

Konzepte, Methoden und Praxis der Klinischen Psychiatrie
Herausgegeben von W. Gaebel, P. Falkai und W. Rössler

Wulf Rössler, Birgit Matter (Hrsg.)

Kunst- und Ausdruckstherapien

Ein Handbuch für die psychiatrische
und psychosoziale Praxis



Kohlhammer

Kohlhammer

Konzepte, Methoden und Praxis der Klinischen Psychiatrie

Begründet von:

Wolfgang Gaebel

Franz Müller-Spahn (†)

Herausgegeben von:

Wolfgang Gaebel

Peter Falkai

Wulf Rössler

Übersicht über die bereits erschienenen Bände:

- Stefan Weinmann:
»Evidenzbasierte Psychiatrie«
- Rolf-Dieter Stieglitz:
»Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie«
- Thomas Becker/Holger Hoffmann/Bernd Puschner/Stefan Weinmann:
»Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie«
- Hans Joachim Salize/Reinhold Kilian:
»Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie«
- Werner Strik/Thomas Dierks:
»Biologische Psychopathologie«
- Tillmann Supprian:
»Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen«
- Wulf Rössler/Birgit Matter (Hrsg.):
»Kunst- und Ausdruckstherapien«

Wulf Rössler, Birgit Matter (Hrsg.)

Kunst- und Ausdruckstherapien

Ein Handbuch für die
psychiatrische und psychosoziale Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Pharmakologische Daten verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autor haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Gewährleistung können Verlag und Autor hierfür jedoch nicht übernehmen. Daher ist jeder Benutzer angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Umschlagabbildung: »Der gespaltene Mensch« © Ursula Rogmann (Galinova) 2013

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-023571-7

Inhalt

Verzeichnis der Herausgeber und Autoren	9
Vorwort	15
<i>Wulf Rössler</i>	
Einleitung	17
<i>Birgit Matter</i>	
Teil A: Überblick	23
1 Szene der Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa – Entwicklung, Systematik und aktuelle Situation	25
<i>Karl-Heinz Menzen</i>	
2 ArteFakte – Forschung in der Kunsttherapie	35
<i>Karin Dannecker</i>	
Teil B: Grundlagen	53
3 Kunst und Kreativität – wesentliche Aspekte Künstlerischer Therapien	55
<i>Doris Titze</i>	
4 Kunst und Psyche – psychologische Aspekte Künstlerischer Therapien	66
<i>Georg Franzen</i>	
5 Abfuhr, Ausdruck, Sprache – über psychoanalytische Traditionslinien der Ausdruckstherapien	76
<i>Peter Schneider</i>	
6 Malateliers in psychiatrischen Kliniken – Grundlagen heutiger kunst- therapeutischer Theorie und Praxis	84
<i>Michael Günter</i>	
7 Reiz und Responsivität – neurobiologische Aspekte Künstlerischer Therapien	94
<i>Philipp Martius und Flora Gräfin von Spreti</i>	

8	Mann und Frau – geschlechter- und genderspezifische Aspekte der Künstlerischen Therapien	101
	<i>Peter Rech</i>	
9	Zur Wirkungsweise Künstlerischer Therapien – systemisch-integrative Aspekte	115
	<i>Jürgen Kriz</i>	
10	Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapien – die forschungsbasierte Perspektive	125
	<i>Constanze Schulze</i>	
Teil C: Verfahren und Methoden in Theorie und Praxis psychiatrischer Versorgung		135
11	Musiktherapie	137
11.1	Ton um Ton ... Einblicke in die Musiktherapie	137
	<i>Sandra Lutz Hochreutener</i>	
11.2	Musiktherapie im klinischen Setting	148
	<i>Martin Lenz</i>	
11.3	Musiktherapie im ambulanten Setting	160
	<i>Lutz Debus</i>	
12	Tanz- und Bewegungstherapie	170
12.1	Ansätze der Tanz- und Bewegungstherapie	170
	<i>Elke Willke</i>	
12.2	Tanz- und Bewegungstherapie im klinischen Setting	180
	<i>Bernhard Frey</i>	
12.3	Was im Tanz zur Sprache kommt – Praxis der Integrativen Bewegungs- und Tanztherapie im ambulanten Setting	191
	<i>Anne-Dominique Hubert Bolland</i>	
13	Poesie- und Bibliothherapie	201
13.1	Ansätze der Poesie- und Bibliothherapie	201
	<i>Carmen Unterholzer</i>	
13.2	Poesie- und Bibliothherapie im klinischen Setting	211
	<i>Silke Heimes</i>	
13.3	Therapeutisches Schreiben im ambulanten Setting	221
	<i>Barbara Schulte-Steinicke</i>	

14	Kunsttherapie	231
14.1	Kunsttherapie: Geschichte, Ansätze, Wirkweisen <i>Flora Gräfin von Spreti und Philipp Martius</i>	231
14.2	Kunsttherapie im Gruppensetting <i>Gisela Schmeer</i>	244
14.3	Kunsttherapie im klinischen Setting <i>Astrid Elmendorf</i>	257
14.4	Kunsttherapie im teilstationären Setting <i>Eva Maurer</i>	268
14.5	Kunsttherapie im ambulanten Setting der Eingliederungshilfe mit persönlichkeitsgestörten Menschen <i>Regina Liedtke</i>	276
14.6	Narrative Kunsttherapie <i>Birgit Schneider</i>	286
15	Gestaltungstherapie/Klinische Kunsttherapie	295
15.1	Ansätze der Gestaltungstherapie/Klinischen Kunsttherapie <i>Christa-Barbara Kraft</i>	295
15.2	Gestaltungstherapie/Klinische Kunsttherapie im klinischen Setting <i>Klara Schattmayer-Bolle</i>	308
15.3	Gestaltungstherapie/Klinische Kunsttherapie im ambulanten Setting <i>Elke Pfeifer-Nagel</i>	321
16	Ergotherapie	335
16.1	Ansätze der Ergotherapie <i>Birgit Matter</i>	335
16.2	Ergotherapie im klinischen Setting <i>Tanja Fox und Angela Döring</i>	351
16.3	Ergotherapie im ambulanten Setting <i>Clara Scheepers-Assmus</i>	361
17	Weitere Aspekte Künstlerischer Therapien	373
17.1	Integrative Maltherapie – eine Brücke für Patienten mit psychischen Störungen <i>Maria Steinbauer</i>	373
17.2	Lösungsorientiertes Malen <i>Bettina Egger und Jörg Merz</i>	388
17.3	Theaterspielen im klinischen Setting <i>Walter Pfaff</i>	398

17.4	Rezeptive Kunsttherapie	408
	<i>Birgit Matter</i>	
17.5	Gesundheitsförderung und Prävention durch Künstlerische Therapien	418
	<i>Ruth Hampe</i>	
17.6	Lösungskunst – Entwicklung, Grundlagen und Prinzipien ressourcen- orientierter Arbeit in den Künstlerischen Therapien	431
	<i>Herbert Eberhart</i>	
17.7	Intermediale Kunst- und Ausdruckstherapie in der psychiatrischen Praxis . .	441
	<i>Madlen Fährndrich Campiche</i>	
Teil D:	Ausblick	453
18	Zukunftsszenarien für die Relevanz der Kunst- und Ausdruckstherapien in der psychosozialen Gesundheitsversorgung	455
	Anhang: Ausbildungsinstitute für Kunst- und Ausdruckstherapien	461
	Sachwortregister	471

Verzeichnis der Herausgeber und Autoren

Herausgeber

*Birgit Matter, M.Sc. Public Health, BSc.
Ergotherapie, Kunst- und Kreativitäts-
therapeutin*
Projektleiterin in der psychosozialen Ge-
sundheitsversorgung (Public Mental Health)
Hechlenberg 20
CH-8704 Herrliberg
E-Mail: bimatter@bluewin.ch
www.xing.com/profile/Birgit_Matter

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Soziale Psychiatrie und
Allgemeinpsychiatrie ZH West
Militärstrasse 8, Postfach 1930
CH-8021 Zürich
E-Mail: roessler@dgsp.uzh.ch

Autoren

Prof. Dr. habil. Karin Dannecker
Kunsthochschule Berlin Weißensee
Kunsttherapie Berlin – Kolleg für
Weiterbildung und Forschung gGmbH
Schönstr. 90
13 086 Berlin
E-Mail: kdannecker@kunsttherapie-berlin.de
www.kunsttherapie-berlin.de

*Lutz Debus, Dipl. Soz.-Päd.,
Musik-Soziotherapeut*
Rheinfährstr. 125
D-41 468 Neuss
E-Mail: info@lutz-debus.info
www.lutz-debus.info/

Angela Döring, Ergotherapeutin
Heinrich-König-Strasse 2b
D-44 797 Bochum
E-Mail: angela.doering@rub.de

Dr. phil. Herbert Eberhart
Supervisor, Coach, Kurzzeit-Therapeut und
Ausbilder in verschiedenen Institutionen
Mühlemattstrasse 12
CH-8135 Langnau am Albis
E-Mail: herbert-eberhart@bluewin.ch

*Dr. phil. Bettina Egger, Kunsttherapeutin
ED*
Kunst- und psychotherapeutische Privat-
praxis, kunsttherapeutische Forschungs-
und Lehrtätigkeit
Institut für Lösungsorientiertes Malen
Feldegstr. 21
CH-8008 Zürich
E-Mail: info@lom-malen.ch
www.lom-malen.ch/web/lom/

*Astrid Elmendorf Bildende Künstlerin und
Kunsttherapeutin*
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Remterweg 69–71
D-33 617 Bielefeld
E-Mail: astrid.elmendorf@evkb.de
www.evkb.de

Dr. phil. Madlen Fähndrich Campiche
Kunst- und ausdrucksorientierte Psycho-
therapeutin, Dozentin Stiftung EGIS
(Zürich)
Gotthardstr. 17
CH-8800 Thalwil
E-Mail: madlenfaehndrich@bluewin.ch

Tanja Fox, M. A.
Ergotherapeutin
Steilstraße 6
D-44 797 Bochum
E-Mail: pygmalion00@yahoo.de

Dr. phil. Georg Franzen
Psychologischer Psychotherapeut,
Kunstpsychologe
Bahnhofsplatz 9
D-29 221 Celle
E-Mail: kunstpsy@aol.com
www.kunstpsychologie.de

Bernhard Frey, M. A.
Leiter der Physio-, Tanz-, Bewegungs-
und Musiktherapie der Psychiatrischen
Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
E-Mail: bernhard.frey@puk.zh.ch
www.pukzh.ch

Prof. Dr. med. Michael Günter
Ärztlicher Direktor (komm.)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
Universität Tübingen
Osianderstr. 14
D-72 076 Tübingen
E-Mail: michael.guenter@med.uni-
tuebingen.de

Prof. Dr. phil. habil. Ruth Hampe
Professorin für Rehabilitation und Kunst-
therapie im Studiengang Heilpädagogik an
der KH-Freiburg

Karlstr. 63
D-79 104 Freiburg
E-Mail: ruth.hampe@kh-freiburg.de
www.kh-freiburg.de

Prof. Dr. Silke Heimes
Professorin für Kunsttherapie (Medical
School Hamburg), Leiterin des Instituts für
Kreatives und Therapeutisches Schreiben
Wenckstraße 1
D-64 289 Darmstadt
E-Mail: www.silke-heimes.de
www.ikuts.de

Anne-Dominique Hubert Bolland,
Dipl. Künstlerin und Kunstpädagogin
Lehrtherapeutin beim Fritz Pearls Institut
und der Deutschen Gesellschaft für Tanz-
therapie
Praxis für kreative Therapie
Blumenrain 30
CH-4057 Basel
E-Mail: ad.hubert@bluewin.ch
www.annedominiquehubert.ch

*Christa-Barbara Kraft, Gestaltungsthera-
peutin, Klinische Kunsttherapeutin und
Lehrtherapeutin (DAGTP)*
Damaschkestr. 28
D-10 711 Berlin

Prof. em. Dr. Jürgen Kriz
Emeritus für Psychotherapie und Klinische
Psychologie
Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Seminarstrasse 20
D-49 074 Osnabrück
E-Mail: kriz@uos.de
www.jkriz.de

Martin Lenz, Dipl.-Musiktherapeut
Dozent und Redakteur der Zeitschrift
»therapie kreativ«
Schloßstr. 13
D-32 257 Bünde

Regina Liedtke, Kunsttherapeutin (DGKT)
Heilpraktikerin/Psychotherapie,
Praxis für kreatives Gestalten, Therapie und
Supervision/Coaching
Alt-Lietzow 12
D-10 587 Berlin
E-Mail: mail@kreativpraxis-berlin.de
www.kreativpraxis-berlin.de

Dr. Sandra Lutz Hochreutener
Leiterin und Dozentin des MAS Klinische
Musiktherapie an der Zürcher Hochschule
der Künste; Musiktherapeutin in eigener
Praxis
Schwantlern 28
CH-9056 Gais
E-Mail: s.lutz@bluewin.ch

Prof. Dr. med. Philipp Martius
Chefarzt Psychosomatik
DRV Bayern Süd Klinik Höhenried gGmbH
D-82 347 Bernried
E-Mail: P.Martius@lrz.tu-muenchen.de
www.hoehenried.de

Eva Maurer, M. A.
Primarlehrerin, Erwachsenenbildnerin und
Mal- und Kunsttherapeutin
Psychiatriezentrum Linthgebiet, Tagesklinik
Zürcherstrasse 16
CH-8730 Uznach
E-Mail: eva.maurer@psych.ch
www.psych.ch/uznach

Prof. Dr. habil. Karl-Heinz Menzen
Leitung des Lehrprogramms »Sozial- und
Heilpädagogische Kunsttherapie« an der
Kath. Hochschule Freiburg

Hornweg 4
D-79 271 St. Peter
E-Mail: karl-heinz.menzen@t-online.de
www.hkt-nuertingen.de/193_0-prof_dr_
habil_karl-heinz-menzen.html

*Jörg Merz, lic. phil., Fachpsychologe für
Psychotherapie FSP*
Forschungstätigkeit an der Psychiatrischen
Universitätsklinik und am Universitätsspital
Zürich
Institut für Lösungsorientiertes Malen
Feldegstr. 21
CH-8008 Zürich
E-Mail: info@lom-malen.ch
www.lom-malen.ch/web/lom/

Walter Pfaff, M. A.
Künstlerischer Leiter Ambulatorium
ArtBrut
Hardturmstr. 120a
8005 Zürich
E-Mail: w.pfaff@bluewin.ch
www.homoludens.cc

Elke Pfeifer-Nagel
*Ergotherapeutin, Gestaltungstherapeutin/
klin. Kunsttherapeutin, Psychologin*
Kirchstr. 51a
D-69 221 Dossenheim
E-Mail: epfna@hotmail.de

Prof. em. Dr. habil. Peter Rech
Lehrstuhl für Kunsterziehung; Lehr-
therapeut (DGKT), Kunsttherapeut (HPG)
Institut für Kunst und Kunsttheorie der
Universität zu Köln
Gronewaldstraße 2
50 931 Köln
E-Mail: n.bock@uni-koeln.de
www.koelnerschule.de

Prof. Klara Schattmayer-Bolle
Kunst- und Gestaltungstherapeutin (grad.)
Dozentin HKT Nürtingen, KHSB/DAGTP
Berlin, HBfK/KTH Dresden, C. G. Jung-
Institut Stuttgart, eigene Praxis (HPG)
Ludwig-Jahnstr. 35
D-73 732 Esslingen
E-Mail: k.schattmayer-bolle@hkt-
nuertingen.de

Clara Scheepers-Assmus
Ergotherapeutin, Therapeutin für
Konzentrativen Bewegungstherapie
Praxis für Ergotherapie
Hildastr. 11
D-69 469 Weinheim
E-Mail: info@ergotherapie-scheepers.de
www.ergotherapie-scheepers.de

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Gisela Schmeer
Professur für Kunsttherapie an der Hoch-
schule für Bildende Künste in Dresden
Jensenstr. 8
D-81 679 München
E-Mail: g.schmeer@gmx.de
www.gisela-schmeer.de

Dr. phil. Birgit Schneider
Dozentin und Trainerin im Gesundheits-
wesen, Kunsttherapeutin und freischaffende
Künstlerin
Birkerstrasse 10
D-80 636 München
E-Mail: birgit.schneider-art@t-online.de
www.birgit-schneider-art

PD Dr. Peter Schneider, M. A.
Privatdozent an der Universität Bremen,
Lehrbeauftragter an der Uni Zürich
Bergstrasse 122
CH-8032 Zürich
E-Mail: ps@peterschneider.info
www.peterschneider.info

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Barbara Schulte-
Steinicke*
Psychologische Psychotherapeutin in eigener
Praxis
Zillestr. 107
D-10 585 Berlin
E-Mail: barbara@schulte-steinicke.de

Prof. Dr. päd. Constanze Schulze
Professorin für Forschung und wissen-
schaftliche Grundlagen in der Kunsttherapie
Fachhochschule Ottersberg
Am Wiestebruch 68
D-28 870 Ottersberg
E-Mail: c.schulze@fh-ottersberg.de
www.fh-ottersberg.de

Em. Doz. Dr. Maria Steinbauer
Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie,
Univ.-Doz. für Psychiatrie
Eggwald 18
A-8044 Graz
E-Mail: maria.angela@aon.at
steinbauermaria@gmail.com

Prof. Dr. Doris Titze
Leitung des Aufbaustudiengangs
KunstTherapie
Hochschule für Bildende Künste Dresden
Güntzstraße 34
D-01 307 Dresden
E-Mail: titze@serv1.hfbk-dresden.de
www.doris-titze.de

Dr. phil. Carmen Unterholzer
Psychotherapeutin am Institut für
Systemische Therapie (IST) in Wien
Institut für Systemische Therapie
Heumarkt 9/2/22
A-1030 Wien
E-Mail: unterholzer@ist.or.at
www.ist.or.at

Prof. Flora Gräfin von Spreti
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Ismaninger Str. 22
D-81 675 München
E-Mail: von.spreti@lrz.tu-muenchen.de

Dr. phil. Dipl. Psych. Dipl. Sportl.
Elke Willke
Tiefenpsychologisch app. Psycho-
therapeutin
Psycho -und tanztherapeutische Praxis
Königsbergerstr. 60
D-50 259 Pulheim
E-Mail: elke.willke@arcor.de
www.dgt-tanztherapie.de

Vorwort

Wulf Rössler

Als im Herausgeberkreis der Reihe »Konzepte, Methoden und Praxis der klinischen Psychiatrie« des Kohlhammer Verlags die Idee entstand, ein Buch zu kunst-, kreativitäts- und ausdrucksorientierten Verfahren zu initiieren, habe ich angeboten, diese Aufgabe selbst zu übernehmen. Der Wunsch, ein solches Buch herauszugeben, war allerdings weniger von meinem Fachwissen über diese Verfahren geprägt, sondern vielmehr von der Faszination, die diese Verfahren auf mich in meiner mehr als dreißigjährigen Praxis als Psychiater ausgeübt haben. Es war mir in meinen vielen klinischen Funktionen immer bewusst, dass diese Verfahren einen wichtigen, wenn nicht gar zentralen Stellenwert in der stationären psychiatrischen Versorgung und zunehmend auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung hatten und haben.

Als ich mich in den nachfolgenden Monaten daran machte, mich in dieses Therapiegebiet einzuarbeiten, wurde mir schnell deutlich, dass es bei der Vielfalt der therapeutischen Ansätze für mich sehr schwierig werden würde, kompetent eine Auswahl der »relevanten« Therapieansätze zu treffen. In dieser Phase hatte ich das Glück auf Birgit Matter zu stoßen, die über den erforderlichen Sachverstand auf dem Gebiet verfügte. So war ich mehr als dankbar, dass ich mich mit Birgit Matter als Herausgeber zusammen tun konnte. Ohne ihre Sachkenntnis und ohne ihre in langen Jahren aufgebauten Netzwerke wäre das Buch in dieser Form nicht entstanden. In unserer Tätigkeit wurden wir hervorragend unterstützt durch meine Assistentin lic. phil. Patrizia Bongiovanni,

die die Kommunikation zwischen dem Verlag, den Autoren und uns koordinierte. Ohne ihre Hilfe hätten wir das Buchprojekt kaum in dem vorgegebenen Zeitraum bewerkstelligen können.

Viele der in diesem Buch dargestellten Therapieverfahren sind durch die Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Ausbildungsgänge bereits einzeln veröffentlicht worden. Bislang fehlte jedoch eine Synopse zu den spezifischen Ansätzen der Musik-, Tanz-, Bewegungs-, Kunst-, Mal-, Gestaltungs-, Ergo-, Biblio- und Poesietherapie für den Anwendungsbereich der klinischen Psychiatrie. Ziel dieses Buches ist es, die Leser über den aktuellen und Kenntnisstand und die Entwicklungen der diversen therapeutischen Interventionsverfahren in der klinischen Psychiatrie und psychosozialen Gesundheitsversorgung zu informieren. Das Buch vermittelt verschiedene Verfahren in einer verständlichen Sprache und verdeutlicht dies anhand vieler konkreter Beispiele. Der aktuelle Kenntnis- und Forschungsstand ist jeweils prägnant dargestellt und durch ansprechendes Bild- und Darstellungsmaterial sinnvoll ergänzt und angereichert.

Kritisch bleibt zu sagen, dass eine Reihe der hier aufgeführten Therapieverfahren nicht über den in der Medizin üblichen Standard der Evidenzbasierung verfügt. Viele Ansätze sind geprägt von einer deutlichen Schulenorientierung, weswegen der Wunsch zur Abgrenzung von anderen ähnlichen Therapieverfahren jeweils noch relativ stark ausgeprägt sein kann. Was die Faszination dieser verschiedenen Verfahren bis heute ausmacht, ist ihre Beliebtheit bei den Patienten.

tinnen und Patienten beziehungsweise den Klientinnen und Klienten. Für viele Menschen sind diese Verfahren eine Möglichkeit, Gefühlem, Unausgesprochenem, Unsagbarem eine Sprache zu geben. Auch geht es für viele der Betroffenen auf ihrem Weg aus der Krankheit darum, ihrem Leben Sinn und Struktur zu geben.

Das Buch richtet sich in erster Linie an verschiedene Berufsgruppen wie Dozentinnen und Dozenten, Psychiaterinnen und Psychiater sowie andere involvierte Berufsgruppen aus dem sozialen, pädagogischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich. Es soll aber auch all den in verschiedenen Therapieausbildungen befindlichen jungen Menschen als Leitlinie dienen, welche sich – über den von ihnen gewählten Therapieansatz hinaus – auch für andere therapeutische Ansätze aus dem größeren Umfeld der kunst-, kreativitäts- und ausdrucksorientierten Therapieverfahren interessieren. Dieses Buch kann aber auch jungen Menschen als Leitlinie dienen, die für sie »richtige« Therapieausbildung zu

finden. Zu diesem Zweck befindet sich im Anhang eine Liste der uns zugänglichen Adressen der verschiedenen in diesen Bereichen tätigen Schulen und Organisationen.

Für dieses Buch haben wir vorwiegend Autorinnen und Autoren gewinnen können, die in der Ausbildung zu kunst- und ausdrucks-therapeutischen Methoden oder Verfahren als Experten, sei es in der beruflichen Praxis oder der akademischen Lehre, ausgewiesen sind. Niemand kann die verschiedenen Verfahren besser vertreten und darstellen als sie. Wir möchten uns deshalb auch bei all den Autorinnen und Autoren bedanken, die sich diesem Buchprojekt mit überaus großem Engagement gewidmet haben.

Zuletzt noch ein Wort zu einem sprachlichen Aspekt. In diesem Vorwort wurden bei Berufsbezeichnungen immer das männliche und weibliche Geschlecht nebeneinander verwendet, im Buch allerdings haben wir uns für eine bessere Lesbarkeit auf die Verwendung des männlichen Geschlechts geeinigt. Damit sind selbstverständlich stets beide Geschlechter gleichermaßen gemeint.

Einleitung

Birgit Matter

Kunst- und Ausdruckstherapien sind für Laien und Experten Einzel- oder Gruppenbehandlungen mit künstlerischen und kreativen Materialien, Medien oder Techniken. Es ist ein breites Spektrum an Therapiemethoden, das die Aufmerksamkeit auf körperliche, sprachliche oder bildende Ausdrucksformen des Patienten oder Klienten richtet und Methoden mit Musik (► Kap. 11), Tanz und Bewegung (► Kap. 12), Poesie (► Kap. 13), Kunst (► Kap. 14), Gestaltung (► Kap. 15), Handlung (► Kap. 16), Malen (► Kap. 17.1 und 17.2) sowie Theater und Spiel (► Kap. 17.3) umfasst, die Sinnessysteme und Körperfunktionen ansprechen und zu eigenen oder künstlerischen Ausdrucksformen führen. Es sind nicht-sprachliche oder sprachliche Prozesse der Formgebung des Patienten, die sich in einer Dreiecksbeziehung zwischen Kunst- oder Kulturwerk, Klient und Therapeut darstellen.

Auf der einen Seite rufen diese Therapie- und Vitalitätsformen Anziehung und Faszination hervor, auf der anderen Seite Befürchtungen vor fehlender Wirksamkeit und wissenschaftlicher Evidenz. Als psychosoziales und professionelles Behandlungsverfahren sind die Kunst- und Ausdruckstherapien theoretisch wenig begründet, da es an aufbereiteten und zusammengestellten Informationen zu Verfahrens- und Wirkungsweisen mangelt. Positive oder negative Bewertungen einer Therapieform für die psychiatrische oder psychosoziale Behandlung erfolgen über Publikationen oder über das Hörensagen. Die Informationsweitergabe durch Patienten, Klienten oder Therapeuten, die

sich auf eigene Erfahrungen, erworbene Kenntnisse oder subjektives Erleben beziehen, geben häufig den Ausschlag für die Anwendung einer Therapieform im Rahmen einer Behandlung. Die Einschätzung der Therapieform zur Förderung kreativer, künstlerischer oder schöpferischer Ausdruckspotenziale erfolgt zumeist anhand der Kriterien, die an Ausbildungsinstituten gelehrt und vermittelt werden. »In der Psychiatrie haben die ›Schulen‹, in der ein Therapeut gelernt hat, und die Sicht- und Herangehensweisen an psychische Störungen, die in den ersten klinischen Ausbildungsjahren erworben wurden, eine große Bedeutung für die Auswahl der Therapien. Das Hintergrund- und Lehrbuchwissen, das ein Therapeut besitzt, ist hierdurch stark geprägt. Ein großer Teil der Behandlungsvarianz zwischen verschiedenen Therapeuten ist darauf zurückzuführen« (zit. nach Weinmann 2007, S. 15).

In der psychosozialen Gesundheitsversorgung greifen Akteure auf unterschiedliche Therapieverfahren zu, um Patienten in der Linderung, Kompensation oder Bewältigung krankheitsbedingter Störungen und Beeinträchtigungen zu unterstützen sowie Gesundheit zu fördern. Es finden die Kunst- und Ausdruckstherapien in der Praxis der klinischen Psychiatrie und psychosozialen Gesundheitsversorgung Anwendung, die dem Patienten oder Klienten Nutzen für den weiteren Behandlungsverlauf und die alltägliche Lebensführung bringen. Die Anwendungsbereiche der Kunst- und Ausdruckstherapien sind dementsprechend weit aufgefächert und reichen in Bereiche der *Eduktion, Gesundheitsförderung, Prä-*

vention, Kuration, Rehabilitation und *langfristige Integration* psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen hinein. Für die psychischen Krankheiten, wie psychotische, schizophrene und affektive Störungen (Depression, bipolare Störungen), Angst-, Zwangs-, Anpassungs-, Borderline- und Persönlichkeitsstörungen sind Therapieverläufe und positive Effekte mit Therapiemethoden der Kunst- und Ausdruckstherapien beschrieben. Als Reviews oder Beiträge zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung sind sie zumeist als graue Literatur oder über Datenbanken der Ergotherapie (<http://www.otseeker.com/>; Zugriff 30.06.2012) und Kunsttherapie (<http://cambase.dmz.uni-wh.de/CiXbase/kunthera/>; Zugriff 30.06.2012) publiziert. Module der Kunst- und Ausdruckstherapien in Behandlungs- oder Präventionsprogrammen für Angststörungen, Depression, körperliche oder seelische Gesundheit, Gewalt, Drogennutzung, Krisen (Scheidung, Verluste, Übergänge etc.), Sozial- und Problemlösungskompetenz, Eltern-, Familien- und Angehörigenförderung etc. sind bislang noch zu wenig wissenschaftlich evaluiert. Gesundheitsförderung und Prävention durch Künstlerische Therapien (► Kap. 17.5) sind beschrieben. Nach Wittchen et al. (2011) ist in Europa davon auszugehen, dass 38,2 % der Bevölkerung innerhalb eines Jahres unter einer psychischen Störung leiden, wobei es in erster Linie Angststörungen, Depressionen und Alkoholabhängigkeit sind.

Die klinische und psychosoziale Behandlung der psychischen Störungen ist immer die Zusammenführung und Kombination diverser Disziplinen (Medizin, Pflege, Therapie etc.) mit verschiedenen Ansätzen und Verfahrensweisen. In der stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlungsmodalität kommen in erster Linie die Therapieformen zur Anwendung, die für den Erfolg des Behandlungsverlaufs eines Patienten mit diagnostiziertem Störungsbild geeignet, wirksam und effektiv oder effizient sind.

Erwartungen der Patienten, Klienten und Experten an ein Therapieverfahren sind, dass es hilft, einen spezifischen Nutzen für die Bewältigung der krankheitsbedingten Störungen und Probleme bringt und die Gesundheit stabilisiert. Es soll Hoffnung vermitteln, sozioemotionales Lernen fördern, Verhaltens- und Denkschemata und Einstellungen, wie z. B. Selbst- und Fremdstigmatisierungen psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen und Personen, verändern sowie nach und nach die Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe (*Partizipation, Integration* und *Inklusion*) psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen, Personen und Bürger unterstützen, das Wohlbefinden und die Lebensführung verbessern.

Als positive Effekte der kunst- und ausdruckstherapeutischen Intervention sind verschiedene Methoden des künstlerischen Ausdrucks als Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe, Lösung der Probleme (► Kap. 17.6), Verbesserung des Erlebens, Verhaltens und Wohlbefindens beschrieben.

Randomisierte, kontrollierte Studien (RCT), systematische Reviews oder Metaanalysen zur kunst- und ausdruckstherapeutischen Intervention sind bislang kaum zu finden, die signifikante oder positive Behandlungseffekte zur Methodenkombination in der psychiatrischen und psychosozialen Behandlung zeigen (vgl. Schumacher und Schulgen 2007). Zur klinischen Entscheidungsfindung und zur Überprüfung bestimmter Therapieverfahren im psychiatrischen und psychosozialen Behandlungsverlauf bieten sich darum neuere praxisbasierte Ansätze der Evidenzgenerierung als Best- oder Good-Practice an. In der Praxis gewonnene Kenntnisse und Erfahrungen einzelner Verfahren sind hierzu nach einem bestimmten Ansatz zu systematisieren, um als Good-Practice zu gelten (vgl. Engelmann und Halkow 2008).

Zur Systematisierung der Kunst- und Ausdruckstherapien wurde der Setting-Ansatz in

diesem Handbuch gewählt, um die Good-Practice für die klinische Psychiatrie, psychosoziale Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung abzubilden. »Das Setting besteht aus den in der Psychiatrie Tätigen, den Räumen, in denen sie arbeiten, der Organisationsform, die sie ihrer Arbeit geben, den Orten und der Frequenz, an denen bzw. mit der sie Termine vereinbaren, Diagnosen stellen, psychosoziale Problemstellungen erkennen und Hilfsangebote machen« (Becker 2008, S. 17). Für das stationäre und ambulante Setting sind Therapieformen der Kunst- und Ausdruckstherapien mit theoretischen und praktischen Ansätzen, Verfahren und Methoden beschrieben und mit konkreten Fallbeispielen dargestellt. Im Resultat haben diese Formen der Kunst- und Ausdruckstherapien als Intervention eine starke *Patientenrelevanz*. Weitere Arbeiten zur klinischen Relevanz oder klinischen Signifikanz der Kunst- und Ausdruckstherapien als Interventionsverfahren sind im Rahmen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsforschung noch zu leisten. Als Forschungsdesiderate und weiterführende Entwicklungsmöglichkeiten drängen sich qualitative Validierungen respektive Überarbeitungen der einzelnen Erfassungsinstrumente sowie der Interventionsmethoden auf.

Der aktuelle Entwicklungsstand der Kunst- und Ausdruckstherapien in Theorie und Praxis ist in diesem Buch für das Fachpublikum und interessierte Leser zusammengefasst. Es werden ein Überblick zu Systematik, Entwicklung und Stand der Kunst- und Ausdruckstherapien gegeben (► Kap. 1) und der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt (► Kap. 2). Im Ergebnis erhebt die Synopse der Kunst- und Ausdruckstherapien in diesem Handbuch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Den Schwerpunkt des Handbuchs bildet die Beschreibung der praxiserfahrenen Therapeuten aus der klinischen Psychiatrie und psychosozialen Gesundheitsversorgung. Die Experten aus

Deutschland, Österreich und der Schweiz aus unterschiedlichen Dienstleistungsorganisationen (Wohnheim, Tagesklinik, Hochschule etc.) haben sich engagiert, Daten und Fakten aus ihrem Fach- und Erfahrungsbereich der Fachöffentlichkeit für weitere Diskussionen bereitzustellen.

Es sind Beiträge zu Grundlagen der Kunst und Kreativität (► Kap. 3), Psychologie (► Kap. 4) und Psychoanalyse (► Kap. 5) zusammengestellt, um die heutige kunst- und ausdrucks-therapeutische Theorie und Praxis zu erläutern (► Kap. 6). Neurobiologische (► Kap. 7) und geschlechter- und genderspezifische Aspekte (► Kap. 8) sowie systemische und integrative Wirkungsweisen (► Kap. 9) der Kunst- und Ausdruckstherapien sind ausgeführt. Nach wissenschaftlichen Grundlagen der Kunsttherapien (► Kap. 10) lassen sich persönliche und produktorientierte Prozesse der Wahrnehmung und mentalen Informationsverarbeitung sowie Kommunikation beschreiben, Prozesse, die Gefühle und Erleben ansprechen, um ein bewusstes Erkennen der Schemata, Kontrolle und Steuerung des Denkens und Verhaltens und Handelns im Umgang mit kreativen und künstlerischen Medien zu erzeugen, die Resilienz und Potenziale fördern und das eigene Selbst(-bild) und die Identität im Dialog mit den Anderen stärken. Im Fokus der Intervention stehen häufig der (intersubjektive) Dialog, die Kommunikation und die Interaktion mit Musik, Tanz, Bewegung, Handlung, Gestaltung, Malen, Spiel, Theater, Poesie und Kunst, einerseits, um Kunstwerke oder kreative Bearbeitungen zu erschaffen, andererseits, um vorhandene Kunstobjekte oder Performanzen zu betrachten (► Kap. 17.4). Dabei wird stets das Ziel verfolgt, künstlerische oder kreative Ausdrucksformen zu entdecken, kennenzulernen und nach Möglichkeit selbst auszuprobieren oder herzustellen. Schöpferische, künstlerische und kreative Bearbeitungen, die Ressourcen oder Potenziale für den persönlichen Selbstausdruck mobilisie-

ren, sind für den Therapieverlauf oder die Lebensführung effektiv und nützlich.

Neben einer Vielzahl an Methoden zählen auch theoretische Erkenntnisse, wissenschafts- und anwendungsbezogene Fragestellungen zum Gegenstandsbereich der Kunst- und Ausdruckstherapien. Diese Fragestellungen betreffen die ausgeweiteten Bereiche der bildenden Kunst, angewandten freien Ausdruckformen der Künste, darstellenden Künste, Kulturwissenschaften, Humanwissenschaften (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Anthropologie etc.), Gesundheitswissenschaften oder Rehabilitationswissenschaften. Zurzeit ist davon auszugehen, dass sich die Kunst- und Ausdruckstherapien mehr in einer Phase der Ausdifferenzierung als Definition befinden und sich in verschiedenen Beziehungen zu Wissenschaftsbereichen verorten. Entwicklungsmöglichkeiten sind bislang kaum aufgezeigt, die aus kunst- und ausdruckstherapeutischer Sicht weiterführend für die Professionalisierung sind. In der Praxis der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung stellen sie zurzeit eine Art Grenzbereich zwischen *Psychotherapie*, *Ergotherapie* (► Kap. 16) und anderen *Gesundheitsberufen* dar. Tendenzen der Professionalisierung einzelner Therapieformen sind deutlich festzustellen. Bereits im Vorfeld zu diesem Buchprojekt zeichnete sich ab, dass sich hier neuere und traditionelle Therapieformen und -methoden zur Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung und Prävention in einem Profilierungsprozess zeigen.

Kunst- und Ausdruckstherapien sind in einem bislang wenig evaluierten wissenschaftlichen Bezugs- oder Theorierahmen zu verorten. In der Praxis erklären Kunst- und Ausdruckstherapeuten ihren Anwendungsbereich häufig zwischen Bezugspunkten oder Spannungspolen der *Kunst – Therapie*, *Ganzheitlichkeit – Differenzierung*, *Gesundheit – Krankheit*, *Wohlgefühl – Problemlösung*, *Ausdruck – Eindruck*, *inneren – äußeren Bilder etc.* Die Zuständigkeitsberei-

che der Kunst- und Ausdruckstherapien in der klinischen Psychiatrie und psychosozialen Gesundheitsversorgung sind zumeist über die Zugehörigkeit zu Schulen, Ausbildungsinstituten oder Fachverbänden bestimmt oder geregelt, die regional stark variieren. Künstlerische, kreative und handlungsorientierte Therapieformen, die im Rahmen der psychosozialen Gesundheitsversorgung zur Anwendung kommen, lassen sich im deutschsprachigen Raum mit dem Begriff »*Kunst- und Ausdruckstherapien*« benennen. In der psychiatrischen Praxis sind auch andere Begriffe üblich, wie z. B. Künstlerische Therapieformen, Künstlerische Therapien oder Kreativtherapien (vgl. GFKGT 2009, www.dfkg.de/, www.kunsttherapie.de/; GPK 2011, www.gpk-verband.net/über-kunsttherapie/; ÖFKG 2011, www.kunsttherapie-fachverband.org/berufsbild-kunsttherapie/; Zugriff am 30.06.2012).

Der Begriff *Kunst- und Ausdruckstherapien* ist leicht zu verwechseln mit der Methode intermediale Kunst- und Ausdrucks-therapie (► Kap. 17.7) als eine deutsche Übersetzung des spezifischen, ursprünglich in den USA von Amerikanern und einem Schweizer entwickelten Ansatzes »Expressive Arts Therapy«, der seit 1974 in Verwendung ist (vgl. Eberhart und Knill 2010). Zu den »Expressive Arts Therapies« zählen nach Amber und Gray (2001, S. 44f.) auch alternative oder paramedizinische Verfahren, wie z. B. Sandspiel- und Dramatherapie, Rituale und Zeremonien. Überlegungen zu Begriffen, Tätigkeiten und Berufsbildern der Kreativitätstherapien sind von Petzold und Sieper (2007, S. 169f.) ausgeführt. Intermedial, intermodal oder integrativ arbeitende Kunst-, Ausdrucks- und Kreativitätstherapeuten beziehen sich häufig auf Petzold und Sieper (ebd.) oder Eberhart und Knill (2010). Sie orientieren sich zumeist an Grawe (1995, 2000), der vier Wirkfaktoren der Psychotherapie herausstellt. Diese Wirkfaktoren gelten als gesicherte Elemente einer Veränderungstheorie:

- Problemaktualisierung
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Motivationale Klärung
- Ressourcenaktivierung

Evaluationen zu diesen Wirkfaktoren oder signifikante Behandlungseffekte einer intermodalen, intermedialen oder integrativen Kunst-, Ausdrucks- oder Kreativtherapie nach wissenschaftlichen Standards (vgl. Buchkremer und Klingberg 2001) stehen im deutschsprachigen Raum noch aus.

Aus Erfahrung erkennt jeder Therapeut, dass er als Person, die eine Dienstleistung für Patienten als Nutzer im Setting erbringt, eng mit Wirkfaktoren, Aufmerksamkeit, Erfolg oder Misserfolg der psychosozialen und psychiatrischen Behandlung verbunden ist. Spezifische Leistungen im Setting der Kunst- und Ausdruckstherapien lassen sich als strukturierte, rhythmisierte oder phasenhafte Verfahren mit dem Einsatz künstlerischer Medien oder kreativer Materialien, Instrumente oder Techniken als Interventionsmethoden identifizieren. Es sind Therapiemethoden nach pathogenetischen oder salutogenetischen Ansätzen, unterschiedlichen Praxiskonzepten, die auf den Ausdruck des Körpers oder Leibs fokussieren. Emotionen, Psychodynamik, Subjektivität, Denkschemata und Verhaltensmuster in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut oder Klienten/Patienten stehen häufig im Mittelpunkt. In der Kunsttherapie sind beispielsweise 47 Bezeichnungen für kunsttherapeutische Behandlungsmethoden benannt, die Melcher-Schönach (2005, S. 11f.) als *Ausdruck* unterschiedlich gestalteter Begegnungen interpretiert. *Kunst* und *Ausdruck* ergeben sich in der Begegnung und Beziehung zwischen Therapeut, Patient und Kunstwerk (ebd.; Dix und Koch 2010).

Patienten oder Klienten sind Individuen, Subjekte, Personen, Bürger und Menschen mit möglichen Selbstkonzepten, Werten, Einstellungen und Schemata sowie Rollen und Identitäten im sozialen Umfeld. Sie ha-

ben eine persönliche Lebens-, Kranken- oder Leidensgeschichte, eine Gegenwart und eine Zukunft sowie verschiedene Fähigkeiten, Fertigkeiten und Handlungskompetenzen. Sie kommen aus unterschiedlichen Bildungsschichten und Kulturen der Gesellschaften, in die sie nach der Behandlung zurückkehren. Hoffnung und Ressourcen zur Veränderung oder Verbesserung der alltäglichen Leidens- und Lebenssituation eröffnen die Kunst- und Ausdruckstherapien, indem sie Gefühltes, Unsagbares oder Unausgesprochenes zum Ausdruck und damit in Veränderung bringen. Kriterien oder Faktoren der Veränderung beim Patienten/Klienten lassen sich mit standardisierten Assessmentinstrumenten als Effekt im Rahmen des Therapie- und Behandlungsverlaufs erfassen, evaluieren und dokumentieren. In der bio-psycho-sozialen Terminologie der internationalen Klassifikationen der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (WHO 2005) lassen sich diese Faktoren in einer definierten Sprache für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Praxis beschreiben.

Person- und umweltbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren in der ICF, welche die gesundheitliche Funktionsfähigkeit der Person bei Aktivität an und Partizipation in einer Situation positiv oder negativ beeinflussen. Die Interventionsmethoden der Kunst- und Ausdruckstherapien fokussieren sowohl auf neurobiologische und mentale Körpersysteme, Aktivitäten und Partizipation sowie auf personbezogene Kontextfaktoren, die nach Grotkamp et al. (2010) aufgelistet sind. Kunst- und Ausdruckstherapien können person- oder gruppen- und umwelt- und verhaltensbezogene Veränderungen in der klinischen Psychiatrie und psychosozialen Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Sie berücksichtigen, dass sich soziale, gesellschaftliche und ökonomische Spannungen und Probleme im Zusammenhang mit dem Menschsein abbauen, lösen oder überwinden lassen, während

die anthropologischen Abhängigkeiten und Risiken bestehen bleiben, die mit dem Menschsein, der Gesundheitsschädigung oder den Gesundheitsproblemen einhergehen. Die Anwendung der gemeinsamen Terminologie, Systematik und Denkweise der ICF nimmt bei Akteuren in der Gesundheitsversorgung, psychiatrischen Rehabilitation und sozialen Inklusion zu und betrifft die Kunst- und Ausdruckstherapeuten in den klinischen, stationären und ambulanten Versorgungsbereichen.

Anstelle eines Ausblicks der Herausgeber geben die einzelnen Autoren in einem eigenen Kapitel am Ende des Buches individuelle Ausblicke und skizzieren mögliche Zukunftsszenarien (► Kap. 18) zur Relevanz

der Kunst- und Ausdruckstherapien in der psychosozialen Gesundheitsversorgung. Im Anhang finden sie auch ein Verzeichnis der Ausbildungsinstitute zu den dargestellten Therapieformen. Dieses Verzeichnis ist in alphabetischer Reihenfolge angelegt und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Ausbildungsinstitute, Schulen und Fachverbände im deutschsprachigen Raum. Auffallend sind regionale Unterschiede, die sich durch unterschiedliche Aus-, Fort- und Weiterbildungskulturen an den Schulen und Instituten ergeben. Bei auftretenden Fragen zu einzelnen Therapieformen bitten wir Sie als Leser sich direkt an die Autoren zu wenden. Hierzu sind Namen und Adressen zu Beginn des Handbuchs aufgelistet.

Literatur

- Amber E, Gray L (2011) Expressive arts therapies: Working with survivors of torture. *Torture* 21:39–47.
- Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S (2008) Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 17–31.
- Buchkremer G, Klingberg S (2001) Was ist wissenschaftliche fundierte Psychotherapie? *Nervenarzt* 72:20–30.
- Dix L, Koch H (2010) Zur Bedeutung der Kunsttherapie in der Psychiatrie: Geschichte und Gegenwart. *Neuro Rehabil* 16(4):15–23.
- Eberhart H, Knill P (2010) Lösungskunst: Lehrbuch der kunst- und ressourcenorientierten Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Engelmann F, Halkow A (2008) Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin Sozialforschung (WZB).
- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:130–145.
- Grawe K (2000) Psychologische Therapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Grotkamp S, Cibis W, Behrens J, Bucher PO, Deetjen W, Nyffeler ID, Gutenbrunner C, Hagen T, Hildebrandt M, Keller K, Nüchtern E, Rentsch HP, Schian H, Schwarze M, Sperling M, Seger W (2010) Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG »ICF« des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen* 72:908–916.
- Mechler-Schönach C (2005) InSzene Kunsttherapie. »Kann aber Kunst verschrieben werden?«. In: von Spreti F, Martius P, Förstl H (Hrsg.) Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Elsevier. S. 9–22.
- Petzold H, Sieper J (2007) Kunst und Therapie, Kunsttherapie, Therapie und Kunst – Überlegungen zu Begriffen, Tätigkeiten und Berufsbildern. In: Petzold H, Orth I (Hrsg.) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Theorie und Praxis. 4. Aufl. Bielefeld: Aisthesis. S. 169–186.
- Schumacher M, Schulgen G (2007) Methodik klinischer Studien. Methodische Grundlagen der Planung, Durchführung und Auswertung. Berlin: Springer. S. 129–317.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen C (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Psychopharmacology* 21:655–679.
- Weinmann S (2007) Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 15.

Teil A: Überblick

1 Szene der Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa – Entwicklung, Systematik und aktuelle Situation

Karl-Heinz Menzen

Kapitelübersicht

- 1 Das ökologische Modell von den gestörten seelischen Konfliktlagen und dem Versuch der Psychiatrien, diese wieder ins Gleichgewicht zu bringen
- 2 Das Modell von Behinderteneinrichtungen, das Wahrnehmen und das Verhalten zu normalisieren
- 3 Das Modell der gestalthaften Rekonstruktion des psychisch-gestörten Ausdrucks
- 4 Das Modell der Gestaltung als intermediäre Beziehung in psychoanalytischen und psychosomatisch-institutionellen Settings
- 5 Der neurologisch-gerontopsychiatrische Modellansatz und die Wiederherstellung der mentalen und kontextualen Ordnung
- 6 Das Modell einer formal ästhetischen Kunst- und Gestaltungsdidaktik mit Transfer in den Alltag

Zusammenfassung

Die derzeitigen Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa verzeichnen in ihrer Geschichte sechs Modellansätze der Behandlung. Der erste antwortet auf die schweren psychischen, in den Psychiatrien versorgten psycho-kognitiven und -affektiven Konfliktlagen. Der zweite fokussiert heilpädagogisch-rehabilitativ die sensomotorischen und psychosozialen Beeinträchtigungen. Der dritte reagiert auf die bürgerlich zunehmend erforderlichen, aber wenn erkrankt: unangemessenen Verhaltensausdrücke und sucht nach einer Gestaltungsmöglichkeit für die innere psychische Befindlichkeit. Der vierte fokussiert den psychisch-expressiven Ausdruck in der analytischen Beziehung von Patient und Therapeut und steht in der Regel den schwer psychosomatisch Betroffenen bei. Dem fünften geht es klinisch-neurologisch um die Wiederherstellung der mentalen Gestalten und ihrer kontextualen Orientierung in dieser Welt. Der sechste legt sein Augenmerk auf die formale Ästhetik, die sowohl in der Kunst- wie in der Gestaltungspädagogik eine Rolle spielt und für die Therapie verwendet werden kann.

1 Das ökologische Modell von den gestörten seelischen Konfliktlagen und dem Versuch der Psychiatrien, diese wieder ins Gleichgewicht zu bringen

Besonders die Kunst reagiert auf die neue Situation um und nach 1800. Sie entwirft bildhafte Vorstellungen der sog. »Einbildungskraft« (Kant). Friedrich malt 1818 als »Wanderer über dem Nebelmeer« eine Gestalt, die verloren einer unermesslichen Natur gegenübersteht. Dahl farbschraffiert 1832 ein Wolkengebilde, das in weißblauen, kaminroten und rostfarbenen Effekten die Stimmungslage der Seele wiedergeben will.

Die Reizüberflutungen und die damit einhergehenden Affektlabilitäten werden an die Psychiatrien delegiert. Die Psychiater versuchen angesichts der in ihren Abteilungen stumpfsinnig zurückgezogenen oder aggressiv ausagierenden Patienten, sich von den Vorurteilen ihrer Zeit nicht einnehmen zu lassen. Viele von ihnen rechnen sich der Bewegung der Philanthropie zu (gr. = »Menschenfreunde«; eine seit Ende des 18. Jhs. sich ausbreitende menschenzugewandte pädagogische und klinische Bewegung). Aber immer noch wird den alltäglich unangemessenen, aus dem Rahmen fallenden, unvernünftig d. h. wirr erscheinenden Bildern mit Torturen aller Art zu Leibe gerückt: Aderlass, Kaltwassergüsse, Elektroschock – das sind immer noch Mittel, den Patienten zu stabilisieren (Kraepelin 1918).

Der Philanthrop und Psychiatriearzt Pinel (1801) in der Anstalt Salpêtrière in Paris wie sein Kollege Reil in Halle (1803) empfehlen angesichts der krampfartigen Affekte, der sog. Hysterien, Gartenarbeit für die unteren Stände, gepflegte Unterhaltung für die oberen Stände und Atelierarbeit für den Mittelstand, um die Menschen zu stabilisieren und von ihren Nervenkrankheiten zu heilen. Wir stehen am Beginn einer klinisch angewandten Kunsttherapie. Der Psychiatriepatient diskutiert, arbeitet in Gärten und Feldern und zeichnet und malt in den Ateliers. Diese

künstlerischen Ateliers haben allesamt ein großbürgerliches Flair. Unter Aufsicht wird gezeichnet und gemalt, wie es das Bürgertum von den großen Malern kennt. Die Palette in der Hand, mit Pinsel und Ölfarbe vor den Staffeleien stehend, so erhalten die in Verwirrung gefallenen Bürger ihrer Zeit wieder den Status zurück, den sie vormals hatten – unter Aufsicht des wachhabenden Personals.

Erst der Psychiater Prinzhorn (1886–1933) wird diese Psychiatriepraxis näher in Augenschein nehmen. Und er wird besonders die Werke von Wölffli (1864–1930) zu schätzen wissen, beispielsweise dessen geometrisierende Farbskizze »Irrenanstalt«, die uns davon berichtet, warum die Psychiatrie die Patienten zeichnen und malen lässt: Sie tut dies, um der Flut, dem Verwirrenden der psychotischen Wahnhaftigkeit eine wie auch immer sich darstellende Ordnung entgegenzustellen. Noch Navratil in Wien und sein Freund Bader werden bis Anfang des 20. Jahrhunderts solche Ordnungsversuche in der psychiatrischen Klinik Wien-Gugging aufspüren und damit ihre Patienten berühmt machen. Sie werden davon berichten und anhand der Bilder demonstrieren, wie sich in der Psychose die Bildgestalten auflösen und nach dem psychotischen Schub wieder formieren. Sie lassen uns nachvollziehen, wie der psychiatrisierte Patient organisch-Lebendigem, also Pflanzen und Tieren, ein Gesicht verleiht (Physiognomisierung), wie dieser Patient das organisch-Lebendige aus Angst vor eben diesem formalisiert (Formalisierung) – und wie in der künstlerisch therapeutischen Arbeit symbolisch Bedeutungen vermittelt, angedeutet werden (Symbolisierung) (Bader und Navratil 1976).

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wird der Psychoanalytiker Benedetti den entscheidenden Hinweis geben: Wir müssen uns als

Psychotherapeuten auch in den Psychiatrien auf die Projektionswünsche und Projektionsnöte krank gewordener Menschen einlassen, auf deren Übertragungen, auf deren innere Zerreiß-Zustände, die sich angesichts traumatisierender Erfahrung eingestellt haben. Vor allem wird er darauf hinweisen, dass dem Therapeuten eine vermittelnde Projektionsfunktion zukommt, wenn der affektiv-gestörte Patient mit den geometrisch-stabilisierenden Bedeutungsstrukturen eines bildnerischen Werkes der destabilisierenden Wirkung seiner traumatischen Erfahrungen begegnet (Benedetti 1982, S. 32f.). Und so soll auch die therapeutische Assistenz aussehen, die den psychotischen

Patienten in seiner Ich- und Selbstwerdung begleitet: Während die Grenzen der Person des Patienten unklar geworden sind, während seine Wahrnehmung der Dinge und Personen gestört ist (Derealisation und Depersonalisation), während seine Denkabläufe durcheinandergeraten und er neue Worte für die Dinge der Welt erfinden muss (Neologismen), während auch die gefühlsmäßigen Beziehungen zu den Personen seiner Umwelt nur noch schwankend erscheinen, währenddessen soll der Therapeut darauf bedacht sein, dass sich bildnerisch, gestalterisch, skulptural, theatralisch jenes Ich- und Selbstbewusstsein wieder deutlich macht.

2 Das Modell von Behinderteneinrichtungen, das Wahrnehmen und das Verhalten zu normalisieren

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts entstehen Einrichtungen, die gezielt die Menschen aufnehmen, die als »wilde Kinder« oder »Kaspar Hauser« behindert aus den gesellschaftlichen Zusammenhängen herausgefallen sind. In heilpädagogischen Anstalten wie in der Levana in Baden bei Wien werden 1856–1861 auch kunst- und beschäftigungstherapeutische Ateliers eingerichtet, in denen solche Kompetenzprogramme mithilfe ästhetischer Materialien eingeübt werden. Was Hauser (1812 bis 1833) nicht mehr vermochte, das bemüht sich das Ehepaar Deinhardt, den aus allen Netzen Herausgefallen beizubringen. »Heilen mit ästhetischen Mitteln« – so die Devise in der Anstalt Levana bei Wien – wird im Rahmen der heilpädagogischen Kunsttherapie noch heute praktiziert. Gegenstandswahrnehmung soll seit damals bis heute neu oder wieder gelernt werden, also die Synchronisation der unterschiedlichsten Wahrnehmungselemente zur Gestalt. Das bedeutet, die visuellen, akustischen, taktilen, haptischen, auditiven, propriozeptiven (körpereigenen), geruchlichen und geschmacklichen Elemente der

gestörten Wahrnehmung neu zu verschalten zu einer Sinnesempfindung. Die kunsttherapeutisch geschulte Heilpädagogin bringt das behinderte Kind dahin, die Orange in ihren Merkmalsbestimmungen rund, orange, süß, weich als Ganzes wahrnehmbar zu machen. Die gestörte Bild- und Gegenstandserkennung steht zur Disposition. Seit damals lernen die Kunsttherapeuten neurophysiologisch, wie es zu einer Wahrnehmungsleistung kommt. Sie lernen, eine bestimmte Reizintensität, Reizdauer und Reizwiederholung voranzusetzen, damit ein Objekt als Gestalt erfasst werden kann. Sie lernen, die Behinderung als gestörte Gesterkennung infolge von Viruserkrankung, Sauerstoffdurchblutungsstörung/Nabelschnurgeburt oder von Deprivation (Gefühlsentzug) zu verstehen. Der Kunsttherapeut lernt, gezielt und strukturiert anzuleiten oder basal mit ästhetischen Mitteln zu stimulieren. Wenn der Kunsttherapeut also mit behinderten Menschen Körper-Schattenrisse an die Wand wirft, mit Handfarben malen, die Linien des Körpers auf dem Papier nachzeichnen lässt, wenn er ästhetisch-basal die

Sinnesvermögen anspricht, wenn er mit alten Kisten Skulpturen baut und damit die Wahrnehmung der plastischen Dingwelt fördert, dann bietet er grundlegende kunsttherapeutische

Übungen an, die helfen sollen, dass Inklusion, nicht Exklusion, Einbeziehung in statt Ausschluss aus der Gesellschaft geschieht.

3 Das Modell der gestalthaften Rekonstruktion des psychisch-gestörten Ausdrucks

Zunächst französische, später österreichische und schließlich deutsche Mediziner des 19. und 20. Jahrhunderts suchten mithilfe von Entspannungs-, Suggestions- und Hypnoseverfahren den Patienten zu ermöglichen, sich spontan-assoziativ und unkontrolliert zu äußern. Zuerst werden diese Verfahren in den psychiatrischen Abteilungen erprobt. Später werden sie Mode in den entstehenden privaten psychoanalytischen Praxen. Es entsteht ein neues Paradigma: das von der Gestaltung des inneren psychischen Ausdrucks. Künstler des beginnenden 19. Jhs., vor allem der Spanier de Goya (1746–1828), haben dies illustriert: In seiner Radierung »Der Schlaf der Vernunft gebiert Ungeheuer« demonstriert Goya, was es heißt, den spontanen Vorstellungen unkontrollierten Lauf zu lassen. Er skizziert, radiert innere Bilder, die betörend, abstoßend, erschreckend sind und den Menschen durchaus in seinem Tun beherrschen können.

Eine Art alternativ-medizinisches Statement hatte Mesmer (1734–1815) dazu gegeben: In seiner Methode des »animalischen Magnetismus« versetzte er Menschen suggestiv in Trance und meinte, ihnen dadurch helfen zu können, dass er sie der heilenden Einbildungskraft aussetze (Mesmer 1814). Es dauerte nicht lange, bis diese vagen Vorstellungen von der Kraft der Einbildung bei einem Pariser Klinikarzt wie Charcot (1825–1893) dazu führten, somatische Erscheinungen wie Epilepsien und Körperlähmungen auf einbildungskräftige psychische Vorstellungen zurückzuführen und einen Begriff namens »Hysterie« einzuführen, der

fortan nicht mehr aus der Klinik wegzudenken war (Charcot und Richer 1987). Die Grundlage dieses Denkens war die Überzeugung, dass Bilder uns bis in unsere Verhaltensweisen hinein beeinflussen. Freud (1856–1939) sollte auf dieser Überzeugung sein Theoriegebäude errichten.

Kurz vor 1900 gab es Versuche, die Theorie von der Einbildungskraft von den inneren wirkkräftigen Bildmustern in eine Theorie von der Gestalt zu überführen. Sie werden von Mach (1838–1916) in einem wissenschaftlich-physikalischen Rahmen vorgestellt. Machs Aufzeichnungen zu Analyse der Bewegungsempfindungen (Mach 1886) gipfelten schließlich in der Lehre von der Gestalt. Diese sei das unserer Empfindung unmittelbar Gegebene, besitze eine Qualität, welche sich durch unsere Vorstellungen strukturiere. Das, was wir wahrnehmen, sei geformt, komplex und zusammenhängend, tendiere auf ein Ganzes. Die Gestaltlehre bedeutete, dass Gestalten mehr seien als die bloße Zusammensetzung ihrer Bildelemente. Wertheimer (1880–1943) experimentierte wissenschaftlich in Berlin und Frankfurt mit diesen Elementen, suchte herauszufinden, wie und unter welchen Bedingungen sie als Komplex eine psychische Wirkung auf uns erzeugten (Wertheimer 1924).

Der Gestalttherapeut Perls (1893–1970) wie der Psychoanalytiker Kubie (1958) ergänzten das gestalttheoretische Denken um seine unbewussten Motive. Und der Kunsttherapeut Franzke (2000) vereint als einer der ersten verbale, bildnerische, darstellende und körpererlebende Ausdrucksformen als

gestaltungstherapeutische in einem Tableau. Ein kunstwissenschaftlich orientierter Gestalttheoretiker, Rudolf Arnheim, verwies darauf, dass die Gestaltelemente sich nicht nur inhaltlich, sondern auch formal gruppierten: »Auch wenn die Darstellung schon im rein Wahrnehmungsmäßigen der Komposition symbolisch das Kräftespiel übermittelt [...], dann sollte die Kunst- und Gestaltungstherapie nicht nur auf die Klärung des Inhaltlichen aus sein [...], sondern ebenso auf die visuelle Erscheinung« (Arnheim 1972, S. 248). In unseren Tagen betont die Kunst- und Gestaltungstherapeutin Wel-

lendorf, das Bild sei für sie »besonders geeignet als Ausdruck inneren Erlebens, weil es bleibe, als Gegenüber« (Wellendorf 1984, S. 59). Sie weist mit dem Psychoanalytiker Winnicott darauf hin, dass das Bild eine Haltefunktion, eine holding-function habe, diese das Miteinander von Patient und Therapeut rahmengebend spiegele und den Therapeuten in die Funktion des Containers versetze. Die Schematherapie unserer Tage (Roedinger 2008) bietet sich methodisch an, die Vorstellungsmuster (Schemata) unseres leidvoll erfahrenen Verhaltens in diesem Rahmen zu erarbeiten.

4 Das Modell der Gestaltung als intermediäre Beziehung in psychoanalytischen und psychosomatisch-institutionellen Settings

Die psychoanalytischen Praktiken bis zum Ende des 20. Jahrhunderts waren darauf aus, Beziehungen in der Art eines Containers, also in der Art eines persönlich gesicherten Raumes, anzubieten, subjektiv-projektive Übertragungen zu ermöglichen (Klein 1962) und der Psychodynamik der inneren Bezüge ein bildnerisches Gesicht zu verleihen. Das Containment, das Setting des Therapeuten, wurde zu Beginn des 21. Jahrhunderts zur einer der wichtigsten Rahmenbedingungen jeder Therapie.

Es war vor allem Freud (1856–1939), der den Wahrnehmungs-, Erlebens- und Handlungszerfall des bürgerlichen Individuums auf Grund der sich wandelnden, neurotisierenden Verhältnisse erklärte. Im Druck der Realitätsverhältnisse sah Freud einen Grund, die gesellschaftlich aufgenötigten Triebversagungen in Tagträumen abzureagieren. Nur dem Künstler sei es – anders als dem Nichtkünstler – möglich, sein Fantasieleben beruflich erlaubtermaßen auszuleben. Im Prinzip aber gehe es beiden darum, mittels Verfremdungen, Verschiebungen und Sublimierungen den Druck der Verhältnisse einsehbar zu machen und zu bewältigen

(Freud 1974, IX, S. 149). Freud sprach von einem Krankheitsphänomen der Zeit, einem »Zerrbild der Kunstschöpfung«, welches es wieder zu entzerren gelte (Freud 1974, S. 363). Er legitimierte jene bildhaft-kulturell orientierte Therapiearbeit, der es um die Bilder geht, die uns beherrschen und im übertragenen Sinne verbiegen, verzerren. Seine Tochter, Anna Freud (1895–1982), bezeichnete eine solche Bild-Arbeit als »Neuzentrierung des früher Erlebten« (Freud 1979, S. 57). Sie beschrieb die Abwehrmechanismen, mittels derer wir uns vor der unangenehmen Wirklichkeit schützen – indem wir sie beispielsweise nicht wahrnehmen wollen (Verleugnung), indem wir auf frühere Entwicklungsstufen regredieren (Regression), indem wir uns mittels Ersatzhandlungen befriedigen (Sublimierung) usf. Anna Freud legte die legitimatorischen Grundlagen für die bildnerisch therapeutische Arbeit (Freud 1936/1977).

Die Psychoanalytiker der ersten Stunde bezogen sich durchaus auf Künstler wie Goya oder Munch. Letzterer meinte 1905, es seien zwei Seelenzustände – der reflektierende und der instinktive, die in uns einen