auf Verbundenheit und Mitgefühl mit sich selbst, der Umwelt und dem Kosmos

Eine Praxis der Achtsamkeit **kultiviert** den Being Modus und ermöglicht damit einen befreiten Geist und ein befreites Leben. Bezogen auf die Arbeit im klinischen Kontext ergibt sich als ein erster, wichtiger Anknüpfungspunkt zwischen Achtsamkeit und Kreativtherapie die Therapeutin, der Therapeut selbst:

„Ein Therapeut muss praktizieren, indem er ganz gegenwärtig ist und muss die Energie des Mitgefühls kultivieren, um hilfreich zu sein.“ (Thich Nhat Hanh, 2000)

Die achtsame Therapeutin, der achtsame Therapeut

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung und Pflege einer eigenen Achtsamkeitspraxis. Aus dieser heraus handelt die Therapeutin, der Therapeut und gründet dies auf folgende Haltungsvervariablen:

Nichturteilend:

Unvoreingenommenes Sehen, den gegenwärtigen Augenblick beobachten, ohne ihn zu bewerten und in Kategorien einzuordnen

Nichtstrebend:

Nicht zielorientiert; losgelöst vom Ergebnis oder etwas zu Erreichendem bleiben

Nicht festhalten bzw. anhaften:

Davon ablassen ein Ergebnis festzuhalten oder sich daran zu klammern, und zulassen, dass der Prozess sich einfach entfaltet

Annehmen:

Die Dinge sehen und annehmen, wie sie im gegenwärtigen Augenblick sind

Geduld:

Zulassen, dass die Dinge sich in ihrer eigenen Zeit entfalten

Vertrauen:

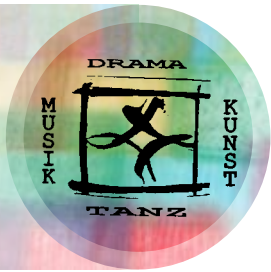
Ein Grundvertrauen in die eigene Erfahrung entwickeln

Offenheit (Anfängergeist):

Die Dinge frisch sehen, als sähe man sie zum ersten Mal

Neugier:

Eine geistige Haltung des Interesses, des Erkundens und Erforschens

**Loslassen:**

Nicht anhaften; nicht an Gedanken, Gefühlen, Erfahrungen festhalten

Kontext wirksam, ohne dass Achtsamkeit explizit Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist.

Sanftmut:

Eine sanfte, rücksichtsvolle und liebevolle Eigenschaft, jedoch nicht passiv, undiszipliniert und lässig

Im Rahmen phänomenologischer Analysen zur Beeinflussung der Therapeutenpräsenz durch Achtsamkeit wurde als Ergebnis die Steigerung der Fähigkeit im Augenblick zu sein beschrieben. „Den Therapeuten zufolge beinhaltet das Im-Augenblick-Sein, dass sie einen stillen und ruhigen Ort in sich entwickeln, wo sie sich zentriert, gelassen und friedvoll fühlen.“ (Shapiro & Carlson, 2011)

Nicht automatisch reagierend:

Fähigkeit bewusst und mit Klarheit zu antworten, statt automatisch in gewohnter, konditionierter Weise zu reagieren

Für die Kreativtherapie mit Ihrem Einbezug der unterschiedlichen kreativen Elemente mag dieser Aspekt zusätzlich von besonderer Bedeutung sein, da er das Mitsein in der kreativen Aktion vermutlich ebenfalls positiv zu beeinflussen vermag.

Liebende Güte:

Eine Qualität, die Freundlichkeit, Wohlwollen und Liebe verkörpert

Im Rahmen des Workshops wurde eine Sequenz des Films zu der Ausstellung „The Artist is present“ von Marina Abramovic gezeigt. Die Sequenz zeigt einen Workshop für Performancekünstlerinnen- und -künstler in Vorbereitung auf die Ausstellung „The Artist is present“ im MoMa 2012. Abramovic spricht davon die Künstlerin, der Künstler müsse sich leer machen, um ganz der Kunst zu dienen.

Viele dieser Handlungsvariablen erinnern an Handlungsvariablen aus therapeutischen Schulen, wie beispielsweise von C. Rogers. (Rogers, 1987) Dies ist insoweit nicht verwunderlich als Carl Rogers und viele andere humanistische Therapeutinnen und Therapeuten, den Buddhismus studierten und ihm nahestanden. Bezogen auf die Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten finden sich je nach zugrundeliegendem Therapieverständnis leichter oder schwerer Anknüpfungspunkte an die Handlungsvariablen einer achtsamen Therapeutin, eines achtsamen Therapeuten.

In meiner eigenen, ganz persönlichen Erfahrung als klinisch arbeitende Musiktherapeutin kann ich diesen Aspekt sehr gut nachvollziehen. **Zusammengefasst** kann abgeleitet werden, dass die Praxis der Achtsamkeit die Therapeutin, den Therapeuten als Person unterstützt:

Unbestreitbar ist die Fähigkeit, Aufmerksamkeit zu zollen und als Therapeutin, als Therapeut, präsent zu sein, ein wesentlicher Wirkfaktor auch im Rahmen der Kreativtherapie. In den Forschungen zu Achtsamkeit wurde nachgewiesen, dass eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis des Therapierenden dessen Fähigkeit steigert, die Aufmerksamkeit zu steuern und aufrecht zu erhalten. (Jha, Krompiner & Braime, Grepmaier et al., 2007)

- In der eigenen Klärung des Bewusstseins
- In der Regulation der eigenen Emotionen

Dies stützt die These, die Entwicklung von achtsamer Präsenz ist im therapeutischen

und damit befähigt, in der therapeutischen Beziehung hilfreich und wirksam zu sein. All dies wird in den therapeutischen

schen Ausbildungen durch ein hohes Maß an Selbstreflexion und Selbsterfahrung sichergestellt. In meiner eigenen Erfahrung kann die Praxis der Achtsamkeit hier in besonderer Weise einfließen. Für mich selbst würde ich sogar behaupten: „sie geht darüber hinaus.“ Sie berührt eine Dimension der Erkenntnis, die im therapeutischen Sinne ganzheitlich ist und im Wesentlichen auf eine kontinuierliche Übungspraxis gründet, die ein tiefes Verstehen ermöglicht.

Als ein, sich gerade entwickelndes Konzept, ist die **achtsamkeitsinformierte Therapie** zu nennen. Zusätzlich zu den oben beschriebenen Merkmalen beinhaltet die achtsamkeitsinformierte Therapie den Einbezug von Lehrtexten aus der buddhistischen Literatur oder Werken zu (säkularer) Achtsamkeit.

Die **achtsamkeitsbasierte Psychotherapie** schließlich basiert ebenso auf einer eigenen, regelmäßigen Achtsamkeitspraxis und beinhaltet die modulare Umsetzung der Konzepte, beispielsweise der Mindfulness based Cognitive Therapie (MBCT). Die Kompetenzen zur Durchführung der Therapie müssen durch qualifizierte Weiterbildungen erworben werden.

Sicherlich mögen sich manche Therapeutinnen und Therapeuten für diese Form entscheiden und ihre Erfahrungen mit dem eigenen, kreativtherapeutischen Handwerkszeug verknüpfen wollen. Zum Beispiel in der achtsamkeitsbasierten Kunsttherapie oder der achtsamkeitsbasierten Musiktherapie oder weiteren Ansätzen. Dass hier in Zukunft noch spannende Entwicklungen zu beobachten sind, legt die Steigerung an Abschlussarbeiten zu diesem Themenkomplex nahe. Entscheidend für die weitere Entwicklung und Einbindung in den klinischen Kontext werden aber auch für diesen Fall die Durchführung qualifizierter Studien sein.

Ist also Achtsamkeit und Kreativtherapie das Traumpaar der Zukunft?

Ich weiß es nicht ...

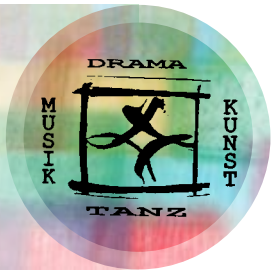
Ganz unwahrscheinlich ist es jedoch nicht, denn mit einem zunehmenden Selbstverständnis achtsamkeitsbasierter Methoden im klinischen Kontext könnte die Kreativtherapie in diesem „Wind“ mitsegeln. Dafür muss sie nicht unbedingt neue Konzepte erstellen. Denn das künstlerische Gestalten steht immer schon als Analogie für einen wachen, unmittelbaren Umgang mit dem Leben, so wie es auch die Praxis der Achtsamkeit vermittelt.

Ebenso ist es für jede Kreativtherapeutin und jeden Kreativtherapeuten ein selbstverständliches Wissen, dass Kreativität der Bereitschaft des Empfangens bedarf, der aus dem Moment des Ruhens und der Öffnung entsteht. Es könnte sein, dass dieser Aspekt sowohl von Kolleginnen und Kollegen, wie auch von Patientinnen und Patienten besser nachzuvollziehen ist, wenn Konzepte der Achtsamkeit im klinischen Kontext fester Bestandteil sind.

Wir können also mutig voranschreiten und Achtsamkeit selbst praktizieren und mit Kolleginnen, Kollegen, Patientinnen und Patienten – oder einfacher gesagt: mit den Menschen in unserem Umfeld – teilen.

Literaturverzeichnis

- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W. & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, S. 332-338.
- Hanh, T.N. (2000). *Path of emancipation: Talks from a 21-day mindfulness retreat*. Berkley, CA: Parallax Press.



Horx, M. (2017). Was ist der derzeit wichtigste Trend?. Dossier Achtsamkeit.
www.zukunftsinstitut.de konsultiert am 09.01.2018.

Hinze, F.D. (2011). Acht Schritte zur Achtsamkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Jha, A.P., Krompinger, J. und Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience.

Kabat-Zinn, J. (2015). Das Abenteuer Achtsamkeit. Freiburg: arbor.

Kabat-Zinn, J. (2006). Zur Besinnung kommen. Freiburg: arbor.

Knuf, A. & Hammer, M. (2013). Die Entdeckung der Achtsamkeit. Köln: Psychiatrie Verlag.

Lehrhaupt, L. (2012). Die Wellen des Lebens reiten. München: Kösel.

Nyanaponika (1993). Geistestraining durch Achtsamkeit. Konstanz: Christiani.

Shapiro, S. & Carlson, L. (2011). Die Kunst und Wissenschaft der Achtsamkeit, Freiburg: arbor.

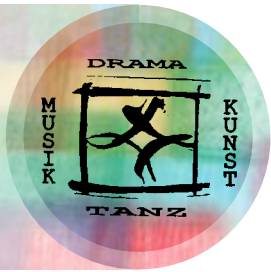
Rogers, C. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GWG-Verlag.

Teasdale, J., Williams M. & Segal, Z. (2015). Das MBCT Arbeitsbuch. Freiburg: arbor.

Kontexte kreativtherapeutischen Arbeitens in Großgruppen – eine kreative Herausforderung



Stefan Schäkel studierte Kunsttherapie in Berlin und London. Diploma 2005 in Berlin und Abschluss des Masters in Art-Psychotherapy 2007 (Goldsmith`s College London); Erlaubnis der beruflichen Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz (2010). Fortbildung als systemischer Coach und Supervisor (2010). Langjährige pädagogische und therapeutische Arbeit mit Kindern, Menschen mit Behinderungen und psychisch erkrankten Menschen. Aktuelle kunsttherapeutische Tätigkeit in einem Hospiz und im Immanuel Krankenhaus Berlin. Dozententätigkeit u. a. in der Heilpädagogen Ausbildung. Mitglied im DFKGT und der DGSE.



Der Workshop gliederte sich in einen Vortrag mit anschließender Diskussion. Daraus entstanden unterschiedliche Aspekte des Themas, die nachfolgend dargestellt werden. Außerdem gebe ich einen Überblick, wie sich das liGART Modell und McNeilys Überlegungen im Rahmen von größeren kreativtherapeutischen Gruppenangeboten nutzen lassen.

1. Großgruppen als Erfahrung für die Patientinnen und Patienten

Ein Schwerpunkt in der Gesprächsrunde war, welche Erwartungen bringen die Patientinnen und Patienten gegenüber Gruppen oder Großgruppensettings mit. Für einige Therapierende zeigte sich, dass die Patientinnen/Patienten die Erwartung und das Bedürfnis haben, als einzelne Person gesehen zu werden, also ausreichend individuelle Ansprache zu erfahren, die sie in ihrer jeweils spezifischen Problemlage erreicht. Der Bereich des als Person-Gesehen-Werdens beinhaltet zugleich die Ebene eines ausreichend sicher erlebten Rahmens, innerhalb dessen es geschützt möglich sein muss, etwas von sich zu zeigen.

Auch entwickeln Patientinnen/Patienten im Verlauf der Gruppensitzungen einen bestimmten Vertiefungsbedarf, der durch das Großgruppensetting allein nicht gewährleistet werden kann (vergl. dazu Punkt 2).

Insgesamt herrschte die übereinstimmende Auffassung vor, dass eine Information an die Patientinnen/Patienten vor Beginn der Großgruppen z. B. anhand einer Einführung oder eines schriftlichen Manuals, sie zu den Zielen, Möglichkeiten und Risiken des kreativtherapeutischen Angebots einerseits aufklärt und zugleich eine Orientierung und damit mehr Sicherheit („was erwartet mich?“) vermitteln kann.

2. Großgruppen als Erfahrung für kreativtherapeutisch arbeitende Therapeutinnen und Therapeuten

An dieser Stelle bildete sich die offene Frage, was macht die Qualität von Gruppen mit 8 Patientinnen/Patienten im Vergleich zu Gruppen mit 20 Personen aus? Wie lassen sich diese qualitativ erfassen und in ihren Unterschiedlichkeiten, Differenzen beschreiben? Dieser Gesprächspunkt ließ deutlich werden, dass je nach Versorgungsschwerpunkt der Stationen/Klinik (Psychiatrie, Reha-Klinik, Onkologie etc ...) unterschiedlichste Gruppensettings angeboten und jeweils als normale Gruppengröße oder als Großgruppe angesehen werden (Mattke, 2015).

Eine Therapeutin beschreibt beispielhaft die Situation auf einer gerontopsychiatrischen Abteilung, wo die Musiktherapeutin unter anderem auch auf dem Flur Musik für die anwesenden Patientinnen vorspielt. Die Türen können geöffnet sein, so dass die Musik auf der ganzen Station und somit rezeptiv von allen gehört, wahrgenommen werden kann.

Große Übereinstimmung herrschte darüber, dass der Drop-out, also die Nichtteilnahme von Klienten an Großgruppen akzeptiert werden muss, auch gegebenenfalls im Sinne eines Selbstschutzes, wie ihn Reddemann (2009) beschreibt.

Grundlegend wurde die Bedeutung eines Einleitungsgesprächs oder einer Vorbereitung der Teilnahme an den kreativtherapeutischen Gruppen betont. Durch diese Ansprache entsteht die erste Vertrauensbasis zur Teilnahme.

Die Ziele des kreativtherapeutischen Angebots aber auch mögliche Risiken und Potenziale, die mit dem jeweiligen kreativtherapeutischen Angebot verbunden sind, können durch ein Einführungsgespräch aufgezeigt werden und sprechen die Teil-

nehmenden zugleich in ihrer Autonomie und ihren integrierenden Ich-Anteilen an.

Im Rahmen des Themenkomplexes der Gruppengröße entstand eine Diskussion darüber, dass die Kliniken als Institution jeweils einen heimlich steigenden Bedarf an einer noch größeren Gruppe entwickeln; Vorsicht geboten sei, dass nicht ein gleichsam schleichender Erodierungsprozeß stattfindet. In diesem Rahmen wurde auch dem Gedanken Raum gegeben, ob die schriftliche Fixierung zu den Zielen, Risiken und Potenzialen des kreativtherapeutischen Settings (in dem auch die maximale Teilnehmerzahl benannt wird), als Manual und zugleich auch als Dokument vorhanden sein sollte.

Ein besonderer Punkt, der gerade im Rahmen von Großgruppen an Bedeutung zunimmt ist die Grenzerfahrung, dass im Rahmen des Angebots Patientinnen/Patienten an Erfahrungsebenen gelangen, die über den abgesteckten Rahmen des Gruppenangebots hinausführen und gleichsam zu einem Nachversorgungsbedarf führen. Der Kommentar einer Kreativtherapeutin lautete, sie könne sich auch heutzutage nicht darauf verlassen, dass bei der aktuellen Arbeitszeitverdichtung auf der Station noch eine andere Person dies leisten könne, bzw. überhaupt dafür noch zur Verfügung stehe.

Im Rahmen dieses formulierten „Nachversorgungsbedarfs“ kann die kritische Äußerung einer Therapeutin noch ergänzend berücksichtigt werden, dass ein Mehrbedarf auch dadurch eintreten kann, indem Patientinnen/Patienten einen persönlichen Vertiefungsbedarf und das Bedürfnis nach einem qualitativen Durcharbeiten, auch im Rahmen der angebotenen kreativtherapeutischen Behandlung haben. Die Kollegin wies in diesem Zusammenhang darauf hin, was denn passiere, wenn alle Kreativtherapeutinnen nur noch stützend

arbeiten und die Patientinnen/Patienten von einem stützenden Aufenthalt in den nächsten weitergereicht werden. Dreht sich da nicht alles im Kreis?

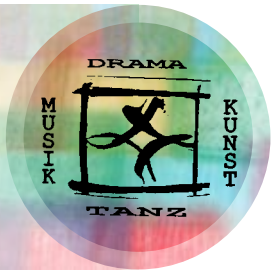
Zu den positiven Aspekten von gelingender Gruppenarbeit, die sich durch eine gute Kooperation ergeben kann wurde auch die Erfahrung benannt: dass es für einen selbst durchaus entlastend sein kann und dies ein gutes Regulativ gegenüber eigenen Allmachtsphantasien bildet, zugleich den Druck nimmt, alles allein schaffen zu müssen.

3. Anregungen und Reflexionen zum Thema

Die folgenden Überlegungen spiegeln meine Erfahrungen und den Umgang mit Konzepten wider, die für mich hilfreich waren mit den begrenzten Rahmenbedingungen in der therapeutischen Arbeit mit Gruppen, einen, auch theoretisch eingebundenen, Rahmen zu etablieren.

Ausgangslage ist eine Gruppengröße mit bis zu 12 Teilnehmerinnen, die an maximal 4 Terminen teilnehmen können, die jeweils 1,5 Stunden dauern. Innerhalb jeder Sitzung nehmen sowohl Patientinnen/Patienten erstmalig am kreativtherapeutischen Angebot teil, während andere letztmalig im Rahmen ihres Aufenthalts partizipieren. Das Spektrum der Erkrankungen reicht dabei von rheumatischen-, chronischen Schmerz- bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen. Zugleich können die Teilnehmenden gegebenenfalls auch durch Traumatisierungen oder andere schwerere Belastungen beeinträchtigt sein, was sich nicht immer durch die Aufnahmedaten vermittelt (vergl. Schäkel, 2014a und Schäkel, 2014b).

Kasper, Klees, Schulze (2013), erklären zu ihrem Modell der Interaction in Group Art Therapy: „Komplex ist die KT in Gruppen vor allem durch die potentiell große Zahl



und Vielfalt der Interaktionskonstellationen, Intuitiv nehmen Kunsttherapeuten das Geschehen genau wahr und interagieren angemessen. Das liGART Modell dient darüber hinaus der besseren Vermittlung und Nachvollziehbarkeit.

Das systematische Aufschlüsseln des kommunikativen Geschehens in einzelne Richtungen, Felder, und Qualitäten hilft, Eindrücke zu vervollständigen und präziser zu erfassen. ... Definiert man den künstlerischen Prozess selbst als Interaktion, etwa den Austausch eines Patienten mit seinem Werk, bedeutet dies, dass das Potenzial der Herausbildung sozialer Systeme in der KT gegenüber anderen Gruppensettings weitaus vielfältiger ist.“ (Kasper, Klees, Schulze, 2013).

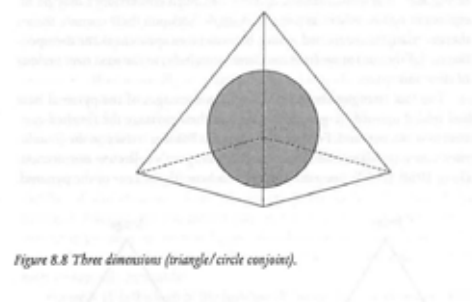
In ihrem Modell erweitern sie die kunsttherapeutische Triade (Patient_in; Werk; Kreativtherapeut_in) noch um einen 4. Faktor: die Gruppe als Ganzes oder einzelne Gruppenteilnehmer_innen. Daraus entwickeln die Autor_innen 10 Wirkungs-, Beobachtungs-, Reflexionsebenen des kunsttherapeutischen Geschehens:

Bei der Erprobung des liGART Modells zeigte sich, dass es die Möglichkeit eröffnet, auch bei kurzzeitigen therapeutischen Kontakten hervortretende Muster wahrzunehmen, die sich im Verhalten und der Reaktionsweise der Patient_innen auf das kreativtherapeutische Setting beobachten lassen. Durch die Verwendung des liGART Modells lässt sich ein deutlicherer Eindruck davon gewinnen, mit welchen Aspekten des Gruppentermins sie sich gut identifizieren konnten, welche Bereiche eher motivierend, positiv

erlebt wurden aber auch welche Bereiche eventuell problematischer oder „nebensächlicher“ von ihnen erfahren wurden. Die Autor_innen verweisen selbst darauf, dass die gewonnenen Daten kein objektives Bild bieten, aber helfen können, die subjektive Sicht auf den Verlauf systematischer zu reflektieren. „Die Verortung individueller Beobachtungen im Modell macht Zuschreibungen explizit und auf diese Weise dem Diskurs zugänglich.“ (Kasper, Klees, Schulze, 2013)

Dieser Diskurs kann auch die Patient_innenperspektive berücksichtigen, indem beispielsweise die Kommunikation mit ihnen darüber geführt wird, welche Aspekte innerhalb der möglichen Interaktionsebenen für sie sinnhaft im Vordergrund stehen. Meiner Erfahrung nach eröffnet diese Kommunikationsebene die Möglichkeit, dass die Patient_innen sich dadurch auch als „gesehen“ fühlen.

Als qualitativ positive Ergänzung zu dem liGART-Modell sehe ich die Überlegungen McNeillys zur Interaktion in kreativtherapeutischen Gruppen. Ebenfalls von der Triade im Rahmen eines kunsttherapeutischen Settings ausgehend, entwickelt er das Bild einer Pyramide (Abb. 2). Das Pyramidenmodell ermöglicht es, zusätzliche Themen, Objektrepräsentationen, Schwerpunkte, ... zu berücksichtigen, da den Eckpunkten der Pyramide verschiede-



	Patient	Therapeut	Gruppe
Werk	Patient-Werk	Therapeut-Werk	Gruppe-Werk
Gruppe	Patient-Gruppe	Therapeut-Gruppe	Gruppe-Gruppe
Therapeut	Patient-Therapeut		Gruppe-Therapeut
Patient		Therapeut-Patient	Gruppe- Patient

Abb. 1 (Kasper, Klees, Schulze, 2013). Diesen Ebenen sind jeweils dynamische Aspekte zugeordnet.

dene Bedeutungs- und Handlungsebenen die jeweils in Erscheinungen treten zugeordnet werden können. So als würde die Sonne einzelne Seiten der Pyramide jeweils ins Licht rücken, verändern sich Schwerpunkte, Assoziationen, Themen, Konflikte, innerhalb der kreativtherapeutischen Behandlung. Durch die Verbindung aus grafischer und stichpunktartiger Notation lassen sich so auch kurze kunsttherapeutische Prozesse (auch im Rahmen einer Großgruppe) besser konzeptionalisieren und der Verlauf klarer erkennen und qualitativ einschätzen.

4. Gruppensettings in der klinischen Versorgung

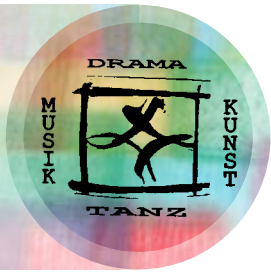
Die Umstrukturierungen in der psychosozialen Versorgung wird von Therapeutinnen/Therapeuten der unterschiedlichsten Richtungen kritisch begleitet und auf Zielsetzungen im Rahmen klinischer Tätigkeit teilweise neu durchdacht. Da sich das Abrechnungssystem der Psychiatrie zu einem ungeduldigen Taktgeber entwickelt (Manteufel, 2013) hat: „müssen wir aber [...] immer mehr Patient_innen in immer kürzerer Behandlungszeit durch eine Behandlung jagen, deren Erfolg von immer mehr kritischen Augen begutachtet wird, vor allem natürlich den Leistungsstellen, Versicherungen, Patient_innen und Angehörigen, [...] den Qualitätsbeauftragten, der Zertifizierungsfirma usw“ (ebd. 2013, S. 151)

Während Manteufel konstatiert, dass therapeutische Erfolge und Veränderungsanstöße, sich nicht mehr unbedingt innerhalb eines bestimmten abgegrenzten Verfahrens separiert, sondern sich vielmehr in den unterschiedlichsten Situationen (z. B. innerhalb der Morgenbesprechung einer Station) des Behandlungsverlaufs ereignen, weist Mattke auf die Arbeit von Streek hin, das gerade Patient_innen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen innerhalb des klinischen Aufenthalts ihre

Interaktionsmuster mit ihrer spezifischen Umwelt auch innerhalb der Behandlungsprozesse als soziale Welt bekräftigen, Stationsangehörige und Behandelte diese soziale Welt im ungünstigsten Falle gegebenenfalls co-produzieren (Streek, 1998, in: Mattke, 2015). Gerade die erhöhte Teilnahmezahl bei Großgruppen erhöht die Gefahr einer Co-Produktion vermeintlich negativer und die Erkrankung stabilisierender Muster, gerade da die individuelle Aufmerksamkeit für jeden Teilnehmenden sich reduziert und so bsplw. agierendes Verhalten schneller eskalieren kann.

Mattke vertritt die Perspektive, dass nicht die Anzahl von Teilnehmenden die Großgruppe bestimmt, sondern durch die Leitungstechnik qualitativ geprägt wird: „Wichtiger als die Problematik der faktischen Gruppengröße zu definieren, erscheint mir die qualitative Frage der Wahrnehmungseinstellung der Leitung bzw. die Definition der primären Aufgabe zu sein. Diese ist bei der modernen Form von interaktionellen Stationsgruppen nicht mehr eine Leitung mit interpretativen Interventionstechniken zur gruppodynamischen Selbsterfahrung. Zielsetzung wird eher sein müssen zu vermitteln, wie wichtig ein lebendiges Interaktionsklima auf einer Station ist. Die primäre Aufgabe der Leitung von Stationsgruppen, wäre es dann, ein hilfreich erfahrendes In-Beziehung-Sein auf der Station zu ermöglichen, zu schützen, zu gestalten“ (Mattke, 2015). Bei kreativtherapeutische Großgruppen kann dieses „In-Beziehung-Sein“ sich auch auf die jeweilige Modalität beziehen, welche die jeweilige Therapie verwendet.

Welche Möglichkeiten bieten die verschiedenen kreativtherapeutischen Verfahren in der Nutzung ihres jeweils eigenen Mediums, damit sich Patientinnen/Patienten als individuelle und eigenständige Person gesehen, gehört, beachtet und wahrgenommen fühlen? In der Kunstthe-



rapie kann dies über die Wahrnehmung der Bilder genauso geschehen, wie in der sprachlichen Aufarbeitung zur Wechselwirkung von Bild und eigene biografische oder aktuelle Erfahrung. In der bewegungszentrierten Therapie, kann bspw. die eigene, authentische Bewegungserfahrung erprobt, variiert und reflektiert werden (vergl. Workshop: Kreative Prozesse zwischen Ökonomie und Beziehung). Eine Fokussierung auf die aktive Gestaltung und die dabei erlebten Erfahrungen und deren Bedeutungen für die Patientinnen/Patienten bietet die Möglichkeit des „In-Beziehung-Seins“ an. Dabei kann die Etablierung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses für 4 Termine ebenso ein qualitatives therapeutisches Ziel sein – da es die Ausgangslage der Klientinnen oder Klienten im „Hier-Und-Jetzt“ berücksichtigt (Waller, 1993).

In größeren Kunsttherapiegruppen wird es relativ schnell zu Bildung von Subgruppen kommen, da an verschiedenen Tischen gestaltet wird. Auch dieses eröffnet den Patientinnen/Patienten die Möglichkeit, in eine Interaktion mit dem Medium, Therapierenden und den Gruppenmitgliedern in Kontakt zu kommen „Moving back to Winnicotts perspektive, if the group is seen as a ‘good enough mother’, then individuals will use the space more creatively with a sense of security and nurturance“ (McNeilly, 2006). Dabei können basale Bedürfnisse, z. B. nach Nähe und Distanz ausreichend reguliert werden.

Bei einer Großgruppe, die sich nach Subgruppen organisieren kann, entsteht nicht nur die Situation, dass die Kreativtherapeuten/der Kreativtherapeut mit einzelnen Teilnehmenden am Tisch ins Gespräch kommt, sondern es können außerdem die anderen durch das mögliche Zuhören atmosphärisch eingebunden sein. Nach meiner Erfahrung folgen sie diesen Kommunikationsverläufen

relativ aufmerksam und können dadurch abschätzen, wie invasiv, konfrontativ oder abstimmend und verstehend sich die Therapeutin oder der Therapeut auf sein jeweiliges Gegenüber einlässt, Anregungen gibt und den kreativ-therapeutischen Rahmen auch als haltgebenden Rahmen setzt. Dies könnte ein möglicher Weg sein, um eine tragfähige Gruppenatmosphäre zu etablieren. „The formation of a ‘group as a whole’ as a healthy functioning unit occurs when care, consideration, appreciation of one another, challenge and acceptance are generated.“ (McNeilly, 2006) Im Rahmen meiner Erfahrungen habe ich immer wieder erlebt, dass Patientinnen/Patienten Erfahrungen und Anstöße aus anderen Behandlungen für sich im Rahmen der kreativtherapeutischen Gruppe weiter explorierten und somit auch eine Brücke zwischen den unterschiedlichen multimodalen Therapieangeboten kreierten. Dies mag darauf verweisen, dass auch der klinische Kontext eine Möglichkeit bietet, die spezifischen Therapieverfahren und die Klinik als eine Ausreichend-Gute-Mutter zu erleben.

Erst bei ausreichenden zeitlichen Ressourcen, einer belastbaren Gruppensituation und einer ausreichenden psychischen Stabilität der Teilnehmenden sollten Aspekte der Gruppendynamik mit einbezogen werden (vergl. Waller, 1993, Yalom, 1989).

5. Kreativtherapien im Kontext klinischer Versorgung

Im ersten Teil wurde schon das Thema des Konkurrenzdrucks für Kliniken, die Überschneidungen im Einzugsgebiet haben und daher auf eine spezifische Qualität der therapeutischen Angebote achten, angesprochen. Die Absicherung des qualitativen Angebots kreativtherapeutischer Gruppen müsste meiner Auffassung nach aber im Gesamtangebot der Klinik der



Workshopleitung: Stefan Schäkel

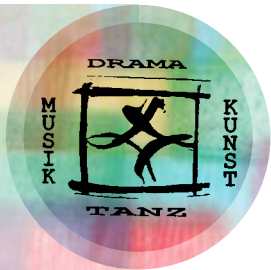
Abteilung (möglichst) regelmäßig von allen Beteiligten ausgetauscht und gemeinsam abgeklärt werden.

Eine Schwierigkeit mit veränderten Patientenzahlen in Gruppenzusammenhängen zu arbeiten und dabei mögliche neue Konzepte und Veränderungen zu erproben, besteht darin, dass diese Veränderungen von Kliniken, Institutionen sofort als weiterführende, verbindliche Struktur gesehen werden. Überlegenswert wäre grundsätzlich vor einer einfachen quantitativen Erhöhung der Teilnehmenden-Anzahl bei Gruppen, die praktische Erprobung, als eine klar geregelte Erprobungsphase, anzusetzen. So dass settingspezifische Akzentuierungen, oder auch klientenspezifische Themen- oder Rahmensetzungen, erprobt werden, die sich evaluieren lassen und im klinischen Kontext auf ihre Stimmigkeit und Verantwortbarkeit, auch im Sinne des Patientenschutzes, überprüfen lassen.

Dazu würde auch eine Klärung gehören, welche Aspekte des kreativtherapeutischen Angebots dabei verloren gehen und welche Aspekte an Klarheit und Zielorientiertheit dabei deutlicher akzentuiert werden. Da die Kliniken unter dem Kosten-

druck einer ausreichenden Refinanzierung stehen, müssen sie einerseits als behandlungsfähige Abteilungen ihrem Versorgungsauftrag Rechnung tragen, müssten andererseits aber einen ausreichenden Spielraum eingeräumt bekommen. Bei sich ändernden Strukturen im Gesundheitswesen, Änderungen am Behandlungsverfahren, der Aufenthaltsdauer und der daraus resultierenden bestmöglichen Behandlung, diese auch ausreichend erproben und entwickeln können. Überlegenswert ist es auch hier, noch einmal im Rahmen eines Mehrbedarfs/Nachsorgebedarfs darauf zu verweisen, dass der Umgang mit traumatisierten oder auch suizidalen Patientinnen/Patienten unbedingt der Abklärung und Absprachen innerhalb der Stationen oder des Behandlungsteams bedarf, um eine ausreichend sichere und absichernde Behandlungsqualität zu gewährleisten. Daran sollten auch die Kostenträger interessiert sein.

Wenn es die Bereitschaft gibt, im Rahmen von kreativtherapeutischen Angeboten und Behandlungen auch mit Großgruppen unter veränderten Formaten und Konstellationen im Rahmen der sich verändernden Finanzierung der klinischen Arbeit zu erproben, kann dies meiner Auffassung



nach eigentlich nur im Rahmen einer multimodalen Kooperation, unter den Mitarbeitenden eines Teams, einer Abteilung entstehen.

Abschließender Kommentar

Der Workshop zu diesem Thema ist in der ersten Hälfte sehr kritisch, „fast explosiv“ verlaufen. Unter anderem sehe ich dies darin begründet, dass die vorgestellte Gruppenstruktur und der spezifische klinische Rahmen als extrem anderer Kontext (und an den Grenzen von therapeutischer Arbeit/was es ja durchaus ist) empfunden wurde und sich das Unbehagen durch diesen „Qualitätsverlust“ recht spannungsgeladen artikuliert. Der Artikel bietet nun die Möglichkeit, Argumente und Sichtweisen darzulegen und zur Diskussion anzubieten und nicht zuletzt eine Plattform, die Stimmen und Meinungen aus der Austauschrunde zu dokumentieren und zu vermitteln.

Literaturverzeichnis

J. Kaspers; S. Klees; C. Schulze (2013): Interaction in Group Art Therapy. Das Interaktionsgeschehen in der Kunsttherapie im Gruppensetting – ein Manual für Kunsttherapeuten zur Reflexion und Dokumentation. Veröffentlichung im Rahmen des Forschungsprojekts „Spezielle Interaktionsphänomene der Kunsttherapie im Gruppensetting“, Hochschule der Künste im Sozialen, Ottersberg

M. Dankwart; U. Streeck; O. König (2015): Praxis stationärer und teilstationärer Gruppen. Klett-Cotta, Stuttgart

A. Manteufel (2013). „Haben Sie noch Zeit für eine Gruppe?“ – Anspruch und Wirklichkeit des therapeutischen Gruppenangebots in der stationären Akutpsychiatrie. S. 151–156 in: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 4/2013. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

D. Mattke (2015): „Muss ich in eine Gruppe?“. S.11–104. In D. Mattke, U. Streeck, O. König: Praxis stationärer und teilstationärer Gruppen. Klett-Cotta, Stuttgart

G. McNeilly (2006): Group Analytic Art Therapy. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia

L. Reddemann (2009): Gruppentherapie in der Traumabehandlung – die Gruppe als Ressource nutzen. S. 278–343. In D. Mattke; L. Reddemann; B. Strauß: Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung. Klett-Cotta, Stuttgart

S. Schäkel (2014a): Gibt es Rahmenbedingungen die der Kunsttherapie die Flügel stützen? Überlegungen zur Anpassungsfähigkeit kunsttherapeutischer Angebote. S. 35–45. In Kunst & Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien, 2014/2. Claus Richter Verlag, Köln

S. Schäkel (2014b): Angst und Depression – Kunsttherapie als symbolischer Ausdruck für komplexe Erfahrungen. S.26–31.

In Zeitschrift für Komplementärmedizin, 6. Jahrgang, 6–2014. Haug Verlag, Stuttgart

O. Seidel; M. Ermann (2003): Die Klinik als psychoanalytischer Raum – Spezifika der stationären analytischen Psychotherapie. S. 180–193 in: Gerlach, A/Schlösser, A-M/Springer, A (Hrsg.). Psychoanalyse mit und ohne Couch. Gießen: Psychosozial Verlag

D. Waller (1993): Group Interactiv Art Therapy – Its use in Training and Treatment. Routledge, London and New York

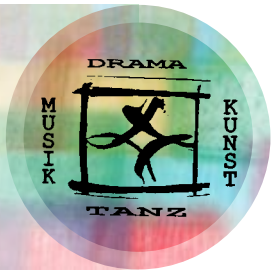
I.D. Yalom (1989): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie – Ein Lehrbuch. Verlag J. Pfeiffer, München

Kunsttherapie mit Haiku für große Gruppen in der Psychiatrie



Christine Hayashi ist Heilpraktikerin (Psychotherapie), Dipl.-Heilpäd. Kunsttherapeutin (Uni-Köln) in Regensburg. Sie ist Mitglied des DFKGT e.V. Sie hat folgende langjährige Praxiserfahrungen in Einzel- und Gruppentherapie: Kunsttherapie in eigener Praxis, in der Psychiatrie für Patientinnen/Patienten in der Tagesklinik und in der Vollstation, in der Neurologischen Rehabilitation mit Patientinnen/Patienten in jedem Alter, mit Palliativ- und Hospizpatienten in der Langzeitrehabilitation, für Kinder in einem deutsch-spanischen Kindergarten zur Verarbeitung des Terroranschlages 2004, Ambulante Kunsttherapie für psychiatrische Patientinnen/Patienten.

Sie ist Dozentin für Weiterbildungsseminare für Kunsttherapie, Leitung von Kursen und Projekten mit Kindern und Jugendlichen. Sie hält regelmäßig Fachvorträge zu kunsttherapeutischen Themen. Seit 2000 besucht sie zahlreiche Fortbildungs- und Selbsterfahrungsseminare in Kunsttherapie, Körperpsychotherapie und Psychologie.



Einführung

In der Kreativtherapie sind wir stets auf der Suche nach neuen Methoden und neuen Themen. Inspiriert von dem Motto des Symposiums „Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und Beziehung“ wurde im Workshop „Kunsttherapie mit Haiku für Großgruppen in der Psychiatrie“ eine von der Diplom-Kunsttherapeutin Christine Hayashi entwickelte und klinisch erprobte Methode vorgestellt. Christine Hayashi arbeitete mit Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen und psychischen Krankheiten in Gruppen mit bis zu 16 Teilnehmenden und hat diese Methode häufig klinisch angewendet. In der kunsttherapeutischen Praxis in der Psychiatrie mit großen Gruppen hat sich das Haiku als Thema als heil- und wirksam erwiesen.

Zahlreiche kunst- und psychotherapeutische Hilfsmittel stellt das japanische Kurzgedicht „Haiku“ für Heilungs- und Stabilisierungsprozesse der Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Diese kunst- und psychotherapeutischen Effekte zeigen sich zusätzlich als besonders geeignet in laufenden Großgruppen mit regelmäßig neu dazukommenden und die Gruppe verlassenden Patientinnen und Patienten.

Auf diese Weise ist eine Großgruppen-Behandlung für jede/n Gestaltende/n möglich. Kommen Teilnehmende mit geographischer Diversität z. B. mit Migrationshintergrund oder etwa als Neulinge der Kunsttherapie in die Gruppe, oder befinden sich beispielsweise Teilnehmende in tiefen, schon länger währenden Selbsterfahrungsprozessen, ist die Wahl des Haiku-Themas für jede/jeden eine sich dem individuellen Therapieprozess anpassende, kunsttherapeutische Aufgabenstellung. Das Thema Haiku zeigt sich somit als individueller Therapieführer.

Besonders auffällig ist, dass die Teilnehmenden stark motiviert werden und sich kunsttherapeutisch gut ausdrücken können, wenn sie mit einem Haiku kreativ werden. Der Grund dafür ist, dass das Haiku ein Hilfsmittel ist, um – oft schnell – in gestalterische Aktion zu kommen. Dies geschieht durch das Lesen der Kurzgedichte, womit sich innere Bilder und Farben verbunden mit Erinnerungen und Gefühle entwickeln und zeigen. Zu Beginn eines kunsttherapeutischen Gestaltungsprozesses bekommen alle Teilnehmenden eine kurze Einführung über das Kurzgedicht Haiku und über die Vorgehensweise des Gestaltungsprozesses in der Kreativtherapiegruppe.



Workshop von Christine Hayashi



Workshopleitung: Christine Hayashi (stehend)

Praxisergebnisse

In eigenen praxisnahen Forschungen in der aktiven Gruppe in der Psychiatrie sowie im theoretischen Zusammenhang hat sich die Wirkkraft auf die Stärkung und Heilung der Patientinnen und Patienten mit dem Thema „Haiku“ in der Großgruppe bewiesen.

Der Workshop

1. Ausführliche Vorstellung der Methode des Haiku in der Kunsttherapie

Haiku sind dreizeilige Gedichte, die seit dem 17. Jh von alten japanischen Meistern verfasst wurden. Die vier bekanntesten Haiku-Meister sind Matsuo Bashó (1644–1694, Begründer), Yosa Buson (1716–1783, Weiterverbreiter), Kobayashi Issa (1763–1827, neue Richtung) und Masaoka Shiki (1867–1902, modernes Haiku).

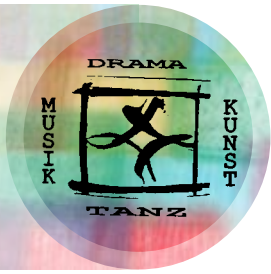
Haiku sind Repräsentanten kollektiv erlebter Momente des Menschen und der damit verbundenen Gefühle und können deshalb gut kunsttherapeutisch genutzt werden. Da in den japanischen Dreizeilern selten Gefühle benannt werden, setzen sie beim Lesen eigene innere Bilder und Gefühle frei. Sie lassen Platz für eigene Phantasien und für das Persönliche. Haiku der alten japanischen Meister haben eine

ureigene Wirkkraft auf die Seele. In den klassischen Haiku wird z. B. mindestens in einem Wort eine Jahreszeit benannt, die als archetypisches Symbol (Jung, Carl G., 1999) seelischen Einfluss auf die Menschen nimmt. Für die Umsetzung des Haiku in der therapeutischen Praxis werden die Kurzgedichte auf Papier geschrieben und zusammengerollt in einer Schale gesammelt. Aus dieser Schale ziehen später die Teilnehmenden ein Haiku. Die Kunsttherapeutin/der Kunsttherapeut wägt bei der Vorbereitung ab, welche Haiku für die Teilnehmenden der Kunsttherapiegruppe und deren krankheitsbedingten psychischen Zustände geeignet sind. Zum Verständnis der Haiku mit japanischen Begriffen sollten bei der Vorbereitung diese Fremdwörter so geändert werden, dass der Sinn gleichbleibt, das Haiku aber gut verstanden wird.

In der kunsttherapeutischen Praxis ziehen zuerst die Patientinnen und Patienten die vorbereiteten Haiku aus der Schale und lesen sie. Es entstehen bei ihnen innere Bilder und eigene Gefühle dazu, wonach sie ein Bild malen oder zeichnen. Es folgt eine Bilderbesprechung in der Gruppe.

Die Wirkung des Haikus

Die Patientin/der Patient kann mit dem



Thema Haiku eine Distanz zum eigenen „Ich“ im Bild erfahren. Dies hat eine entlastende Wirkung. Es geschieht oft, dass die Patientin oder der Patient dann selbst vom eigenen Bild überrascht ist und – ohne eine Vorgabe gehabt zu haben – z. B. einen „Sicheren Ort“, ein Verhalten von sich oder ein Problem gestalterisch darstellt.

Die Haiku-Methode geht mit einfacher Sprache auf die individuellen Gefühle ein. Sie ist gut geeignet für eine heterogene Gruppe in unterschiedlichen therapeutischen Entwicklungsprozessen und mit geographischer Diversität, z. B. Migranten. Für das Sprachverständnis gibt es Übersetzungen in viele Sprachen. Es ist für Teilnehmende möglich, neu in die Gruppe zu kommen und auch die Gruppe zu verlassen, ohne dass der Gruppenprozess beeinträchtigt wird. Deshalb ist die vorgestellte Methode persönlich und zugleich ökonomisch effektiv.

2. Selbsterfahrung im Workshop des Symposiums bei der Umsetzung in die Praxis

Während der Workshop-Praxis wurden vielfältige Möglichkeiten sichtbar, die das Thema „Haiku in der Kunsttherapie“ bereithält.

Die Teilnehmenden zogen ein Haiku und wählten das für sie bevorzugte Material aus. Während der Gestaltungsphase entstand eine ruhige und kreative Atmosphäre, in der die Teilnehmenden konzentriert und vertieft arbeiteten. Zum Schluss wurden alle Bilder an eine Wand gehängt. Einige Teilnehmende berichteten über ihre Erfahrungen während des Gestaltungsprozesses und ihre begleitenden Eindrücke und Gefühle. Alle Teilnehmenden bestätigten die Arbeits- und Wirkweise der Methode, z. B. dass sich die Teilnehmenden mit ihrem gezogenen Haiku so fühlten, das richtige für sich gezogen und etwas Eigenes für sich daraus gemacht zu haben.

Von professioneller Seite aus bestätigten die Teilnehmenden Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten das Thema Haiku als eine neue und wirkungsvolle Methode, die sie in die und in der Praxis umsetzen wollen. Sie waren froh, mit dem Thema Haiku etwas Neues für ihre kunsttherapeutische Arbeit erhalten zu haben.

Ergebnisse

Die Gestalterin eines „Kirschblüten-Haikus“ konnte sich sofort mit dieser Thematik identifizieren und blickte mit ihrem gestalterischen Tun auf einen wichtigen Teil ihres Berufslebens zurück. Als sie ein zweites Haiku zog, konnte sie für sich einen Bezug zu Ihrem zukünftigen Leben herstellen und erkennen, dass eine neue Phase des Lebens auf sie zukommt, die Neues und Unbekanntes für sie bringen könnte.

Eine weitere Teilnehmerin des Workshops empfand, dass ihr gezogenes Haiku für sie passend war. Sie beschäftigte sich lange und sehr vertieft mit dem Inhalt des Haiku und der kreativen Umsetzung und setzte sich damit mit einem Krankheits- und Heilungsprozess auseinander.

Ob positive oder negative Regression, Krankheitsverarbeitung, Stärkung der Selbstbewältigung, Prävention, Verspieltheit oder Verarbeitung eines aktuellen oder vergangenen Ereignisses, für alle Teilnehmenden war das kunsttherapeutische Haiku in folgenden beiden Hinsichten hilfreich:

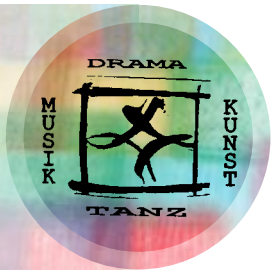
- In der Selbsterfahrung zeigten sich kunsttherapeutische Heilungs-, Erkenntnis- und/oder Stärkungseffekte.
- Die Teilnehmenden sahen ihre professionelle kunsttherapeutische (kreativtherapeutische) Arbeit mit dem Thema Haiku bereichert.

Literaturverzeichnis

Bashó, Matsuo, (2009), Hundertundelf Haiku.
Zürich, Ammann Verlag & Co

Haiku, japanische Dreizeiler, (1995), Stuttgart,
Philipp Reclam jun. GmbH & Co. KG

Jung, Carl G., (1999), Der Mensch und seine
Symbole, Zürich/Düsseldorf, Walterverlag

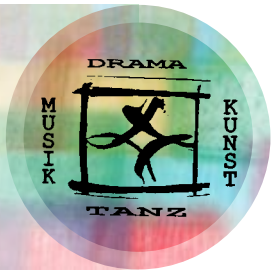


Arts-based Inquiry: Forschung in Bewegung



Nicole Hartmann arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Tanz- und Bewegungstherapie, SRH Hochschule Heidelberg. Sie studierte Choreografie (B.A.) und an der Universität Hamburg Performance Studies (M.A.). Sie ist Tanztherapeutin (BTD e.V.). Seit 2010 hat sie einen Lehrauftrag für Aikido/Bewegung am HZT (Hochschulübergreifendes Zentrum Tanz) Berlin, in dem sie sich mit dem Dialog von Aikido und zeitgenössischem Tanz auseinandersetzt.

2013 entstand die interaktive Kunstaktion im öffentlichen Raum Ich vergaß den Klang deiner Stimme, unmerklich, die den Umgang mit dem Tod thematisierte, 2012 die Performance Die leichte Mattigkeit eines azurblauen Himmels, eine Auseinandersetzung mit der Langeweile, deren Text im Jahrbuch der GTF Tanz Spiel Kreativität erschienen ist.



Workshopleitung: Nicole Hartmann

In diesem Workshop habe ich zunächst einen theoretischen Überblick über das Feld der „arts-based research“ oder auch „artistic inquiry“ (beide Formulierungen sind möglich), also der künstlerischen Forschung in den künstlerischen Therapien gegeben, um dann mit den Teilnehmenden einen kurzen Forschungsprozess zum Thema des Kongresses durchzuführen.

1. Eine eigene Forschungsmethode in den künstlerischen Therapien?

Die Besonderheit der künstlerischen Therapien ist die Fusion von künstlerischen und psychologischen Mitteln. Um dieser gerecht zu werden, forderte Shaun McNiff 1998 das erste Mal eine eigene Forschungsmethode für die künstlerischen Therapien. Peter Petersen, em. Universitätsprofessor für Psychotherapie und Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover, bekräftigte dies: „Künstlerisch therapeutische Forschung muss eine dem Leben und der Therapie gemäße Methode entwickeln. [...]“

In Bezug auf die Frage nach dem Besonderen des ästhetischen Mediums sind methodische Herleitungen aus der Kunst

und den Kunstwissenschaften notwendig.“ (Petersen, 2011, S. 23).

Wie diese Forschungsmethode genau aussehen soll und welche Rolle „arts-based research“ dabei spielen kann, ist jedoch nicht vollständig geklärt. Die Auseinandersetzung mit „arts-based research“ ist dabei eng mit einer veränderten Auffassung von Wissen und Wirklichkeit verknüpft, die mit dem „performative turn“ eingesetzt hat. Wirklichkeit wird dabei durch soziale Praktiken, Handlungen und Interaktionen ebenso hervorgebracht wie beschrieben. Jede Forschung und Forschungsmethode verortet sich in einem bestimmten Diskurs und forscht damit im Hinblick auf dieses Diskursfeld. Sowohl die Forschungsmethode selbst, als auch kulturelle und gesellschaftliche Vorstellungen, beeinflussen die Ergebnisse und die Interpretation dieser Ergebnisse; dies gilt für quantitative Forschung genauso, wie für qualitative und ebenso für „arts-based research“.

Das Wissen verändert sich von der Idee des statischen zu einem Wissen, das sich in steter Veränderung befindet. Für

„arts-based research“ gilt zudem, dass nicht die Dichotomie von implizitem und explizitem Wissen im Vordergrund steht, sondern die Wechselwirkungen dieser Wissenssysteme beleuchtet werden: Das Eine ist nicht ohne das Andere zu denken. In diesem Bezugsfeld wird auch die Rolle der Künste (und des Körpers) neu diskutiert und formuliert. So ist „arts-based research“ nicht einfach eine neue Forschungsmethode oder Teil einer neuen Forschungsmethode, sondern es ist eine Herausforderung: „Sich auf die Künste einlassen bedeutet daher, mit Freiräumen umgehen zu lernen, sich zu Umwegen provozieren zu lassen, und Störmanöver, Anstößigkeiten und Irritationen in Kauf zu nehmen.“ (Zeppelin Universität, o.D.)

2. Das Wissen der Künste

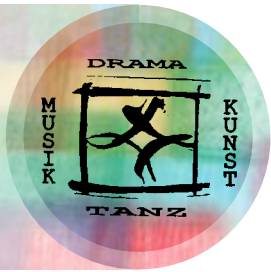
Die Zeppelin Universität stellt fest, dass die „Vormachtstellung“ des propositionalen Wissens an den Universitäten in Frage zu stehen scheint und fordert für die „veränderten Anforderungen für das Wissen im 21. Jahrhundert“ u. a. die „Neuformulierung der Rolle der Künste“ (Zeppelin Universität). Wie aber soll diese Rolle der Künste aussehen und weshalb sind die Künste hier genannt? Die Künste können als eine Art Brückenbauerin zwischen den unterschiedlichen Wissensformen gesehen werden: „Artistic skill is the combining of many levels of mind – unconscious, conscious and external – to make a statement of their combination“ (Bateson, 2000, S. 470).

Damit unterstützen sie die Vorstellung, dass explizites und implizites Wissen immer in Wechselwirkung miteinander zu betrachten sind (Welzer zit. nach Geuter, 2015). Mit der damit einhergehenden Aufhebung der Dichotomie von implizitem und explizitem Wissen wird auch der Gedanke, dass Praxis und Wissen stets miteinander verwoben sind, verständlich: „Instead, knowledge is – first of all

– socially bound and embedded within the interplay of bodies, artifacts, and practices – only revealing itself within this interplay.“ (Rainer, 2017, S. 53) Diese Idee der Interaktion findet sich auch in der Diskussion um die spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren wieder. Der Dichotomie dieses Konzepts steht ein Ansatz gegenüber, der sich auf die Verknüpfung der einzelnen Faktoren bezieht: „Der Forschungsfokus sollte sich deshalb verstärkt auf die Untersuchung der Interaktionen zwischen Therapietechniken, allgemeinen Wirkfaktoren, Störungscharakteristika und individuell gegebenen Patienten- und Therapeutenmerkmalen richten.“ (Pfanmutter/Tschacher, 2016, S. 75)

Aus Sicht der künstlerischen Therapien entwickelte Sabine Koch das theoretische Modell der verkörperten Ästhetik. Die Besonderheit des Modells liegt darin, dass es nicht die Wirkung des Werks, sondern den Vorgang des künstlerischen Tuns untersucht. Dabei unterscheidet Koch die aktive und die rezeptive Seite. Es entsteht ein Kreislauf von Impression und Expression, in dem die Kunst, aber auch die Umwelt eine körperliche Resonanz in einer Person auslöst, von dieser evaluiert, bewegt und wahrgenommen wird, um dann in der ästhetischen Aktion, im künstlerischen Tun wiederum ausgedrückt zu werden. Koch unterscheidet dabei 5 spezifische Faktoren der künstlerischen Therapien: „aesthetics, hedonism, nonverbal communication/metaphor, enactive transitional support and generativity“ wobei sie die Ästhetik als den spezifischsten Faktor der künstlerischen Therapien beschreibt (Koch, 2017, S. 85).

Aus der Sicht der Künste unterscheidet die Zeppelin Universität hingegen drei Formen des Wissens der Künste: 1. Ästhetische Erfahrung und emotionales



Wissen. Hier werden explizit Körpertechniken aus Yoga, Tanz oder Theater genannt, die eine Sensibilisierungsfunktion für Atmosphären, Emotionen, Räume und soziale Umgebungen herstellen. 2. Handlungswissen. Hiermit sind „Denkformen“ gemeint, die den Künsten immanent sind und aus dem jeweiligen Medium entstehen. 3. Imaginations- und Kreativitätstechniken. Dies beinhaltet das Erfinden, das Zusammenfügen zu etwas Neuem, Überraschendem, das Spiel mit Assoziationen und Behauptungen (Zeppelin Universität).

Das Wissen der Künste geht also weit darüber hinaus, allein ein „implizites Wissen“, wie oft behauptet, zu sein. „Arts-based research“ mit seiner Betonung der Vielfalt oder auch dem Nicht-Wissen fordert damit zum Nachdenken über den Umgang mit und die Behandlung von psychischer Krankheit auf.

Rosemarie Tüpker fordert, dass „der Diskurs über die Fragen der Behandlung ein gesellschaftlicher Diskurs bleiben muss, an dem mehr Professionen und gesellschaftliche Gruppen beteiligt sein müssen als dies derzeit der Fall ist“ (Tüpker, 2011). Und sie betont, dass „das Gesundheitswesen auch ein kulturelles Phänomen ist“ (Tüpker, 2011). „Arts-based research“ mit seinen vielfältigen Möglichkeiten und seiner Idee eines transdisziplinären und gemeinschaftlichen Forschens könnte hier ansetzen und den Diskurs über psychische Krankheit in die Gesellschaft tragen und diese einbeziehen. Denn was gesund und was krank ist, wird immer auch durch gesellschaftliche Normen mitbestimmt. Ebenso die Behandlungsweisen und der Umgang mit Krankheit generell. Es wäre wünschenswert, wenn sich die künstlerischen Therapien mit ihrem Know-How in diese Diskussion sehr viel mehr einbringen bzw. diese einfordern würden.

3. Arts-based research

Was aber ist „arts-based research“ konkret? Lenore Hervey Wadsworth definiert „arts-based research“ oder „artistic inquiry“ folgendermassen: „Artistic inquiry uses artistic methods of gathering, analyzing, and/or presenting data. 2. Artistic inquiry engages in and acknowledges a creative process. 3. Artistic inquiry is motivated and determined by the aesthetic values of the researcher(s)“ (Hervey, 2000). Es ist ebenso notwendig, dass ein systematischer Prozess stattfindet, der dokumentiert und nachvollziehbar gemacht wird (Chilton, Manders, 2014).

Die Kunst entsteht also im Hinblick auf ein/e Forschungsfrage/-thema und ist keine nachträgliche Interpretation eines vorhandenen Kunstwerks. Die Hierarchie zwischen Forschenden und Beforschten soll möglichst aufgehoben werden, was in letzter Konsequenz bedeutet: „dass die Forscher radikal rückbeforscht werden.“ (Ziemer, 2013). Veränderungsprozesse bei Forschenden und Beforschten, wie sie Mayring auch für die quantitative Forschung beschreibt (Mayring, 2002), werden aktiv initiiert und sind kein „Nebenprodukt“. Störungen, Irritationen, Umwege und die Fähigkeit, Systeme aufzubrechen und neue Perspektiven einzunehmen, werden genutzt, um Methoden zu erweitern und andere Ansätze zu finden. Trotz aller politischer Schelte des postmodernen und dekonstruktivistischen Diskurses möchte ich hierbei betonen, dass es nicht um eine Negierung von Fakten geht, sondern darum, Möglichkeiten im Sinne eines humanistischen Menschenbildes aufzuzeigen.

Ein weiterer Punkt ist die Transdisziplinarität. Jürgen Mittelstraß definiert diese als: „Kooperation [die, N.H.] zu einer andauernden, die fachlichen und disziplinären Orientierungen selbst



Workshopleitung: Nicole Hartmann (2. v. r.)

verändernden wissenschaftssystematischen Ordnung führt.“ (Mittelstraß, 2000) Dies bezieht sich auf die Zusammenarbeit von wissenschaftlichen Disziplinen, um ein Problem zu lösen, das anders nicht zu lösen ist. Im Rahmen der „artistic research“, also der künstlerischen Forschung in den Künsten, wird Transdisziplinarität jedoch als Verschränkung von wissenschaftlichen und künstlerischen Methoden diskutiert. Hier sehe ich ein großes Potential, das Know-How der Künstlerischen Therapien in Fragestellungen bspw. der Soziologie oder auch der Friedens- und Konfliktforschung, um nur einige Beispiele zu nennen, einzubringen.

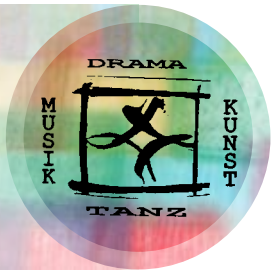
Schlußendlich ist ein weiteres Feld, in dem „arts-based research“ neue Perspektiven in der Forschung in den Künstlerischen Therapien aufwerfen könnte, die Erforschung der Therapeutenpersönlichkeit, der therapeutischen Beziehung, aber auch die Interpretation und die Vermittlung von Forschungsergebnissen. Und last but not least könnte die künstlerische Aktivität den Zugang zum Interesse an Forschung erleichtern und aufzeigen, wie vielfältig Forschung sein kann. Möglicherweise

braucht es gerade diese Ansätze, um der zunehmenden Wissenschaftsfeindlichkeit entgegenzusteuern.

4. Beispiel Nancy Toney

Mit einem Beispiel einer Forschungsarbeit mit „arts-based inquiry“ möchte ich diese theoretischen Überlegungen verdeutlichen. Nancy Toney untersuchte mit 12 ägyptischen muslimischen Frauen und sich selbst die Frage „What is the Muslim woman’s experience in her body?“ (Toney, 2008, S. 270). Sie untersuchte die Frage, inwiefern sich kulturelle und gesellschaftliche Überzeugungen über Frauen und deren Körper im eigenen Körper der Frauen niederschlagen. Dazu interviewte sie die Frauen sowohl verbal, als auch in der Bewegung.

Ihre Forschungsfrage war geeignet, um sie mit tänzerischen Mitteln zu erforschen, denn: „Because many of these experiences are body-based, it is reasonable to assume that much valuable information would be accessible through the body, in a dance/movement therapy context.“ (Toney, 2010, S. 269). Keine der Frauen wollte sich in der Bewegung zunächst auf Video aufnehmen



lassen. Toncy antwortete auf das Geschehen mit einer ästhetischen Antwort, indem sie ihre Assoziationen und kinesthetischen Empfindungen im Medium Tanz ausdrückte.

Die Frauen filmten sie dabei. In einem zweiten Schritt ahmte Toncy den Tanz der jeweiligen Frau nach, versuchte also, ihn möglichst genau wiederzugeben, und wiederum filmte diese. Während beider Videoaufnahmen konnten die Frauen Kommentare abgeben, korrigieren oder Fragen stellen. Sie wurden also zu aktiven Co-Forschenden, die die Forscherin rückbeforschten. Das so entstandene Vertrauen äusserte sich darin, dass sich drei der Frauen in ihrem letzten Bewegungsinterview aufnehmen liessen. Das ursprüngliche Scheitern der Dokumentation ließ also eine andere Form der Nähe und der Forschung entstehen. Gleichzeitig könnte man diese Bewegungsinterviews als eine Form der transdisziplinären Methodenerweiterung verstehen.

Aus den Bewegungen und Interviews entwickelte Toncy dann eine Choreografie, in der das Publikum mithilfe der kinesthetischen Empathie die Ergebnisse und die Erfahrungen der Frauen auf eine körperliche Weise miterleben und nachvollziehen konnte.

5. Offene Fragen

Die Offenheit, mit der in „arts-based research“ geforscht wird, wirft Fragen auf: Wenn es ein Forschungsprozess ist, so muss dieser offengelegt, dokumentiert und diskutiert werden. Wie aber soll der Prozess dokumentiert werden, wenn er nicht nur das künstlerische Werk, sondern auch das, was an innerem Erleben mit dem künstlerischen Prozess einhergeht, dokumentiert? Soll die Dokumentation Teil des künstlerischen Prozesses werden, oder soll von einer von außen agierenden Beobachter*in dokumentiert werden, die

damit aber wiederum den Forschungsprozess beeinflussen würde. Braucht es eine sprachliche Übersetzung, um die Ergebnisse zu vermitteln? Wie gehen wir mit der Vielfalt dieser Ergebnisse um? Wer sind die Rezipient*innen dieser Ergebnisse und wie soll eine Qualitätssicherung gewährleistet werden? Oder sind wir mit diesen Fragen doch wieder dem Versuch erlegen, die Kunst wissenschaftlich ‚dingfest‘ zu machen und versuchen, das festzuhalten was sich doch dem Festhalten entzieht? Bedeuten diese Fragen, dass Wissen produziert werden soll, obwohl es doch darum ginge, das Nicht-Wissen immer wieder zu befragen? Ich halte es nicht für wichtig, eine abschließende Antwort auf diese Fragen zu finden, die Auseinandersetzung mit diesen jedoch ist unabdingbar.

6. Praxis/Workshop

Um ein Forschungsprojekt mit „arts-based research“ zu konzipieren sollte zunächst geklärt werden, ob sich die Methode für das, was herausgefunden werden soll, eignet. Wie wird die Forschungsfrage formuliert, welches Ziel wird verfolgt, mit wem und mit welchen künstlerischen (und evtl. weiteren qualitativen, quantitativen Methoden) wird geforscht. Im Workshop gab ich aufgrund des zeitlichen Rahmens die Forschungsfrage vor: Welche Gefühle und Assoziationen verbinde ich mit der Ökonomisierung von Therapie? In den vorherigen Vorträgen wurde die Ökonomisierung theoretisch erörtert, was einer Art von Recherche zum Thema entsprach. Die Bandbreite ging dabei von der gesellschaftspolitischen Einordnung der Ökonomisierung im Gesundheitswesen mit der Aufforderung, sich dieser auch zu widersetzen, hin zu einer „realpolitischen“ Darstellung und der Frage, wie bestmöglich mit den gegebenen Möglichkeiten umgegangen werden kann. Methodisch nutzte ich für die Forschung des Workshops die intermediale Wissenstransformation (durch die Übersetzung von

einem ins andere Medium wird Wissen durch die unterschiedlichen ästhetischen Wahrnehmungen und Handlungen generiert) ebenso wie die im selben Medium verbleibende Wissenstransformation, ästhetische Antworten (künstlerische Reaktion auf etwas Gesehenes, Gehörtes, Gefühltes), die zeitgenössische Idee des Kollektiven, um eine Dezentrierung von der eigenen Position zu erreichen, das Spiel und den Zufall. Meine Zielsetzung für den Workshop war es zunächst, die eigene Einstellung zur Ökonomisierung zu reflektieren und in einen Austausch mit anderen zu gehen, um zu erfahren, inwieweit sich die eigenen Positionen auch in anderen Meinungen widerspiegeln oder auch nicht. Ein weiterführendes Ziel wäre es dann bspw. gewesen, eine Form der Dokumentation zu finden, in der diese Ergebnisse den Krankenkassen oder der Klinikleitung vorgetragen werden könnten.

6.1. Workshopverlauf

1. Die Teilnehmenden gehen locker durch den Raum, nehmen sich und den Raum wahr, nehmen Blickkontakt mit denjenigen auf, an denen man vorbeigeht. Es wird jeweils durch den Raum zwischen zwei Personen hindurchgegangen. Auf ein Klatschen frieren alle ein, gucken sich um. Beim dritten Mal, geht jede*r mit der Person zusammen, die ihr/ihm am nächsten ist. Diese bilden für den Zeitraum des Workshops ein Duo.

Ziel: Die Therapeut*innen der verschiedenen künstlerischen Therapien mixen sich, so dass z. B. eine Kunsttherapeut*in mit einer Tanztherapeut*in zusammentrifft.

2. Es folgen 7 min individuelles automatisches Schreiben zum Thema der Forschungsfrage.

3. Daraus wird eine Frage/Aussage/ Antwort/Behauptung generiert und auf ein Din-A 4 Blatt Papier an den oberen Rand geschrieben. Angelehnt an das Spiel Cadavre Exquis der Surrealisten, in der eine gemeinsame Zeichnung oder Satz generiert wird, schreibt der/die Partner*in des Duos eine Frage/Aussage/Antwort/Behauptung zu dem Satz auf, den sie gerade gelesen hat. Sie knickt den ersten Satz um, so dass nur der letzte Satz zu sehen ist usf. Mit mehr Zeit kann dies in größeren Gruppen geschehen.

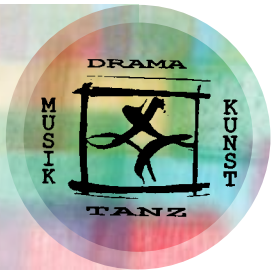
Ziel: Sowohl das automatische Schreiben, als auch das Cadavre Exquis dienen dazu, die Gedanken in einen Flow zu bringen, evtl. nicht bewusste Anteile, Assoziationen und unerwartete Gedanken zu fördern. Zudem macht es Spaß!

4. Am Ende hat jede Person ein Blatt voller Fragen/Aussagen/Antworten/ Behauptungen und entscheidet sich für eine, die sie/ihn am meisten interessiert. Das Duo hat also insgesamt zwei Sätze, muss sich dann aber auf einen einigen, der auf eine Karte geschrieben wird.

Hier kann reflektiert werden, wie der Einigungsprozess verläuft. Ein Duo bspw. erfand die salomonische Lösung, dass es aus zwei Sätzen einen machte!

Ziel: Zu der Forschungsfrage sollte eine eigene speziellere Frage entwickelt werden, für den gemeinsamen Prozess braucht es dann eine Frage.

5. Eine Person des Duos nimmt die ausgewählte Frage/Aussage/Antwort/ Behauptung in Bewegung, Malen oder Musik. Es erfolgt ein Gespräch über das Geschehen: Was war besonders interessant, welche Assoziationen kamen auf, welche Gefühle?



Ziel: Transformation der schriftlichen Aussage in ein anderes Medium: intermediale Wissenstransformation zur Dezentrierung vom Problem und Wissensgewinnung. Dies geschieht zunächst in der künstlerischen Ausdrucksweise, die der Person am meisten entspricht, in der sie die meisten Kompetenzen besitzt.

6. Die/der Partner*in reagiert mit einer ästhetischen Antwort.
Reflexion wie oben.

Ziel: Durch die Reaktion auf das eigene Material in u. U. einem anderen Medium (aber auch im gleichen Medium) erfolgt wiederum eine Dezentrierung von dem Problem und Wissensgewinnung.

7. Das Duo geht zu seiner gefundenen Frage zurück: Welche Frage/Aussage/Antwort/Behauptung fällt jeder Person dazu ein? Dies wird wiederum auf eine Karte geschrieben.

An dieser Stelle musste der Workshop aus Zeitgründen mit einem Austausch in der großen Gruppe beendet werden. Die Reaktionen waren zum einen, dass sich das verfestigte Gefühl zur Forschungsfrage im Lauf der Zeit veränderte, weicher, offener wurde. Ebenso wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit als sehr fruchtbar erlebt.

Der weitere Verlauf hätte so aussehen können:

8. Die neue Frage/Aussage/Antwort/Behauptung wird in eine gemeinsame Improvisation genommen.

Nach der gemeinsamen Reflexion, in der nicht nur Gefühle und Assoziationen, sondern auch die künstlerischen Methoden, mit denen jeweils gearbeitet wurde, besprochen werden, wird die Ursprungsfrage „Welche Gefühle und

Assoziationen verbinde ich mit der Ökonomisierung von Therapie?“ bearbeitet.

Ziel: Der Fokus auf die künstlerischen Methoden soll diese als Einfluss auf die Forschungsfrage berücksichtigen und erforschen.

9. Jedes Duo bereitet eine Präsentation seiner Ergebnisse vor. Wir arbeiten heraus, inwiefern man in diesen Präsentationen bzw. dem Prozess Gemeinsamkeiten und Unterschiede finden kann. Evtl. kann dies in ein Statement auf dem Flipchart übersetzt werden.

Literaturverzeichnis

Bateson, Gregory. 2000. Steps to an Ecology of Mind. Chicago: University of Chicago Press.

Bereiter, Carl, und M. Scardamalia. 1985. Wissen-Wiedergeben als ein Modell für das Schreiben von Instruktionen durch ungeübte Schreiber. *Unterrichtswissenschaft* 4: 319–333.

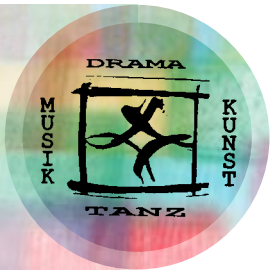
Chilton, Gioia, und L. Manders. 2014. Unveröffentlichte Seminarpräsentation. SRH Hochschule Heidelberg.

Eberhard-Kaechele, Marianne, 2011. Ästhetisches Antworten: Kunstbasierte Medizin – Kunstbasierte Reflexion – Kunstbasierte Forschung? In *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Hrsg. P. Petersen, H. Gruber und R. Tüpker 143–166. Wiesbaden: Reichert.

Geuter, Ulfried (2015): *Körperpsychotherapie*, Heidelberg: Springer.

Hervey, Lenore Wadsworth, 2000. *Artistic Inquiry in Dance/Movement Therapy. Creative Alternatives for Research*. Springfield: Charles C. Thomas.

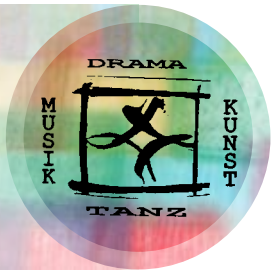
- Koch, Sabine, 2017. Arts and Health: Active factors and a theory framework of embodied aesthetics. *The Arts in Psychotherapy* 54: 85–91.
- Mayring, Philipp, 2002. Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz.
- McNiff, Shaun, 1998. *Art-Based Research*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Mittelstraß, Jürgen, 2000. Zwischen Naturwissenschaft und Philosophie: Versuch einer Neuvermessung des wissenschaftlichen Geistes. Konstanz: Uni.-Verl.
- Petersen, Peter, 2011. Künstlerische Therapien – Vorreiter einer zukünftigen Heilkunde. In *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Hrsg. P. Petersen, H. Gruber und R. Tüpker 13–27. Wiesbaden: Reichert.
- Quinten, Susanne, 2016. Kinästhetische Kommunikation und Intermediale Wissenstransformation als Forschungsmethoden in tanzkünstlerischen Kontexten. In *Tanzpraxis in der Forschung – Tanz als Forschungspraxis*, Hrsg. S. Quinten und S. Schroedter. 37–47. Buchreihe Tanzforschung, Bd. 26, Hrsg. Gesellschaft für Tanzforschung, Bielefeld: transcript.
- Rainer, Lucia, 2017. On the Threshold of Knowing. Buchreihe Critical Dance Studies, Bd. 46, Hrsg. G. Brandstetter und G. Klein Bielefeld: transcript.
- Reimers, I., und G. Ziemer, 2013. Wer erforscht wen? Kulturwissenschaften im Dialog mit Kunst. In *Das Forschen aller. Artistic Research als Wissensproduktion zwischen Kunst, Wissenschaft und Gesellschaft*, Hrsg. Sybille Peters, 47–61. Bielefeld: transcript.
- Toncy, Nancy, 2008. Behind the veil: an in-depth exploration of Egyptian Muslim women's lives through dance. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 21 (3): 269–280, DOI: 10.1080/09518390801998320.
- Tüpker, Rosemarie, 2011. Forschen oder Heilen. In *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Hrsg. P. Petersen, H. Gruber und R. Tüpker 29–62. Wiesbaden: Reichert.
- Zeppelin Universität, www.zu.de/info-wAssets/universitaet/dokumente/Die-Kuenste-im-Selbstverstaendnis-der-ZU.pdf, zugegriffen am 12.1.2018



Kultur im Krankenhaus – Gestaltungsraum für Organisationskultur



Theo van der Poel engagiert sich seit 15 Jahren für Kultur im Krankenhaus. Er organisierte bereits über 100 Klinikkonzerte, startete das Projekt „Musiker in Bereitschaft“, war Mitbegründer von „Lyrik im Krankenhaus“ und scheiterte mit einem groß aufgelegten Kulturprojekt. „Die Gesundheitsakademie“. Er ist an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich als Musiktherapeut und Achtsamkeitstrainer tätig. Sein erstes Klinikkonzert organisierte er mit dem *Stratsymphonieorkest Riccotti Ensemble* im Hochsicherheitstrakt der forensischen Psychiatrie der LVR-Klinik Bedburg-Hau, wo er von 1992 bis 1999 als Musiktherapeut tätig war.



... Kultur im Krankenhaus ist so überflüssig, wie die milde Frühlingsluft, die meine Wange streicht, wenn ich morgens aus dem Haus gehe ...

Victor Flusser

Französischer Pionier für Kulturarbeit in Krankenhäusern

„Entmüssen“

Startpunkt für den Workshop zum Thema „Kultur im Krankenhaus – Gestaltungsraum für Organisationskultur“ war die Betrachtung des holländischen Wortes für Begegnung: *Ontmoeten*. Es lässt sich auch übersetzen mit „Entmüssen“.

Das könnte als Ideal für eine Begegnung gelten: Ein Raum, wo das Müssen schweigt; ein Freiraum. So ist es meistens auch mit Kultur im Krankenhaus: Ohne zu müssen, entscheiden sich Menschen im Krankenhaus künstlerisch und kulturschaffend tätig zu werden. Sie organisieren Konzerte, Ausstellungen, Aktionen, Lesungen, Filmvorführungen, gemeinsames Singen, künstlerische Raumgestaltung, Lyrikprojekten.

Und damit schaffen sie Freiräume für Begegnung und Inspiration, die nicht unmittelbar produktiv sind, sondern eher mittelbar wirken. Kunst und Kultur sind also im Krankenhaus nicht notwendig; es gibt dazu kein Sachzwang; keine unmittelbare Nützlichkeit und Zweckorientierung. Das Zitat von Victor Flusser, das über diesen Artikel steht, lässt uns intuitiv spüren, wie wichtig die Kräfte sind, die im Krankenhaus nicht an einem Zweck, Sache oder Nutzen gebunden sind. Kunst und Kultur sind solche freie Kräfte.

Das Krankenhaus im Zeitgeist

Mit einer immer noch steigenden Tendenz zur Ökonomisierung, Standardisierung (Qualitätsmanagement), Technisierung, Bürokratisierung, Politisierung und Jurdifizierung weht im Krankenhaus des 21.

Jahrhundert ein technokratischer Wind. Technokratie heißt Sachzwänge (die Sache zwingt uns), heißt *alternativlos*, heißt Freiheitsverlust. Es sind zunehmend fachfremde Impulse, die bestimmend sind, wie sich das Krankenhaus organisiert, z. B. wie lange wir behandeln, was wohl oder was nicht behandelt wird, wie wir dokumentieren, wie wir zu einer Diagnose und Indikationsstellung kommen. Behandlung im Krankenhaus verändert sich heute stärker durch sozial-ökonomische, als durch fachinhaltliche Einsichten. Die intrinsische Motivation steht unter Druck, zu Gunsten von nominalen Motiven. Für Wirklichkeiten wie *Ideale, Berufung, Gemeinschaftssinn, Bindung, oder heilende Beziehung*, hat das Technokratische und Ökonomische keine Begriffe.

Kultur im Krankenhaus: Ein Beispiel

Wenn nun im Krankenhaus zum Beispiel ein Konzert organisiert wird, was geschieht denn da? Jemand ergreift dazu die Initiative. Nehmen wir an, es ist so, wie in meinem Fall, der Musiktherapeut. Niemand hat ihm den Auftrag dazu gegeben. Er hat die Dreibettzimmer gesehen und gedacht: Das ist nicht einladend dort seine Angehörigen zu empfangen, während man in der Krise ist.

Es bräuchte was Schönes und Gutes wohin man gehen kann mit seinem Besuch, z. B. ein Konzert. Er spaziert zum Chefarzt, der zufällig Bratsche spielt. Der findet das auch eine schöne Idee und er sagt zu, mit seinem Ärztestreichquartett, ein Konzert zu spielen. Dann geht der Musiktherapeut zum kaufmännischen Direktor, weil es auch Geld kosten wird. Der hat auch ein offenes Ohr und lässt sich darauf ein, probeweise vier Konzerte zu organisieren. Ein Flügel wird gemietet. Das Pianohaus ist auch begeistert von der Idee und übernimmt die Flügelstimmungen als Sponsorleistung. Überraschend leicht finden sich Musikerinnen und Musiker, die sich

vom Konzertort inspirieren lassen und eine besondere Programmatik entwickeln, die auf das Krankenhaus Bezug nimmt. Der Sicherheitsbeauftragte des Krankenhauses, der geschickt mit dem Computer ist und auch gerne malt, entwirft Poster und Flyer, die Hauswirtschaftlerinnen bieten sich an, die Poster im Haus auf zu hängen.

Die Frau aus der Cafeteria organisiert Weinpräsente. Die Techniker finden heraus, wie im Konzertraum die störenden Belüftungsgeräusche abgestellt werden können. Am Konzerttag legen die Küchenmitarbeiterinnen und Küchenmitarbeiter Freikarten auf das Essenstablett. Die Kolleginnen und Kollegen der Pflege motivieren die Patientinnen und Patienten gemeinsam ins Konzert zu gehen. Patientinnen und Patienten laden ihre Angehörigen zum Konzert ein. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen freiwillig nach Dienstschluss ins Krankenhaus zum Konzert. Die Kollegin der Öffentlichkeitsarbeit hat das Konzert stadtbekannt gemacht, wodurch auch Bürgerinnen und Bürger aus der Stadt sich im Publikum befinden.

Kultur wirkt in der Organisationskultur

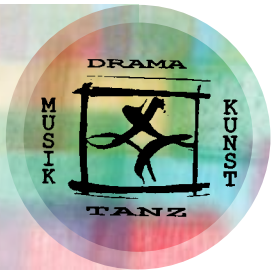
Was sich hier zeigt, ließe sich vielleicht am besten beschreiben mit: *„die milde Frühlingsluft, die meine Wange streicht“*, aus dem anfänglichen Zitat. Niemand tut hier das, wofür er eigentlich im Krankenhaus zuständig ist und doch sind alle – einschließlich dem kaufmännischen Direktor – höchst zufrieden. Alle tun es nebenbei, also *„on top“*. Da ist eine besondere Kraft. Auf einmal haben – quer über Hierarchien und Abteilungen hinweg – Menschen miteinander zu tun, die sonst eher getrennt voneinander arbeiten. Es kommt auch zu einer anderen Beziehung zu Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, weil alle beim Konzert in erster Linie Zuhörerinnen und Zuhörer

sind. Alle versammeln sich um eine gute Sache herum. Es generiert Kräfte, Erfahrungen und Beziehungen, die äußerst positiv geprägt sind und die im Alltag das Miteinander verändern und tragen. Außerdem werden Inhalte aus dem Krankenhausalltag auf eine andere Ebene bewegt. Das sensibilisiert und modifiziert den Blick auf die eigenen Aufgaben im Krankenhaus. Bei Patientinnen und Patienten wird eine gesunde Seite angesprochen: Sie sind nicht wegen ihrer Krankheit im Konzert, sondern wegen ihres Interesses am Schönen und Guten in der Musik. Das alles ist ein Nebeneffekt von einem Klinikkonzert.

Kunst hilft erkennendes Fühlen in der Organisation zu entwickeln

Was ist denn der Haupteffekt? Was hat denn die Kunst für eine besondere Kraft, dass sie uns zu Extra-Arbeit motiviert, dass ein gewinnorientiertes Krankenhaus sich einen teuren Flügel besorgt, dass der vielbeschäftigte Chefarzt abends mit anderen vielbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten intensive Musikproben abhält, dass Patientinnen und Patienten ihre eingeschränkten Kräfte *„für so einen Spaß“* verwenden?

Kunst – in diesem Fall Musik – leitet uns in die Richtung des Erkennenden Fühlens. Was heißt das: Erkennendes Fühlen? Im künstlerischen Handeln und Erfahren erkennen wir Sinn durch Fühlen. Kunst ist sinnhaft, ohne nützlich sein zu müssen. Über Kunst wissen wir uns auf einer Ebene verstanden, die unsere innersten Regungen erfasst. Und wir fühlen, dass wir damit nicht allein sind. Durch den individuellen Ausdruck der Künstlerin, des Künstlers ist die Zuhörerin, der Zuhörer eingeladen, mitzuschwingen, ohne dass es dazu Worte oder Erklärungen bedarf. Es ist sogar so, dass umso individueller die Künstlerin, der Künstler sich äußert, desto allgemeingültiger wirkt ihre/seine



Workshopleitung: Theo van der Poel (links)

Kunst. Das ist ein heilsames Paradoxon der Kunst: Individualität führt nicht in die Absonderung, sondern lädt zur gemeinsame Erfahrung ein. Anders lässt sich die Perzeption der ur-individuellen Äußerungen von Künstlerpersönlichkeiten wie Beethoven, oder Van Gogh auch nicht verstehen. Das gleiche gilt für die Künstlerin, den Künstler im Klinikkonzert. Da, wo Kunst wirkt, ist eine Verständigung möglich, die tiefer geht, als unsere Alltagskommunikation es vermag. Und die Kunst kann so im einzelnen Menschen und in der Gemeinschaft heilsam wirken, ohne dass es so benannt werden muss. Kunst bringt uns gleichzeitig zusammen und erreicht uns in unserem Ur-Persönlichen.

Kernkompetenzen von Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten für die Kulturarbeit

Es ist so gesehen bestimmt kein Zufall, dass es häufig Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten sind, die kulturschaffend tätig werden. Deren Kernkompetenzen berühren die Gebiete, die gegenwärtig im Gesundheitswesen (Newspeak: Gesundheitsmarkt) unter Druck stehen. Mit diesen Kompetenzen können Sie einer Organisation etwas „einimpfen“, dass eine gesundende Wirkung entfalten kann.

Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten sind verbunden mit Kunst und über die Kunst sind sie in einem geistig-seelischen Raum tätig. Das Schaffen eines geschützten Raumes dafür, gehört zur deren Meisterschaft; ein Schutzraum, der ermöglicht, dass im Menschen und zwischen Menschen etwas Neues entsteht.

Bei Therapie mittels des Kreativen, des Schöpferischen, wird das Ich zum Schöpfenden. Schöpfer-Sein heißt: Durch mich entsteht aus Nichts „ein Etwas“. Im Kunstwerk bin ich Schöpfer einer Wirklichkeit, die größer als der Schöpfende ist, und die daüber hinaus besteht. Im Zuschauen oder Zuhören verwirklicht sich dieses Wunder bei den Betrachtenden im Nachempfinden. Der kreative Raum bietet Schutz gegen Leistungsdruck zu Gunsten von Spiel und Experiment. Kreative Therapie ist prozessorientiert: Das kreative Handeln entsteht im „Gespräch“ mit dem Material, mit dem wir – musikalisch, gestaltend, szenisch, bewegend – schaffen, fühlen, sprechen, zeigen, deuten. Während wir so eingetaucht, hingegeben sind, ist Kunst eine andere Wirklichkeitsschicht.

Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten sind Lotsen zu diesem Eingetaucht-Sein. Dann ist während des künstlerischen Handelns und Erfahrens die Kunst *Geschehnis* – und (noch) nicht Produkt und Objekt; das heißt ergebnisoffen. Das weitet den Blick und bringt Neues ins Visier.

Beispiele aus dem Workshop

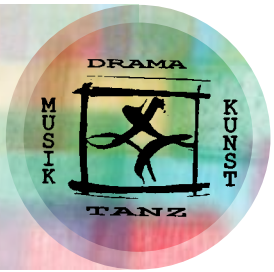
Als Kulturschaffende können Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten nicht nur innerhalb der Behandlung der Patientinnen und Patienten, sondern auch als Beitrag zur Organisationsentwicklung solche Schutzräume schaffen. Die Möglichkeiten sind vielfältig.

Im Workshop wurde herausgearbeitet, dass kulturschaffend tätig zu sein nicht persé bedeutet, kulturelle Veranstaltungen, wie z. B. ein Konzert, zu organisieren. Der Tisch im Teamraum kann auch Ausgangspunkt für Kulturarbeit sein. Auch an so einem Ort kann eine schöpferische Gestaltung den Blick auf den Raum, auf die Abläufe im Team, auf das Soziale am Tisch, auf den Raum außerhalb des Raumes gelenkt werden und es können andere Teammitgliederinnen und Teammitglieder involviert werden. So kann Kultur auch in kleinen Organisationszusammenhängen in Bewegung kommen.

Eine andere Möglichkeit zur Kulturarbeit wurde von einem Workshopteilnehmer durch gemeinsames Singen eingebracht. Darüber entsteht ein neuer sozialer Zusammenhang, in dem Kompetenzen und Talente neu verteilt sind. Das Singen selbst vitalisiert und lässt unseren Organismus von Input auf Output schalten. Die Lieder bringen neue Inhalte in den Raum. Auch wurde eine Erfahrung besprochen, wo Künstlerinnen oder Künstler eingeladen waren, ihre Werke zu zeigen, auszustellen, aufzuführen in Besprechungsräumen, die sonst für funktionelle Arbeiten verwendet werden. Der Impuls von außen, das Gespräch darüber, der Blick komplett weg von der Arbeit, das Auge geöffnet für Kunst und Künstlerinnen und Künstler, das gemeinsame Kunsterlebnis wurde, wie eine frische Dusche erlebt, welches das Arbeitsklima belebte.

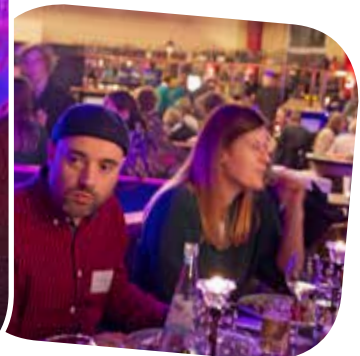
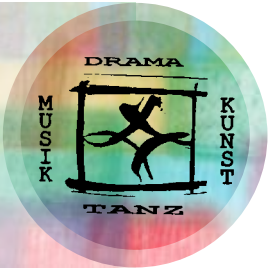
Jeder Mensch ist ein Kulturfaktor

Der Workshop war dazu gedacht, Mut zu machen als Kulturschaffende im Krankenhaus tätig zu werden. Jeder einzelne Mensch in der Gemeinschaft ist ein Kulturfaktor. Die Kunst besteht darin, sich dieser Potenz bewußt zu sein und aus diesem Bewußtsein heraus tätig zu werden. Kreativtherapeutinnen und Kreativtherapeuten bringen dazu die besten Voraussetzungen mit. Ein „guter Draht nach oben“ hilft dabei. Wie hoch man dabei „nach oben“ zielt, ist jeder/jedem selbst überlassen. Also: Nur Mut und nur zu.

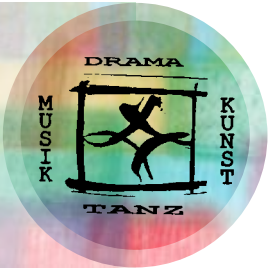


Fotos Abendveranstaltung









Posterpräsentationen

Tanz- und Bewegungstherapie für traumatisierte Flüchtlinge:

Phase I – erster Flüchtlingstag

Prof. Dr. Sabine C. Koch

Kunsttherapie in der Palliativversorgung

Eine Übersicht zum Stand der Praxis und Forschung

Dr. Ria Kortum

„Hand in Hand“

Familienorientierte Kunsttherapie für krebserkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im Akutkrankenhaus

Juliana Ortiz M.A.,

Marianne Buttstädt M.A.

Wenn der Spielraum verloren geht

Forschungsprojekt zum Belastungserleben von Eltern geistig behinderter Kinder und zum kurativen Potential der Musiktherapie

Oliver Paul M.A.

Körper – Tanz – Performanz

Der Life/Art Process © nach Halprin im Vergleich mit neueren Ergebnissen der Boston Change Process Study Group

Sonja Seng M.A.

Bewegung. Verortung. Abgrenzung.

Kunsttherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Avgustina Stanoeva

Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen

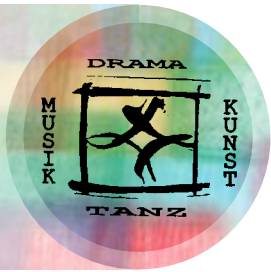
Zur subjektiven Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei männlichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie

Dr. des. Katja Watermann

NIGREDO – Vom Dunkel ins Licht

Wie reagieren depressive Patienten auf ein schwartes Blatt als Malgrund in der GKT

Sylvia Wentzler B.A.



Tanz- und Bewegungstherapie für traumatisierte Flüchtlinge: Phase I – erster Flüchtlingstag



Prof. Dr. Sabine C. Koch



Prof. Dr. Sabine C. Koch



Tanz- und Bewegungstherapie für traumatisierte Flüchtlinge: Phase I- Erster Flüchtlingstag

Bach, Claudia S. J., Judith Raeke, Katja Mergheim, Laura Fontana, Heike Wild & Sabine C. Koch
School of Therapeutic Sciences, SRH University, Heidelberg, Germany

Hintergrund

Eine Studie von 2005 zeigte, dass ca. 40% der Asylsuchende in Deutschland unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden (Gäbel, U. et al., 2005) und diese Zahlen scheinen immer mehr in den letzten Jahren gestiegen zu sein. Traumaerinnerungen werden nicht nur kortikal, sondern auch körperbezogen gespeichert im Leibgedächtnis. Mit dem Begriff des leiblichen Gedächtnisses wird ein impliziter und mit der leiblichen Erfahrung verflochtener Modus des Vergangenheitsbewusstseins bezeichnet. Aufgrund der traumabezogenen Gedächtnisprozesse spielen körperbezogene Interventionen in der Traumatherapie eine wichtige Rolle. Nonverbale künstlerische Therapien, wie die Tanz- und Bewegungstherapie und Musiktherapie bieten eine Chance biografische Erinnerungen aufzugreifen, die kognitiv unterdrückt oder vermieden werden. Über den Körper können psychische Zustände beeinflusst werden, und durch den körperlichen Zugang können innere Zustände und Emotionen kommunizierbar und verarbeitet werden. Die Wissenschaftlerin Eva Van Keuk nennt spezifische psychoreaktive Traumafolgen bei Flüchtlingen, die den Ansatzpunkt der Tanz- und Bewegungstherapie darstellen, wie z.B. Misstrauen und sozialer Rückzug, emotionale Anspannung, Wiedererleben ausgelöst durch traumarelevante Schlüsselreize, Körperwahrnehmungsstörungen, hohes Kontrollbedürfnis, Derealisation, körperliche Schmerzen oft ohne medizinisches Korrelat unter anderen.

Ziele

Um eine evidenzbasierte ambulante tanz- und bewegungstherapeutische Behandlung für traumatisierten Flüchtlingen anbieten zu können, sollen mehrere Forschungsthemen vertieft werden. Basierend auf die Evidenz von Studien, die die Wirksamkeit der Tanz- und Bewegungstherapie in der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung gezeigt haben, soll eine Behandlungsintervention für diese Population entwickelt und wissenschaftlich überprüft werden.

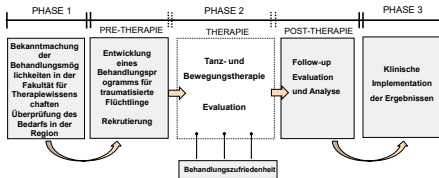


Abb. 1: Projektdesign

Wissenschaftler und Studenten der SRH Hochschule Heidelberg arbeiten in der Planung eines Forschungs- und Behandlungsprojektes bestehend aus drei konsekutiven Phasen: Entwicklung eines innovativen und standardisierten Behandlungsprogramms, Evaluation der Wirkung in einer hoch qualitativen quantitativen Intervention und klinische Implementierung der neuen Behandlungsstrategie in der Behandlungsversorgung von traumatisierten Flüchtlingen (Abbildung 1).

Literatur

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F. (2005): Prävalenz der Post- traumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35, S. 128f. | Gierliche, H. W. (2003): Begleitung psychotraumatisierter Flüchtlinge. Konflikte mit ethischen Belangen. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 34-35, S. A2198f. | van Keuk, E. (2006): Tanz- und Bewegungstherapie bei posttraumatische Belastungsstörung am Beispiel traumatisierten Flüchtlinge. In: Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schülübergreifend (2006).

Ergebnisse der Phase I „Tanz, Musik und Spiel“

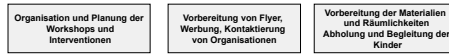


Abb. 2: Kreisläufe und Kennenlernen im ersten Flüchtlingstag

Teilnehmer

11 Kinder und 8 Erwachsene aus verschiedenen Flüchtlingshäuser

Begrüßung und Einstimmung

Kreisläufe: Biserka; Hava Nagila; Troika

Workshops

Tanz- und Bewegungstherapie: Spielen mit Bällen, Schwungtuch, Namenstanz
Musiktherapie: rhythmische Spiele mit Djembes (Trommeln)

Vortrag und Ambulanzführung

Information zur Behandlungsmöglichkeit von PTBS in der Ambulanz
Führung durch die Räumlichkeiten der Ambulanz

Ausblick

Im ersten Flüchtlingstag konnte der Bedarf einer Behandlung von Flüchtlingen durch die zahlreiche Teilnahme und Rückmeldung der Teilnehmer bestätigt werden. Außerdem konnten Organisationen und Flüchtlingen von den Behandlungsmöglichkeiten in unserer Ambulanz aufmerksam gemacht werden. In einem weiteren Schritt soll ein tanz- und bewegungstherapeutisches Behandlungsprogramm für die Behandlung von Flüchtlinge mit PTBS entwickelt und evaluiert werden. Bei der Entwicklung des Behandlungsprogramms werden folgende Punkte berücksichtigt werden: Sicherheits- und Kontrollbedürfnis erfordert einen deutlich strukturierten Ablauf; Methode: übende Verfahren mit kontinuierlichen Selbstkontrolle

Kontakt
SRH University Heidelberg
Fakultät für Therapiewissenschaften
Maria-Probt-Str. 3
69123 Heidelberg
Germany

Kunsttherapie in der Palliativversorgung, Eine Übersicht zum Stand der Praxis und Forschung

Ria Kortum, Sabine C. Koch & Harald Gruber. Alanus Hochschule, Alfter

Einleitung

Die Diskussion um die Gestaltung des Lebensendes, den Umgang mit Tod und Sterben und damit verbundene Belastungen und Herausforderungen ist in den letzten Jahrzehnten zu einer gesamtgesellschaftlichen Frage geworden, die auch in der Kunsttherapie thematisiert wird. Kunsttherapie gibt es seit 30 Jahre in der Palliativversorgung. Sie wird im Rahmen der palliativen Komplexbehandlung (OPS 9-982) neben anderen begleitenden Therapiemaßnahmen empfohlen, allerdings noch nicht flächendeckend eingesetzt. Veröffentlichungen in diesem Kontext sind geprägt von Erfahrungsberichten, in 5 Forschungsarbeiten wurden aber auch Wirkfaktoren und Wirkungen von Kunsttherapie mit *mixed methods* untersucht. Eine Übersichtsarbeit zum Status Quo wurde als Basis für den Ausbau der Praxis- und Forschungsarbeiten in diesem Feld durchgeführt. [1, 2]

Methode

Zur Erstellung der Übersichtsarbeit wurde eine systematische Datenbankrecherche durchgeführt (letzte Aktualisierung 11/2016). Gesucht wurde in gängigen Datenbanken mit den Suchbegriffen: „art therapy“ kombiniert über freie verbindende Suche (AND) mit „hospice“, „palliativ“, „terminal ill“, „death“, „dying“, und „end of life“. (Abb. 1). Der Einbezug der Literatur erfolgte nach definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

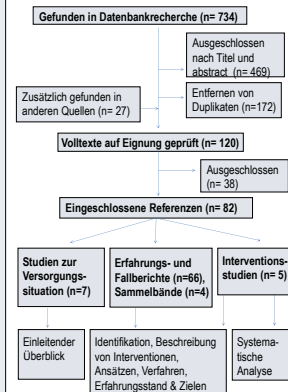


Abb. 1: Flussdiagramm zur Beschreibung der Phasen der Übersichtsarbeit

Ergebnisse

In den 84 nationalen und internationalen Titel zur Kunsttherapie in der Palliativversorgung (Publikationszeitraum: 1981-2016) werden Interventionen, Ansätze, Verfahren [2] sowie der Forschungsstand (N=5) [1] in diesem Anwendungsbereich deutlich. Die Ziele der Kunsttherapie sind:

- Symptom-, Schmerz-, Stressreduktion und Ablenkung
- Aktivierung, Ressourcenförderung und Selbsterhaltung
- Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod und Sterben
- Sinnsuche und Spiritualität
- Kommunikation und Bezug zum sozialen Umfeld
- Perspektiverweiterung im Behandlungsteam

Es finden überwiegend kunsttherapeutische Einzelinterventionen, zum Teil auch Gruppen statt. Grundsätzlich bewährt haben sich niederschwellige, ressourcenaktivierende, beziehungsorientierte, aktivierende kunsttherapeutische Verfahren. z.B.: Wahrnehmungsübungen; Phantasieereisen/Imaginationen; Biografische Verfahren; Impulsgebende Materialien; rezeptive, assoziative Verfahren; haptischen Verfahren; Materialien mit geringem Widerstand/geringen Anforderungen an Funktionen; Stellvertretendes/assistierendes Handeln durch den/die Kunsttherapeut/in. Die Ergebnisse der 5 Interventionsstudien zeigen vielversprechende Ergebnisse in Symptombereichen auf, die z.T. bereits nach nur einer Intervention erreicht werden können, nach mehreren vertieft. (Tab. 2)

Tab. 2: Interventionsstudien zur Kunsttherapie in der Palliativversorgung

Autor	N=	Resultate (cohen's d)
Elkis-Abuhooff et al. (2008)	41 (22 EG, 19 KG)	Sign. Effektstärken im BSI: Zwanghaftigkeit (d=1,6), Depression (d=1,0), Phobische Ängstlichkeit (1,0)
Lin et al. (2012)	177	Sign. Verbesserung <i>Künstlerischer Ausdruck</i> ¹ (d=1.63) // 70 % emot. entspannter, 53.1 % phys. besser, 80% Aktivierung pos. Erinnerungen
Lefèvre; Ledoux et al. (2016)	22	Sign. Verb. ESAS: Schmerz (d=0,40) Angst (d=0,62) Krankheitsgefühl (d=0,98) Müdigkeit (d=0,65) Traurigkeit (d=0,74) Depression (d=0,76) Total Distress (d=0,99) // Sign. Korrelation <i>ästhetische Erfahrung (Harmonic Cube)</i> und Verbesserung Symptome (ESAS)
Rhondali et al. (2013)	12	Sign.* Verb. ESAS: Schmerz (p=0.002) Fatigue (p=0.001) Angst (p=0.027) Wohlbefinden (p=0.015). <i>Signifikanzniveau: p < 0,05</i> // Interviews: wohltuend, entspannende Effekte, „Pause v. d. Erkrankung“ / Ablenkung von körperlichen Schmerzen, pos. soziale Wirkung
Laridon et al. (2015)	80 (60% pall.)	Kurzzeiteffekte: sign. Red.: Angst (66%), Schmerz (41%), Fatigue (20%) // Langzeit: HOQOL-BREF, HADS: Verbesserungen QoL, Angst über die Zeit, keine Verb. bei Schmerz // 90% (Gesamtgruppe, N=80): KuTh. als Ablenkung, 89% als beruhigend/entspannend

* Effektstärken wenn vorhanden im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) berechnet, sonst im Vergleich der Prä-/Post Daten // *Erhebungswert*... BSI: Brief Symptom Inventory; ESAS: Edmonton Symptom Assessment System; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life, Kurzversion; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale // ¹ „beauty, art appreciation, creativity, hands-on artwork, engagement of creating artwork regularly“ ³ „the Good, the Well, the Beautiful“

Diskussion

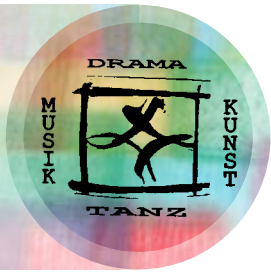
Kunsttherapie bietet durch den spezifischen Einsatz bildnerisch-künstlerischer Medien einen flexiblen und erweiterten (nonverbalen) und individualisierten Zugang zu den Patienten, durch den wesentliche Zielsetzungen der ganzheitlich ausgerichteten Gesamtbehandlung erfüllt werden können. In quantitativen Befunden zeichnet sich ab, dass Kunsttherapie geeignet ist, Belastungen in einzelnen Symptombereichen, wie Depression, Traurigkeit, Angst, Müdigkeit, Fatigue, Schmerz zu reduzieren und Wohlbefinden zu verbessern. Die Befundlage muss jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die hier vorgestellten Studien nur in Einzelfällen mit hinreichend großen oder kontrollierten Stichproben gearbeitet haben. Für den weiteren Ausbau der Praxis- und Forschungstätigkeiten in diesem Feld liefern die Ergebnisse des Reviews erste Anhaltspunkte.

Quellen: Die vollständige Übersichtsarbeit inklusive aller Quellen ist als narratives Review in zwei Teilen veröffentlicht unter:

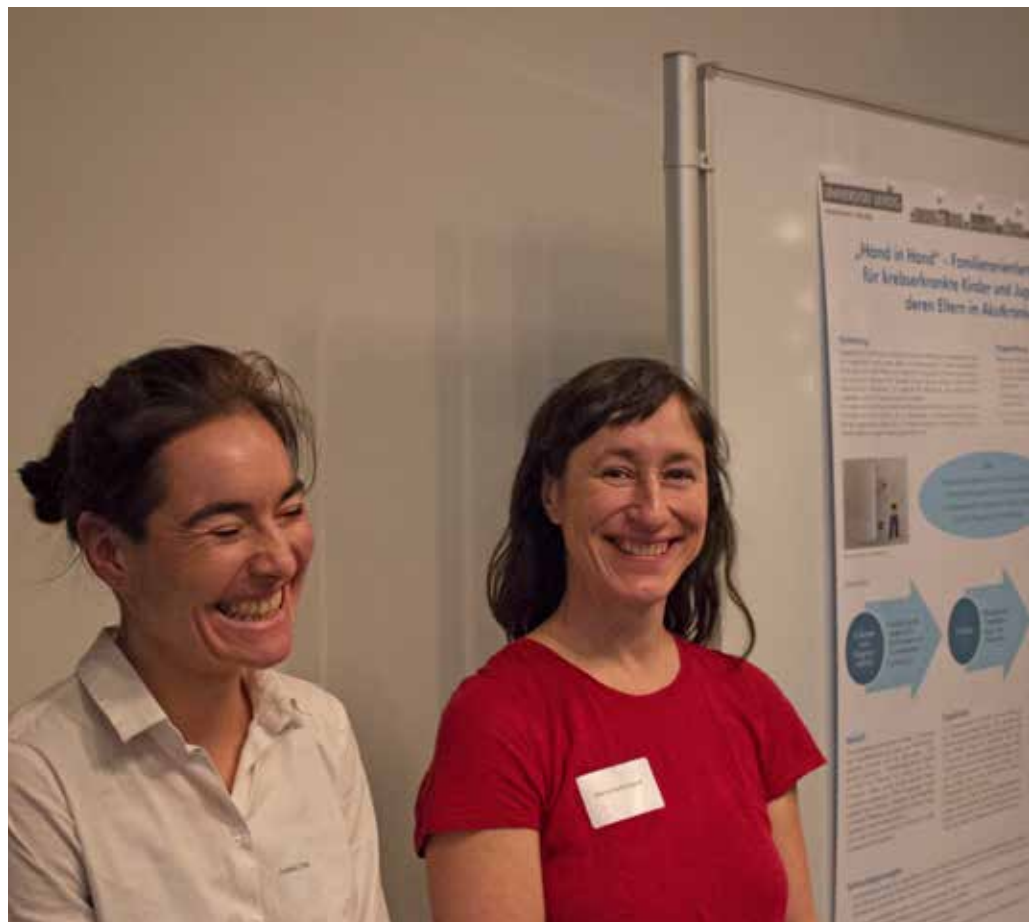
- [1] Kortum, R.; Koch, S. & Gruber, H. (2017). Kunsttherapie in der Palliativversorgung. Ein narratives Review. Teil I: Forschungsstand. Zeitschrift für Komplementärmedizin, 09 (06)
 [2] Kortum, R.; Koch, S. & Gruber, H. (2018). Kunsttherapie in der Palliativversorgung. Ein narratives Review. Teil II: Praxis- und Erfahrungsstand. Zeitschrift für Komplementärmedizin; 10 (01), in Vorbereitung



Kontakt: Dr. Ria Kortum, r.kortum@kinderkrebsstiftung.de, Deutsche Kinderkrebsstiftung, Bonn, Prof. Dr. Harald Gruber, Harald.gruber@alanus.edu; Prof. Dr. Sabine Koch, sabine.koch@alanus.edu, Fachbereich Künstlerische Therapien und Therapiewissenschaft, Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alfter.



„Hand in Hand“ Familienorientierte Kunsttherapie für krebserkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im Akutkrankenhaus



Posterpräsentation durch: Juliana Ortiz M.A. (links) und Marianne Buttstädt M.A. (rechts)

„Hand in Hand“ – Familienorientierte Kunsttherapie für krebserkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im Akutkrankenhaus

Einleitung:

Vorgestellt wird das Projekt „Familienorientierte Kunsttherapie für krebserkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im Akutkrankenhaus“. Sowohl die betroffenen Kinder als auch deren Eltern sind infolge der onkologischen Erkrankung und Behandlung psychisch teilweise hoch belastet. Hieraus können Defizite in der Eltern-Kind-Kommunikation resultieren, z.B. aufgrund der Befürchtung, die anderen Familienmitglieder zu sehr mit eigenen Sorgen zu belasten. Wir haben die familienorientierte kunsttherapeutische Intervention „Hand in Hand“ entwickelt, die darauf abzielt, die o.g. Belastungen zu fokussieren und auszudrücken. Mit der begleitenden Studie soll u.a. untersucht werden, ob die Intervention „Hand in Hand“ wirksam zu einer Entlastung beitragen kann.

Fragestellung:

- Begleitend wurde mit der Studie untersucht, ob...
- sich die manualisierte kunsttherapeutische Methode eignet, Kommunikationsbarrieren zwischen den Eltern und den erkrankten Kindern zu identifizieren und abzubauen,
 - das Programm zu einer psycho-emotionalen Entlastung von Kind und Eltern beitragen kann,
 - es die Wahrnehmung eigener Wünsche, Bedürfnisse und Ängste verbessert und letztlich den Austausch darüber innerhalb der Familie stärken kann.



Vater: „Mein Sohn im Krankenhaus“

Ziel:
Hauptziel des Projektes war die Erprobung des neu entwickelten Konzeptes der familienorientierten kunsttherapeutischen Intervention „Hand in Hand“ hinsichtlich Akzeptanz und Machbarkeit.



Kind (5 Jahre): „Kamel“, Intakolbung

Methoden:



Ablauf:

Die mehrwöchige Intervention umfasste 11 Sitzungen: neun kunsttherapeutische sowie zwei familientherapeutische. Innovativ war das gleichzeitige – aber räumlich getrennte – kunsttherapeutische Arbeiten von Kind und Elternteil mit jeweils einer Kunsttherapeutin. Dabei wurde jeweils dieselbe Gestaltungstechnik angewendet. Mittels Fragebögen wurden folgende Items erhoben: Akzeptanz des Angebotes, emotionale Probleme, Lebensqualität, Coping, Angst, Depression sowie Familienfunktion. Nach jeder Sitzung evaluierten die Teilnehmer mittels Stundeneinschätzungsbogen.

Ergebnisse:

Acht Familien haben bis 02/2017 an der Studie und der Intervention teilgenommen. Fünf teilnehmende Familien haben bis heute die Intervention beendet. Mit einer Familie konnte die Intervention mit allen 11 Sitzungen vollständig durchgeführt werden. Sieben Teilnehmer haben aus unterschiedlichen Gründen nicht alle kunsttherapeutischen Sitzungen erhalten, vier davon haben jedoch das abschließende familientherapeutische Gespräch erhalten. Daraus ging u.a. hervor, dass die Teilnehmenden das Angebot weiterempfehlen würden. Mittels der standardisierten Instrumente konnte belegt werden, dass die Eltern bzgl. Angst und Depression stark belastet waren.

Diskussion:

- Die vorliegende Studie zeigt, dass...
- mit dem Angebot das Spektrum der psychosozialen stationären Begleitung um ein niedrigschwelliges, ressourcenorientiertes und dialogisches Verfahren erweitert wurde,
 - vor der langfristigen Implementierung einer neuen kunsttherapeutischen Intervention neben der inhaltlichen Evaluierung auch Aspekte der organisatorischen Machbarkeit Beachtung finden sollten,
 - mit den ausgewählten Screeninginstrumenten kunsttherapeutische Prozesse nicht differenziert genug abbildbar sind,
 - eine qualitative Befragung genauere Ergebnisse hervorbringen könnte.

Schlussfolgerungen:

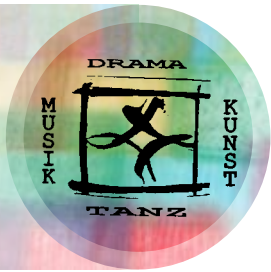
- Die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen und deren Eltern konnten gleichermaßen auf mehreren Ebenen profitieren: durch den gemeinsamen Gestaltungsprozess erlebten die Teilnehmer die Stärkung ihrer individuellen Ressourcen und Kompetenzen und erleben dabei Autonomie- und Selbstwertstärkung.
- Nicht nur die Betroffenen sondern auch die teilnehmenden Eltern konnten ihre Ausdrucksmöglichkeiten verbessern und darüber emotionale Entlastung und Entspannungssituationen erleben.
- Die Teilnehmenden konnten durch die künstlerische Betätigung und Reflexion ihre Wahrnehmungen und Perspektiven lernen zu erweitern und so neue Bewältigungsstrategien erproben.
- Für die betroffenen Familien wird mittels neuer Impulse während des Projekts das gemeinsame Erleben gefördert und die Kommunikation unterstützt.



Mutter: „Unsere Familie nach der Krankenhausbehandlung“

Autoren: Juliana Ortiz; Marianne Buttstädt; Diana Richter; Prof. Dr. Anja Mehnert; Dr. Florian Schepper
Institution: Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Department für Psychische Gesundheit, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

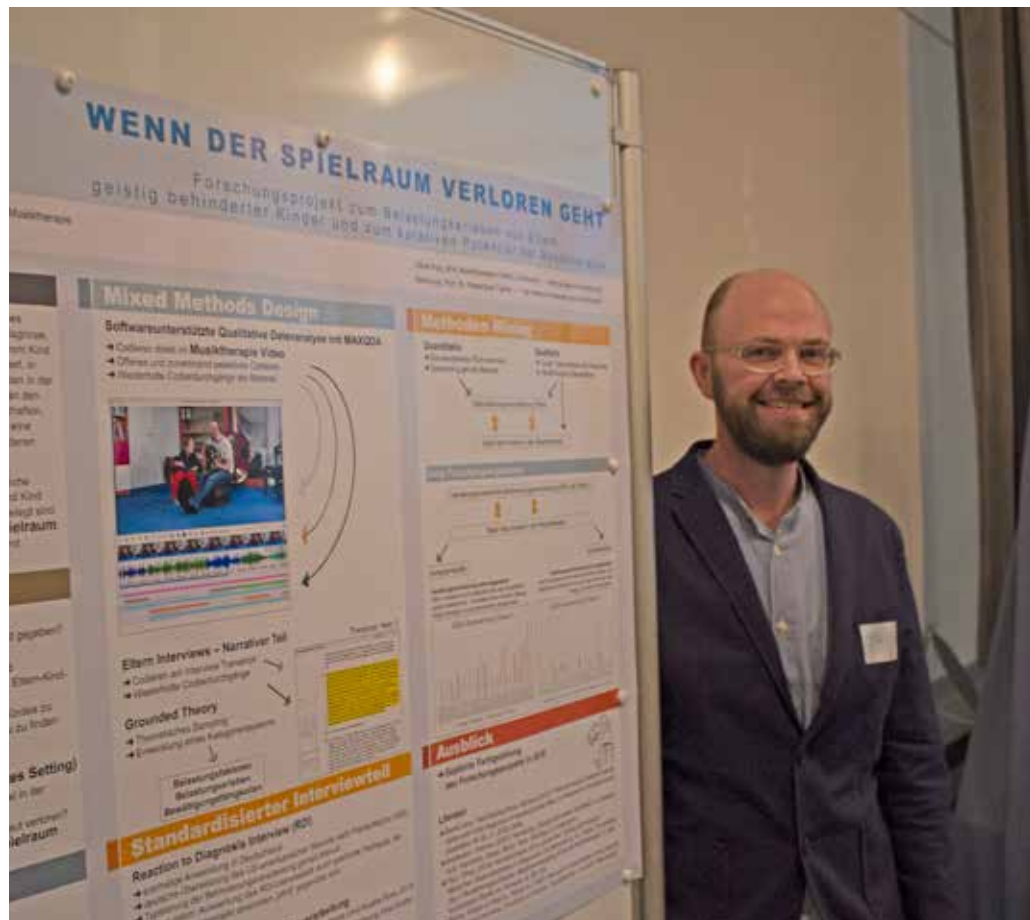




Wenn der Spielraum verloren geht Forschungsprojekt zum Belastungserleben von Eltern geistig behinderter Kinder und zum kurativen Potential der Musiktherapie



Oliver Paul M.A.



Oliver Paul M.A.

WENN DER SPIELRAUM VERLOREN GEHT

Forschungsprojekt zum Belastungsleben von Eltern
geistig behinderter Kinder und zum kurativen Potential der Musiktherapie

Oliver Paul, M.A. Musiktherapeut (DMG), Doktorand – oliver.paul@uni-muenster.de
Betreuer: Prof. Dr. Rosemarie Tüpkers – http://www.uni-muenster.de/musiktherapie

Spielraum

Die Diagnose einer Entwicklungsverzögerung oder geistigen Behinderung eines Kindes wirkt auf dessen Eltern in vielen Fällen wie ein Schock. Eine solche Diagnose, die potenziell traumatisierend ist, kann die Beziehung zwischen Eltern und ihrem Kind nachhaltig beeinflussen. Das geistig behinderte Kind wird behütet und geliebt, in der Hoffnung, dass es sich irgendwann selbstständig machen kann. Eltern sind in der Verantwortung, ihre Kinder (und selbst) zu unterstützen, zu wecken und zu fördern. Sprachtherapeuten werden oder trainieren die, manchmal sogar schmerzhaften, Übungen aus der Krankengymnastik. So geht Eltern von Kindern, bei denen eine Behinderung im Raum steht, der **Spielraum** verloren, der ihnen unter anderen Umständen zur Verfügung stünde.

Spielraum im doppelten Wortsinne: Einerseits gehen unbelastete, natürliche Spielsituationen durch die belastete Beziehungsdynamik zwischen Eltern und Kind verloren; mitunter auch, weil gemeinsame Spielzeiten mit Fördereinhalten belegt sind. Andererseits fehlt aufgrund der beklemmenden Behinderungsdiagnose **Spielraum**, um im familiären Alltag mit Zuversicht, der notwendigen Gelassenheit und mit Vertrauen zum Kinde zu reagieren. („Das wird schon“).

Fragestellung

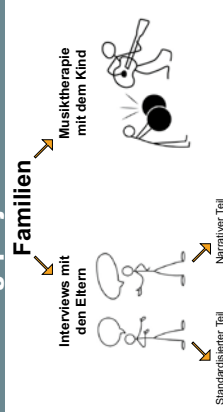
Familien mit geistig behinderten Kindern

- Welche Belastungen sind in Familien mit einem geistig behinderten Kind gegeben?
- Wie stellt sich das konkrete Belastungsleben dar?
- Wie gehen Eltern mit der Behinderung ihres Kindes um?
- Welche Bedeutung hat der **Spielraum** in der Eltern-Kind-Beziehung verloren?
- Wie ist es Eltern gelungen, die Behinderung ihres Kindes zu verarbeiten und sich danach als Familie wieder neu zu finden und zu reorganisieren?

Musiktherapie (psychoanalytisch fundiertes Setting)

- Bildet sich eine belastete Beziehungsdynamik im Spiel in der Musiktherapie ab?
- Wie wird der **Spielraum** zwischen Kind und Therapeut wieder zurückzugewonnen?
- Wie wird hier Musiktherapie kurativ wirksam, um **Spielraum** zurückzugewinnen?

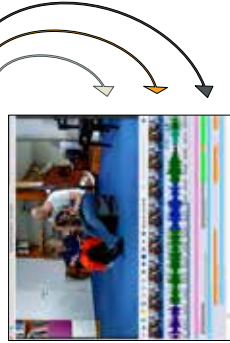
Forschungsprojekt



Mixed Methods Design

Softwareunterstützte Qualitative Datenanalyse mit MAXQDA

- Codieren direkt im **Musiktherapie Video**
- Offenes und zunehmend selektives Codieren
- Wiederholte Codierdurchgänge am Material



Eltern Interviews – Narrativer Teil

- Codieren am Interview Transkript
- Wiederholte Codierdurchgänge

Grounded Theory

- Theoretisches Sampling
- Entwicklung eines Kategoriensystems



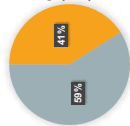
Standardisierter Interviewteil

Reaction to Diagnosis Interview (RD)

- erstmalige Anwendung in Deutschland
- basieren auf dem amerikanischen Manuals nach Flanagan/Martin (1993)
- Typisierung der Behinderungsverarbeitung gemäß Manual
- Triangulation: Auswertung des RD-Interviews durch geschulte Fachleute, die dem Forschungsprojekt ansonsten „fremd“ gegenüber sind.

Behinderungsverarbeitung

- Ergebnisse der Studie nach Barak-Levy/Alzaba-Poria, 2013
- Nur 41 % aller Eltern haben die Behinderung ihres Kindes adaptiv verarbeitet.
- 59 % haben die Behinderung ihres Kindes maladaptiv verarbeitet; im Interview zeigen sie Reaktionen (Wahrnehmungsvorstellungen oder depressive Symptome).



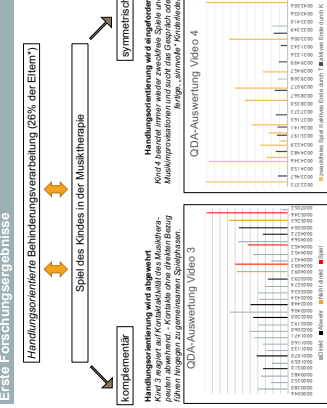
Methoden Mixing

Quantitativ

- Standardisiertes RQI-Interview
- Typisierung gemäß Manual



Erste Forschungsergebnisse

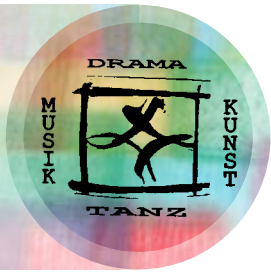


Ausblick

Geplante Fertigstellung des Forschungsprojekts in 2018

Literatur

- Barak-Levy, Yael/Alzaba-Poria, N. (2013): Parental versus maternal coping styles with child diagnosis of developmental delay. In: Research in developmental disabilities 34 (6), S. 2040-2046.
- Nadelson, Dianna (2003): Nimm das Leben, das du gegeben hast, wie es ist. Menschen, die anders sind. München: Piper.
- Paul, Oliver (2014): Musiktherapie mit so genannten „geistig behinderten“ Menschen. Besondereheiten in Diagnostik und Behandlung. In: Tüpkers, Rosemarie (Hg.): Musiktherapie Reader. Masterstudienangewandte Klinische Musiktherapie 2. Aufl. Nordost: Books on Demand, S. 69-108.
- Paul, Oliver (2017): Manual for classification of the reaction to diagnosis interview. University of Virginia, Charlottesville.



Körper – Tanz – Performanz Der Life/Art Process © nach Halprin im Vergleich mit neueren Ergebnissen der Boston Change Process Study Group



Sonja Seng M.A.



Posterpräsentation durch Sonja Seng



Körper - Tanz - Performanz

Der Life/Art Process® nach Halprin im Vergleich mit neueren Ergebnissen der Boston Change Process Study Group
Sonja Seng M.A., RMT, ISMIETA, 2017



Erkenntnisinteresse

- Performanz spielt eine immer wichtigere Rolle in Therapieprozessen (Pflüchthofer 2008, Frommer & Metzner 2014). Dabei steht das implizite Geschehen in der Therapie zunehmend im Fokus theoretischer und praxeologischer Untersuchungen der Psychotherapieforschung (Böhler et.al. 2013, BCPSG 2014, Leuzinger-Bohleber 2014).
- Der körperorientierte, kreativtherapeutische Arbeitsansatz Life/Art Process® (nach Anna und Davia Halprin) und der auf der relationalen psychoanalytischen Therapie beruhende Arbeitsansatz der Boston Change Process Study Group, beschäftigen sich beide mit dem impliziten Geschehen in der Therapie (BCPSG 2008, Schön 2009).

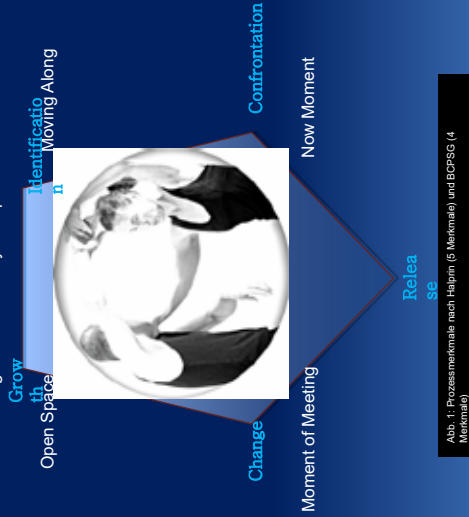
Ergebnisse

- Die Konzeptualisierungen von Prozessstrukturen beider Disziplinen verweisen auf Schnittstellen, die dem performanz-orientierten Vorgehen in der Therapie einen besonderen Stellenwert beimessen.
- Trotz Unterschieden in der Bezeichnung der Prozessmerkmale sowie ihrer Anzahl, zeigen sich Korrelationen innerhalb beider Ansätze (Abbildung 1). Diese beziehen sich insbesondere auf einen sich primär implizit vollziehenden, interaktionalen Verlauf von Abstimmungsprozessen (vgl. Tronick 2003, vgl. Buchholz & Gödde 2013) und folgen einer der Kreativität immanenten Non-Linearität und Unbestimmtheit.

Quellen:
 [1] Buchholz, M., Gödde, G. (2013). Balance, Rhythmus, Resonanz: Auf dem Weg zu einer Komplementarität zwischen vertikaler und resonanter Dimension des Unbewussten. In: Psyche – Z. Psychoanal. u. 67(10), Tanz auf dem Es – Körper, Affekt und Interaktion in der psychodynamischen Körper- und Maltherapie. In: Z. Psychoanal. Psychotherapie 18 (1)
 [2] Stern, D. et al. (2012). Veränderungsprozesse. Biondis & Auser, Frankfurt a.M.
 [3] The Boston Change Process Study Group (2009). The local level and the global level of change in psychotherapy. In: Psychotherapy 43
 [4] Wilmann, G., Schön, U., Land, R. (2009). Anna Halprin: Tanz – Prozesse – Gestalten, Kessler, München

Fragestellung

- Welche zentralen Gemeinsamkeiten und / oder Unterschiede zeigen sich in den Konzepten zu Therapieprozessen zwischen dem Arbeitsansatz nach Halprin und dem der Boston Change Process Study Group.



Methode

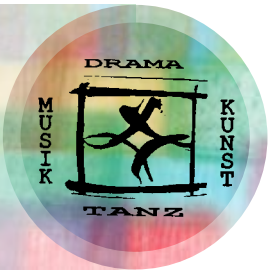
- Systematischer theoretischer Vergleich von Therapieprozessmerkmalen der BCPSG und der Therapieprozessstruktur »Five Part Process«, innerhalb des Life/Art Process® nach Halprin, einschließlich der Analyse performativ-impliziter Wirkfaktoren.

Ergebnisse

- Unterschiede in der von ihrer Herkunft verschiedenen Disziplinen zeigen sich in den überwiegend verbal ausgerichteten Interventionen der BCPSG zu dem überwiegend körperorientierten Vorgehen im Arbeitsansatz nach Halprin.
- Im systematischen Vergleich von Konzepten zu Therapieprozessen und deren Merkmalen, finden sich Korrelationen im Wirkungszusammenhang von Performanz und Co-Kreativität.
- Der Wirkungszusammenhang von Performanz und Co-Kreativität vollzieht sich auf der Basis einer implizit-ganzheitlichen Beziehungserfassung, im realen Handlungsgeschehen der Therapie (vgl. BCPSG 2014, Metzner & Seng 2016).

Kontaktadressen:

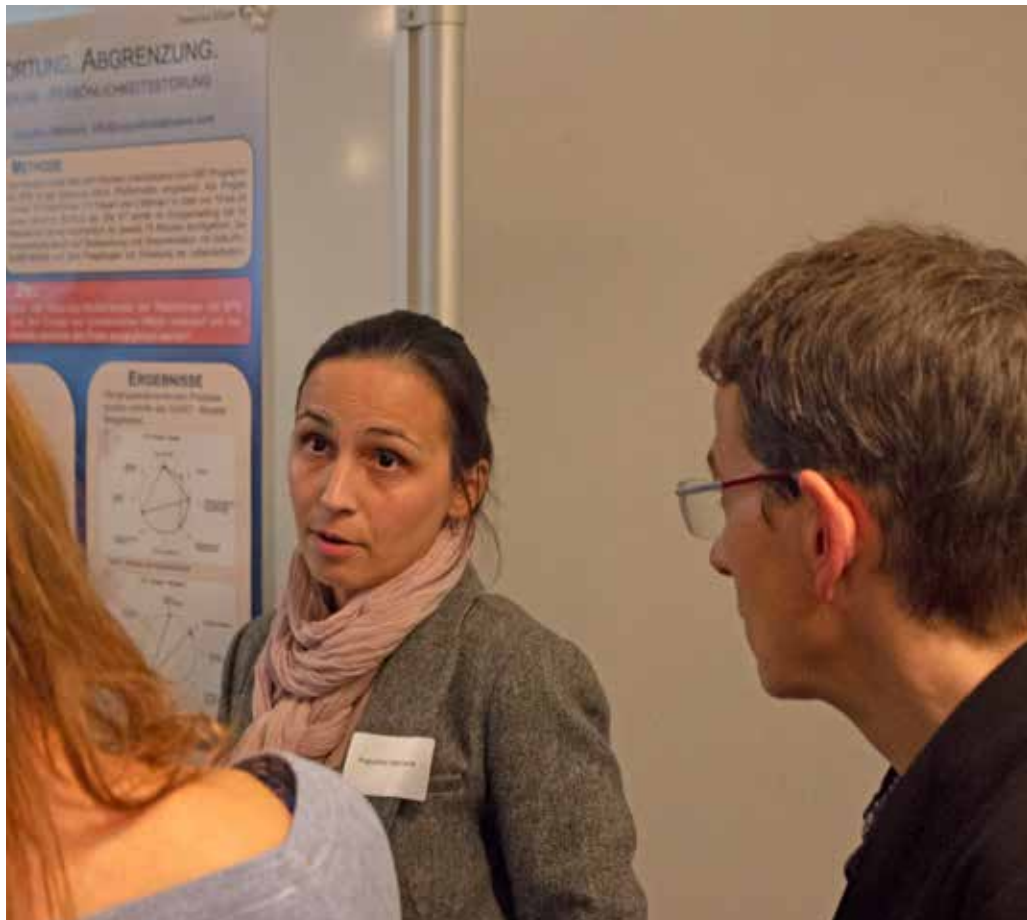
Sonja Seng, M.A.: Interdisziplinäre Therapie in der psychosozialen Versorgung, Schwerpunkt: Kreative Therapien, Wiss. Ulg. Prof. Dr. Metzner, Institut für Psychotherapie, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Wien, Vienna, Austria
 Sonja Seng, M.A.: Interdisziplinäre Therapie in der psychosozialen Versorgung, Schwerpunkt: Kreative Therapien, Wiss. Ulg. Prof. Dr. Metzner, Institut für Psychotherapie, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Wien, Vienna, Austria
 Therapy Association | Tamara Park/Bianca
 Photo: P. Eckard, Company Dance Dissection



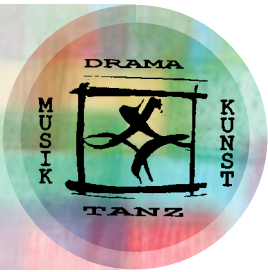
Bewegung. Verortung. Abgrenzung. Kunsttherapie bei Borderline- Persönlichkeitsstörung



Avgustina Stanoeva



Avgustina Stanoeva

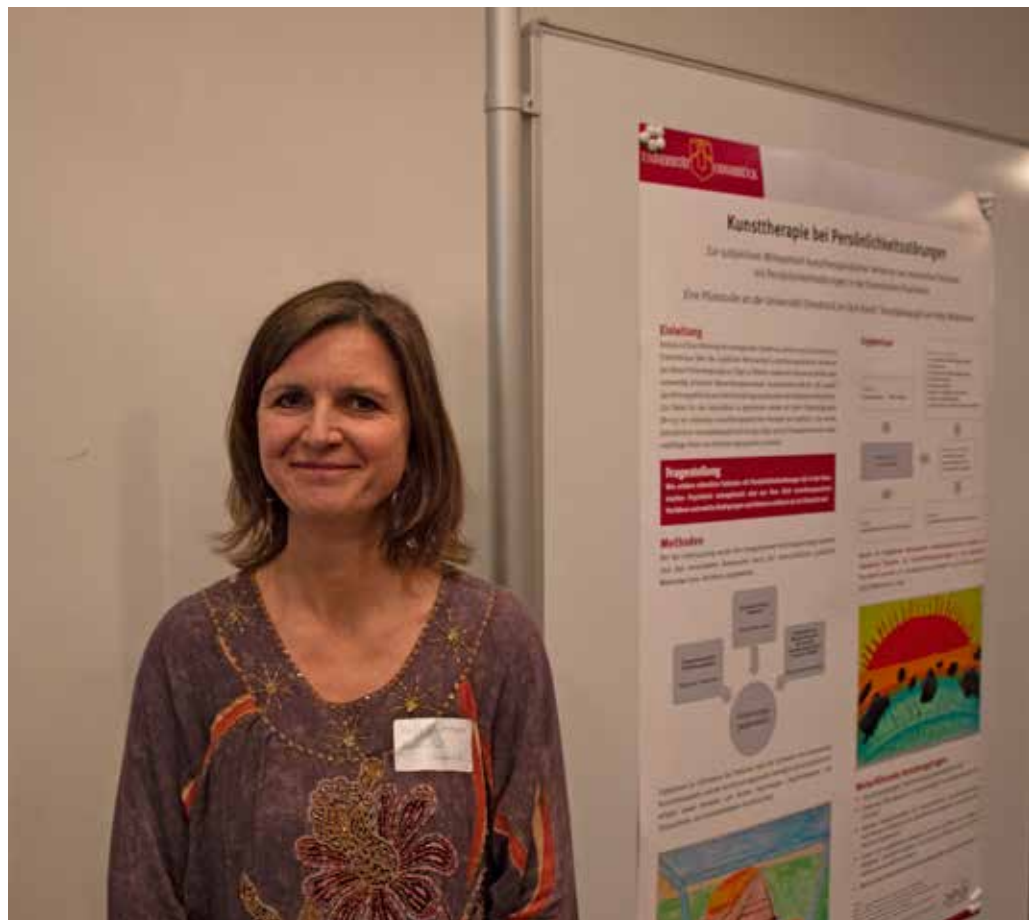


Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Zur subjektiven Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei männlichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie



Dr. des. Katja Watermann



Dr. des. Katja Watermann

Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Zur subjektiven Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei männlichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie

Eine Pilotstudie an der Universität Osnabrück im Fach Kunst / Kunstpädagogik von Katja Watermann

Einleitung

Anlass zur Durchführung der vorliegenden Studie war, bisher noch nicht entdeckte Erkenntnisse über die subjektive Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei dieser Patientengruppe zu Tage zu fördern, sowie sich wissenschaftlich über notwendig erachtete Behandlungskonzepte auseinanderzusetzen, die sowohl das Störungsbild als auch die Unterbringungssituation der Patienten einbeziehen. Um Daten für die Exploration zu generieren wurde mit einer Patientengruppe (N=15) ein intensives kunsttherapeutisches Konzept durchgeführt, das einem künstlerisch-kunstpädagogischen Ansatz folgt und 66 Therapieeinheiten sowie vielfältige Arten von Reflexionsgesprächen umfasst.

Fragestellung

Wie erleben männliche Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die in der forensischen Psychiatrie untergebracht sind aus ihrer Sicht kunsttherapeutische Verfahren und welche Bedingungen und Faktoren schätzen sie als förderlich ein?

Methoden

Bei der Untersuchung wurde eine triangulierende Forschungsstrategie gewählt und drei verschiedene Datensorten durch drei unterschiedliche, qualitative Methoden bzw. Verfahren ausgewertet:



Ergänzend zur Sichtweise der Patienten wird die Sichtweise der betreuenden Kunsttherapeutin und der am Forschungsprojekt beteiligten Kunststudentinnen erfasst sowie Hinweise von Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten und Gesundheits- und Krankenpflegern berücksichtigt.



Ergebnisse



Modell zur Subjektiven Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei männlichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie orientiert am „Paradigmatischen Modell“ nach Strauss und Corbin (1996) (Watermann, 2016)

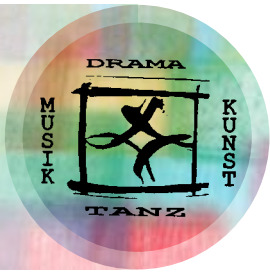


Weiterführende Forschungsfragen

- Tritt „Prozesshaftigkeit“ auch bei anderen Störungsbildern auf?
- Findet eine Übertragung von „Prozesshaftigkeit“ auf andere Bereiche statt (Transfer)?
- Kommen Vergleichsstudien mit unterschiedlicher kunsttherapeutischer Ausrichtung in Hinblick auf die identifizierten Kategorien zu gleichen bzw. ähnlichen Ergebnissen?
- Lassen sich vergleichbare Kategorien wie das Entstehen von „Prozesshaftigkeit“, „Verhalten verändern“ und „Kunst als Mittel nutzen“ auch bei Kindern und Jugendlichen finden?
- Welche ansatzübergreifenden Gemeinsamkeiten gibt es in der Kunsttherapie?

Literatur:
Barone, S. (2008). Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung.
Baikus, P. & Thies, J. (Hrsg.). (1997). Kunsttherapie. Stuttgart: Gustav Fischer.
Bohmisch, R. (2011). Qualitative Bild- und Videointerpretation. Die dokumentarische Methode.
Flick, U. (2001). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.
Sinapius, P., Wendlandt-Baumert, M., Niemann, A. & Bollé, R. (2010). Bildtheorie und Bildpraxis in der Kunsttherapie.
Strauss, A. & Corbin, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.





NIGREDO – Vom Dunkel ins Licht

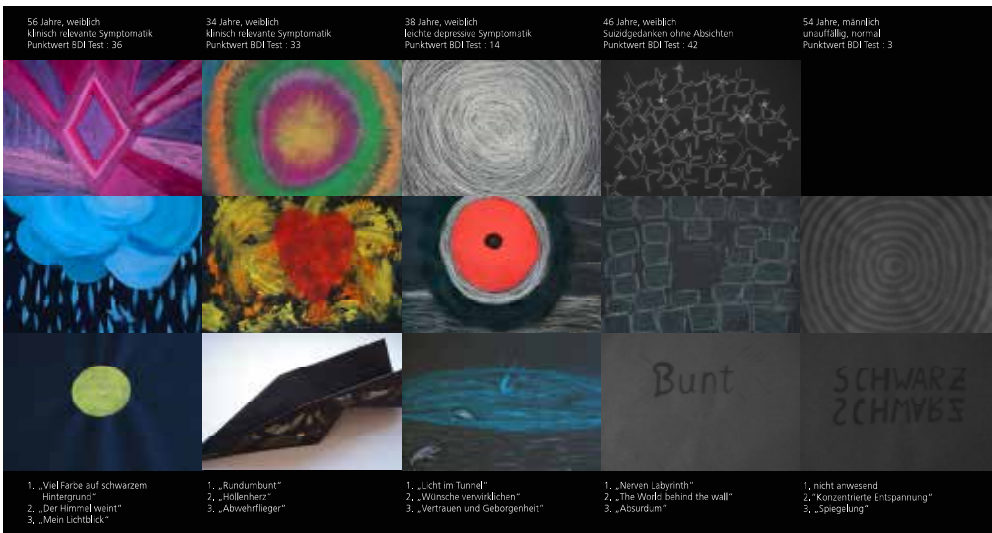
Wie reagieren depressive Patienten auf ein schwarzes Blatt als Malgrund in der GKT



Sylvia Wentzler B.A.



Sylvia Wentzler B.A.



NIGREDO - Vom Dunkel ins Licht

Wie reagieren depressive Patienten auf ein schwarzes Blatt als Malgrund in der GKT

Hintergrund

Im künstlerischen Prozess erfährt jeder nicht nur die Freiheit des weißen Blattes, sondern auch dessen Anforderungen an den Künstler. Die Begegnung depressiver Klienten mit der Leere des Blattes erzeugt mitunter Angst, Leistungsdruck oder Blockaden. Daraus entwickelte sich die Überlegung, ihnen ein schwarzes Blatt als Malgrund anzubieten, weil die Farbe Schwarz und ihre Symbolik im Erleben eine besondere Rolle spielt, wie auch die Sprachbilder „In ein schwarzes Loch fallen“ oder „Schwarz sehen“ zum Ausdruck bringen.

Schwarz symbolisiert nach C.G. Jung das Unbewusste, den Schlaf sowie das Traumbewusstsein, in dem sich die abgewehrten Persönlichkeitsanteile versinnbildlichen und die Schattenseiten der Psyche offenbaren. In diesem Kontext wählte er den alchemischen Begriff der Nigredo. Diese Transformation repräsentiert für ihn den Bewusstwerdungsprozess sowie die Auseinandersetzung mit diesen Schatten und letztendlich deren Integration ins Selbst. Analog dazu entwickelt sich das schwarze Blatt mit jedem Farbauftrag hin zum Licht und ermöglicht über die ungewohnte Wirkung der Farben einen Perspektivwechsel.

Methode

Da die Reaktion depressiver Patienten auf den schwarzen Malgrund unerforscht war, wurde eine explorative Untersuchungsmethode gewählt:

- Ambulantes, kunsttherapeutisches Setting
- Fünf Probanden mit der klinischen Diagnose Depression
- BDI (Beck-Depressions-Inventar) Fragebogen zur Kennzeichnung des Schweregrades der Depression der Probanden vor der ersten Gruppensitzung
- Drei Gruppensitzungen von je neunzig Minuten
- Keine Vorgabe eines Gestaltungsthemas
- Keine Materialvorgabe außer schwarzer Karton
- Standardisierter, offener Fragebogen nach Abschluss
- Erhebung der Gefühle, Empfindungen und Reaktionen vor, während und nach dem Gestaltungsprozess, Vergleich zum weißen Blatt.

Ausblick

Eine statistische Auswertung ist anhand der kleinen Fallzahlen nicht möglich. Die Einordnung in bisherige kunsttherapeutische Untersuchungen ist nicht sinnvoll, da keine entsprechenden Arbeiten vorliegen. Die Arbeit kann als Hypothesen generierend eingeordnet werden.

Künftig könnten Untersuchungen mit größeren Fallzahlen zum Ziel haben, statistisch signifikante Unterschiede in der Rezeption von Schwarz und Weiß herauszuarbeiten. Die Wertigkeit des schwarzen Blattes als diagnostisches Instrument oder der Einsatz als Paradoxie Intervention könnte weiter erforscht werden. Besonders geeignete Patientengruppen beziehungsweise Grenzen und Kontraindikationen könnten identifiziert werden.

Ergebnisse

In der Arbeit werden die Ergebnisse aus den Fragebögen mit den Gestaltungen und Beobachtungen des Prozesses zusammengeführt und vor dem Hintergrund der individuellen Krankengeschichten, der bisherigen klinischen Verläufe, sowie den theoretischen Grundlagen diskutiert. Im Einzelnen zeigt sich:

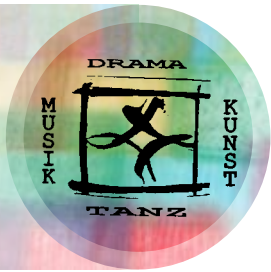
1. Eine **unterschiedliche Rezeption** zwischen schwarzem und weißem Blatt war zu beobachten.
2. **Therapeutisch „erwünschte“ Effekte:**
 - Paradoxie
 - Perspektivwechsel
 - Stimmungsaufhellung
 - Antriebssteigernde Effekte
 - Selbstwertsteigerung durch rasche ästhetische Erfolge
 - Sensibilisierte Affektwahrnehmung
 - Beenden von Gedankenkreisläufen
 - Überlich-Entlastung
 - Entspannung
3. **Therapeutisch „unerwünschte“ Effekte:**
 - Halluzinosität
 - Regressiver Sog
 - Reaktivierte traumatische Inhalte
 - Todessehnsucht

Deutlich: Verharren in regressiver Position als Abwehr und Angst vor dem Individuationsschritt.
4. Die Annahme des schwarzen Blattes als näherer, haltender Urgrund und seine Verwendung für abgewehrte Affekte, insbesondere aber die Möglichkeit der „Malignen Regression“ und Suizidalität, weisen auf die Notwendigkeit einer tragfähigen **therapeutischen Beziehung** bei Verwendung dieser Technik hin.
5. Dem schwarzen Blatt kommt im Einzelfall möglicherweise eine **zusätzliche diagnostische Bedeutung** zu.
6. Es ist für die jeweils einzelnen Probanden eine **Konsistenz** im Sinne plausibler Entsprechungen zwischen dem klinischem Bild der Depression, den Antworten im Fragebogen, dem ästhetischen Ausdruck und den einzelnen Gestaltungsprozessen, insbesondere unter psychodynamischen Aspekten, erkennbar.
7. **Psychodynamisch** betrachtet scheint der schwarze Malgrund den depressiven Probanden als innere Dunkelheit und Leere vertraut. Er spiegelt ihnen die Angst vor der Begegnung mit ihren abgewehrten Schattenseiten, wie beispielsweise Wut und Trauer, die durch die Enttäuschung über den frühen Liebesverlust des geliebten Objektes hervorgerufen wird.

Bild: Arbeit von Gaby Wenzler, Email: gabywenzler@t-online.de
Studienang. für Klinische Kunsttherapie / Gestaltungslehre, 2016, betreut von Prof. Ina Schützgenwehde und Dipl. Psych. Elke Pfeifer-Bohl.

Literaturhinweise:
Dinkel, Inesmarie, 2011. Nuchternwahrheit / Beine in die Abgründe der Seele. Heimen, Frankfurt 2009. Schwarz, Die Alchemie der Körpergeschichte, Hologramm. Merin, Meyer, Tschickel, 2002. Diagnostik Affektiver Störungen, Jung, Carl Gustav, 1965. Abwärt und Psychotherapie, Ernst, Springer, 1981. Trauer und Melancholie, Carl Gustav Jung, 1961. Maria, 2011. Leitfaden der Psychotherapie, München, Thoma, 1998. Die Farben Schwarz.

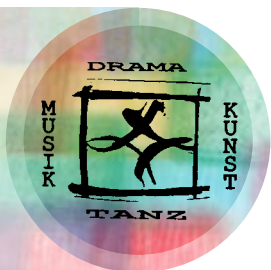




Transferbindungen

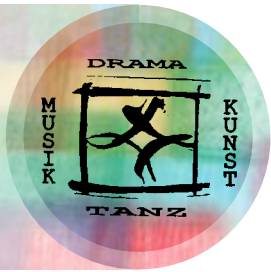
	<p>Was nehme ich von den Kreativtherapietagen mit, das ich „morgen“ am Arbeitsplatz anwende? Was mache ich Montag anders?</p>	<p>Themenvorschläge für die nächsten Kreativtherapietage 2019</p>
<p>Kunst</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmüpfen gegen überzogenen Druck • Innehalten • Nein sagen • Achtsam sein • Da sein • Charmante Ecken und Kanten entwickeln • Auf die Realität schauen • Wissen um Abrechnungssysteme • Ja-sagen zur Profession/Begeisterung zeigen • Sich offensiver in Fachgespräche einmischen • Dem Widerstand mit Humor begegnen, ins Gespräch kommen • Antennen für die aktuelle Entwicklung • Andere Fächer checken • Leitlinien checken • Den Plan, ein Haiku-Buch zu kaufen • Mut zum Graduierungsverfahren • Schwarze Blätter, die farbe Schwarz neu zu entdecken • Stärkung durch Vernetzung • Motivation, sich berufspolitisch einzubringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung • Schnittstellen zwischen den Gewerken • Komorbidität und der Umgang der einzelnen Gewerke damit/Emotionen, wie verorten sie sich • Symbolisierung/Mentalisierung • Kreativtherapie für andere Gewerke erfahrbar machen • Berufspolitik • Leitlinien-Workshops (in verschiedenen Bereichen) • Esoterik/Vorurteile/Nutzung • Dranbleiben am Thema Ethik • Ambulante Kreativtherapie

	<p>Was nehme ich von den Kreativtherapietagen mit, das ich „morgen“ am Arbeitsplatz anwende? Was mache ich Montag anders?</p>	<p>Themenvorschläge für die nächsten Kreativtherapietage 2019</p>
<p>Musik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lust und Ideen für mehr Kultur in der Einrichtung • Gefühl, nicht allein zu sein • Mehr Selbstbewusstsein • Aufmüpfig sein (Vortrag Prof. Dr. Dr. Vollmann) • Motivation, die Kollegen fortzubilden (z. B. Ärzte) • Im Austausch bleiben/sein (fachübergreifend und regelmäßig), thematische Stammtische • Konkrete Motivation/Mut für Gespräche mit Vorgesetzten, STÄRKUNG • Mehr Beweglichkeit im Umgang mit Druck • Anregung für LVR-Akademie (Fobi für Ärzte) • Wichtig: Über den Tellerrand schauen • Forschung wichtiger nehmen • Sich zeigen • Positionierung/Professionalisierung in der Klinik • Achtsamkeit für die eigene Tätigkeit • Konkrete Ideen für die unmittelbare Arbeit (WS) • Berechtigung der eigenen Arbeit/Methode • Ideen für räumliche Rahmenbedingungen • Therapie (Beziehung) braucht Zeit! 	<ul style="list-style-type: none"> • Stationsäquivalente Behandlung • Orte der Behandlung • Berufspolitik – Berufsgesetz künstlerische Therapien • Ausbildung • Wie stelle ich mich dar • Interdisziplinarität • Wissenschaftliches Arbeiten für Dummies • Facetten der Profession • Wie kann man Kreativtherapie einfach darstellen? • Indikationsfrage



	Was nehme ich von den Kreativtherapietagen mit, das ich „morgen“ am Arbeitsplatz anwende? Was mache ich Montag anders?	Themenvorschläge für die nächsten Kreativtherapietage 2019
Drama		<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Tagung • Psychotherapieschulen im Miteinander • Zielgruppenspezifische künstlerisch-therapeutische Methoden – ein Austausch und Update • mind. 3 Workshops für Tanz- bzw. Dramatherapie (nicht parallel)
Tanz	<ul style="list-style-type: none"> • Konkrete Übungen zum Ausprobieren, z. B. zum Thema „Nähe-Distanz“ • Viel Freude! • Freude über Begegnung mit kreativen Menschen, das stärkt Vertrauen • Nicht alleine kämpfen müssen > innerlich distanzierter vom Ökonomisierungsdruck • Zurückkommen zu einem Team/Verbund • Kreativtherapie=Insel im Klinikgeschehen • Umbewertung von „Effizienz“ in etwas Positives • Erstmals näher mit Musiktherapeutenkollegen zu tun gehabt, aus einem Fremdheitsgefühl wurde Verbundenheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Tagung • Psychotherapieschulen im Miteinander • Zielgruppenspezifische künstlerisch-therapeutische Methoden – ein Austausch und Update • mind. 3 Workshops für Tanz- bzw. Dramatherapie (nicht parallel)

	<p>Was nehme ich von den Kreativtherapietagen mit, das ich „morgen“ am Arbeitsplatz anwende? Was mache ich Montag anders?</p>	<p>Themenvorschläge für die nächsten Kreativtherapietage 2019</p>
<p>Tanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ab Montag Meditieren (aus Achtsamkeitsworkshop kommend), dabei ist Üben wichtig, nicht nur Wissen • Kreativtherapie ist schon weit gekommen > das stärkt innere Haltung • Haus 1 ist toll • Appell zu berufspolitischem „Joggen“ (aus Vortrag Evers-Grewe, Dr. Eberhard) aufgenommen • Verortung im Gesundheitswesen hilfreich erlebt > beleuchtet, wenn auch unbequem • Gemeinsame Praxiserfahrung mit Kolleg*innen vor Anwendung mit Patient*innen • Gesundheitsförderung ist auch möglich durch Förderung von Schule, Bildung, Soziales (Gedanke aus Vortrag Prof. Dr. Dr. Vollmann) • Therapie ist auch Bildung/Soziales; Therapie bildet Verknüpfungen ins soziale System/soziale Netz; wichtig für Behandlung und für Prävention sowie Nachsorge – „Community Outreach“ 	

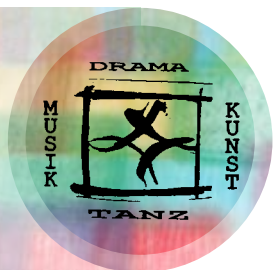


	<p>Was nehme ich von den Kreativtherapietagen mit, das ich „morgen“ am Arbeitsplatz anwende? Was mache ich Montag anders?</p>	<p>Themenvorschläge für die nächsten Kreativtherapietage 2019</p>
<p>Tanz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kraft geschöpft für Prozesse in der eigenen Klinik • Anregung zu Gedanken: "Was können wir an eigenen Konzepten anbieten, bevor von außen gestrichen wird" • Kernkompetenzen gestärkt/persönlich in der eigenen Kompetenz gestärkt > TSCHAKKA!!! • Wertschätzung der eigenen Arbeitsumgebung und der eigenen Kollegen • Gut, dass Berufspolitik Thema war • Kritischer Blick auf sich zugelassen: wie wirkt ökonomischer Druck im Gesundheitswesen? Woher kommt er? • „dynamisch-aufmüpfig“ – nicht ewig akzeptieren > „nein“-sagen • Mich selbst wiedererkennen: weil das „Drumrumgerödel“ mal wegbleibt, kann ich bei mir bleiben • Verantwortung übernehmen, nicht nur „Ärztbashing“ betreiben • In ärztlich-/wissenschaftliche Fortbildungen reingehen 	

	Was nehme ich von den Kreativtherapietagen mit, das ich „morgen“ am Arbeitsplatz anwende? Was mache ich Montag anders?	Themenvorschläge für die nächsten Kreativtherapietage 2019
Tanz	<ul style="list-style-type: none"> Bild zu möglicher Wirkung von Kreativtherapie (aus Vortrag Dr. Joksimovic): „Kamel“ – steht hier für schnell wirken mit „Retard-“ bzw. „Depot-effekt“ 	

Transferbindungen

Am Ende unserer 2-tägigen KreativtherapieTage stellte das „LVR-Fachforum KreativtherapieTage“ den Teilnehmenden in vier disziplinspezifischen Diskussionsrunden zwei Fragen um herauszufinden, was sie aus der Tagung in den Berufsalltag mitnehmen konnten – im Sinne eines Transfers. Daneben konnten wir den Diskussionsrunden entnehmen, welche Fragen unbeantwortet blieben bzw. welche Impulse die Teilnehmenden für neue Themen hatten.



Veranstaltungsprogramm

LVR-DEZERNAT KLINIKVERBUND UND VERBUND HEILPÄDAGOGISCHER HILFEN

Programm

Donnerstag, den 23.11.2017

- 09:00 Uhr **Tagungsbüro/Begrüßungskaffee**
- 10:00 Uhr **Begrüßung**
Prof. Dr. Tillmann Supprian i.V. von
Prof. Dr. Eva Meisenzahl
- 10:15 Uhr **Grußwort**
Friedhelm Kitzig
- 10:30 Uhr **Einführung**
Prof. Johannes Junker
- 10:45 Uhr **Vortrag mit Diskussion**
Ethische Herausforderungen im
Spannungsfeld von Beziehung,
Profession und Ökonomie.
Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann
- 11:45 Uhr Kaffeepause
- 12:00 Uhr **Vortrag mit Diskussion:**
Kreativtherapie in der Psychiatrie
und Psychosomatik –
Chancen und Herausforderungen.
Dr. Ljiljana Joksimovic
- 13:00 Uhr Mittagessen
- 14:30 Uhr **Parallele Workshops** inkl. 15 min Kaffeepause
- 17:00 Uhr **Wissenschaftliche Posterpräsentationen**
- 19:00 Uhr Abendveranstaltung mit Feier

Freitag, den 24.11.2017

- 08:30 Uhr **„Morning Mood“** – Einstimmung in den Tag
- 09:00 Uhr **Vortrag mit Diskussion:**
Unterwegs in wechselnden Landschaften der
Wissenschaft, Praxis und Berufspolitik – Die
Bundesarbeitsgemeinschaft
Künstlerische Therapien
Dr. Marianne Eberhard-Kaechele, Beatrix
Evers-Grewe
- 10:15 Uhr Kaffeepause
- 10:30 Uhr **Parallele Workshops** inkl. 15 min Kaffeepause
- 12:30 Uhr **Medienspezifische Workshops:**
„Transferbindung“
- 13:15 Uhr Mittagsimbiss
- 14:15 Uhr Ende der Veranstaltung
- Moderation der Tagung** Prof. Johannes Junker

Workshop-Programm

LVR-DEZERNAT KLINIKVERBUND UND VERBUND HEILPÄDAGOGISCHER HILFEN

Workshops

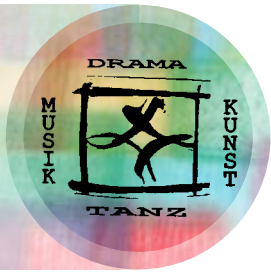
Workshops am Donnerstag

- D1)** Ambulante Musiktherapie in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Marianne Bauer
- D2)** Kurz und gut? Musiktherapie im Effizienzdruck
Gertrud Hopster & Tobias Kranz
- D3)** Liebe auf den ersten Blick? Das positive Spannungsfeld zwischen Dramatherapie & Schematherapie
Katrin Bange
- D4)** Zurückgeworfen auf das Nonverbale – Kunsttherapie/Kreativtherapien im transkulturellen Kontext
Nele Heriniaina
- D5)** Kunsttherapie – kurz und knapp
Brigitte Biebrach-Schmitt
- D6)** „Nigredo“ – Vom Dunkel ins Licht
Sylvia Wentzler
- D7)** Kreative Prozesse zwischen Ökonomie und Beziehung
Marion Reuter & Emily Severin
- D8)** Der Life/Art Prozess® – Ein Performanz-orientierter Therapieansatz in Zeiten ökonomischen Wandels
Sonja Seng

Workshops am Freitag

- F1)** Gegenwärtigsein – Das Prinzip der Achtsamkeit in der Kreativtherapie
Renate Kemp
- F2)** Kontexte kreativtherapeutischen Arbeitens in Großgruppen – eine kreative Herausforderung
Stefan Schäkel
- F3)** Kunsttherapie mit Haiku für große Gruppen in der Psychiatrie
Christine Hayashi
- F4)** Arts-based inquiry: Forschung in Bewegung
Nicole Hartmann
- F5)** Kultur im Krankenhaus – Gestaltungsraum für Organisationskultur
Theo van der Poel

Inhaltliche Beschreibungen der Workshops und Informationen zu den Referent*innen finden Sie auf unserer Internetseite: www.kreativtherapien.lvr.de



Organisationsteam des Fachforums Kreativtherapie mit Moderator



Vordergrund (v. l. n. r.): Patric Driessen (LVR-Klinik Bedburg-Hau), Prof. Johannes Junker (Moderator, Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen), Dr. Peter Hoffmann (LVR-Klinikum Düsseldorf), Uwe Blücher (LVR-Dezernat 8, Köln).

Hintergrund (v. l. n. r.): Florian Urbas (LVR-Klinikum Düsseldorf), Ute Pirkl (LVR-Klinikum Düsseldorf), Mechtild Witte (LVR-Klinik Düren), Gudrun Gorski (LVR-Akademie Solingen), Beatrix Evers-Grewe (LVR-Klinikum Essen), Eva Golloch (LVR-Klinikum Essen)



Das LVR-Fachforum Kreativtherapie bedankt sich bei Hr. Prof. Johannes Junker für seine fachkundige Moderation



Landschaftsverband Rheinland (LVR)

LVR-Fachbereich 84 Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

50663 Köln, Tel. 0221 809-0

www.lvr.de