

## **MASTER THESIS**

im Rahmen des postgradualen Universitätslehrgangs  
„art & economy“

an der

Universität für angewandte Kunst Wien

# **KUNST ALS AUSDRUCK DER SEELISCHEN EMPFINDUNG**

*Methoden und Wirkweisen der modernen Kunsttherapie in der  
Arbeit mit Traumata*

**Vorlegt von: Sarah Theuer, BA**

**Betreut durch: Mag. Petra Krassnitzer**

Abschluss:  
Master of Advanced Studies – MAS

---

Ort, Datum

## EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Master Thesis ohne Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Teile, die wörtlich oder sinngemäß einer Veröffentlichung entstammen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Master Thesis ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift

(Original unterfertigt vom Verfasser der Master Thesis)

## **ABSTRACT**

Kunsttherapie gilt als junge Disziplin der therapeutischen Behandlungsverfahren, die sich erst im 20. Jahrhundert professionell aus unterschiedlichsten Sparten und Zugängen entwickelt hat, aber bis heute nach berufsrechtlich gesetzlich festgelegter Ausübung strebt.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Wechselwirkung zwischen Kunst und Therapie, also zwischen dem künstlerischen Schaffungsprozess und den seelischen Prozessen in der Behandlung von Traumata. Kunsttherapie ist dabei bedeutsam sowohl in ihrer Vielfalt an Ansätzen, wie aber auch in ihrer Einzigartigkeit innerhalb der jeweiligen Methodik.

Es werden verschiedenste kunsttherapeutische Ansätze vorgestellt und mit ihnen ihre Entwicklung, ihre Parallelen zueinander und ihr therapeutisches Verfahren. Zudem wird die Situation der kunsttherapeutischen Praxis in Österreich beleuchtet. Bezug genommen wird dabei auf die Entstehung verschiedener Kunsttherapie-Schulen und das aktuell bestehende kunsttherapeutische Angebot. Im Gespräch mit Traumatherapeutin Birgit Troger und Kunsttherapeutin Sabine Baumgartner werden die praktische Vorgehensweise und die daraus resultierenden Wirkweisen in der Traumaaarbeit vergleichend erläutert.

Art therapy is an emerging therapeutic treatment, which only developed professionally in the 20<sup>th</sup> century from a variety of disciplines and approaches, but strives until today as a legally defined practice.

This work is about the interaction between art and therapy, specifically between creative and mental processes, with focus on the treatment of trauma. Art therapy is significant both in its variety of approaches, as well as in its uniqueness within the respective methodology.

Various approaches and their respective development and procedure are presented. Furthermore, the situation of art therapy practice in Austria is examined and the emergence of diverse art therapy schools and their current offering are taken into consideration. The practical approach and the resulting effects in trauma work are explained in a comparative manner, which are exemplified by conversation with trauma therapist Birgit Troger and art therapist Sabine Baumgartner.

## **DANKSAGUNG**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mir während der Entstehung dieser Arbeit zur Seite standen.

Zu allererst gebührt mein Dank Mag. Petra Krassnitzer, die diese Arbeit begleitet und betreut hat. Durch ihre hilfreichen Anregungen und ihr Vertrauen zur Arbeit, entstand ein persönlich spannendes Verhältnis zur Thematik der Arbeit. Die Zusammenarbeit mit und Begleitung durch Mag. Krassnitzer hat mich zudem persönlich sehr inspiriert.

Außerdem danke ich meinen beiden GesprächspartnerInnen Sabine Baumgartner und Birgit Troger, die sich die Zeit genommen haben, einen direkten Einblick in die therapeutische Praxis zu geben.

Ich möchte mich auch bei all jenen besonderen Menschen bedanken, die mich stets begleiten, unterstützen und motivieren.

Jeder Prozess des Lebens und auch jeder, der jeweils auf den nächsten einwirkt, beinhaltet einen Lernprozess für sich selbst und die persönliche Entwicklung. Somit möchte ich auch dem Leben, um das es grundsätzlich in dieser Arbeit geht, in all seinen Facetten, danken, und, dass es zulässt sich selbst Stück für Stück besser kennenzulernen.

An dieser Stelle möchte ich noch einen Dank aussprechen an all jene Personen, die sich der seelischen Gesundheit und Genesung anderer annehmen.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>2. Kunst und Therapie</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Kunsttherapeutische Ansätze</b>	<b>9</b>
2.1.1. Kunstpsychologischer Ansatz	12
2.1.2. Kunstpädagogischer Ansatz	13
2.1.3. Psychiatrischer Ansatz	14
2.1.4. Heilpädagogischer Ansatz	15
2.1.5. Tiefenpsychologischer und Psychotherapeutischer Ansatz	16
2.1.6. Kreativ- und Gestaltungstherapeutischer Ansatz	17
2.1.7. Humanistischer Ansatz	18
2.1.8. Anthroposophischer Ansatz	19
2.1.9. Phronetischer Ansatz	20
2.1.10. Intermedialer/Intermodaler/Multimedialer/Multimodaler/ Integrativer Ansatz & Expressive Arts	21
2.1.11. Ganzheitlicher Ansatz	22
2.1.12. Rezeptiver Ansatz	23
<b>2.2. Kunsttherapeutische Schulen in Österreich</b>	<b>24</b>
<b>3. Kunsttherapeutische Methoden</b>	<b>27</b>
<b>3.1. Bildende Künste</b>	<b>28</b>
3.1.1. Ausdrucksmalerei	28
3.1.2. Begleitendes/Personenorientiertes Malen – POM	28
3.1.3. Lösungsorientiertes Malen – LOM	29
3.1.4. Dialogisches Malen	31
3.1.5. Integrative Maltherapie	31
3.1.6. Mandala / Kreisbilder	32
3.1.7. Messpainting	33
3.1.8. Geführtes Zeichnen	34
3.1.9. Formenzeichnen	35
3.1.10. Arbeit am Tonfeld	36

3.1.11. Plastizieren	36
3.1.12. Das therapeutische Triptychon	37
<b>3.2. Darstellende Künste</b>	<b>38</b>
3.2.1. Musiktherapie	38
3.2.2. Tanz- und Bewegungstherapie	39
3.2.3. Poesie- und Bibliothherapie	41
3.2.4. Narrative Kunsttherapie	42
3.2.5. Therapeutisches Theater und Psychodrama	43
3.2.6. Märchentherapie	44
3.2.7. Puppenspiel	45
<b>4. Was ist ein Trauma?</b>	<b>46</b>
4.1. Symptomatik und Folgestörungen	49
4.2. Traumaheilung in der therapeutischen Praxis	50
4.2.1. Traumaaarbeit mit Traumatherapie	51
4.2.2. Traumaaarbeit mit Kunsttherapie	58
<b>5. Conclusio</b>	<b>71</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

## **Bibliographie**

**Im Gespräch mit Birgit Troger**

**Im Gespräch mit Sabine Baumgartner**

# 1. Einleitung

Eine ausdruckszentrierte Therapieform durch Einsatz verschiedener künstlerischer Medien, wie die Kunsttherapie, fokussiert sich nicht auf seelische Prozesse, die rein durch das Wort ausgedrückt werden, sondern bezieht sich auf den darstellenden und bildhaft-künstlerischen Ausdruck.<sup>1</sup> Dabei geht es um einen Gestaltungsvorgang, der in seiner künstlerisch-ausdruckszentrierten Dynamik den Abdruck der Psyche eines Menschen spiegelt und beeinflusst.<sup>2</sup>

Personen, die Gewalt, Krankheit oder anderen psychisch schwer belastenden Situationen, sogenannten traumatischen Erfahrungen, ausgesetzt waren, erleben oftmals einen Vorgang, bei dem die personale Verfassung des Individuums so außer Kraft gesetzt, beziehungsweise verletzt wird, dass daraus eine psychopathologische Reaktion resultieren kann. Daher eignet sich eine non-verbale Therapieform vor allem zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, in der die Sprache oft eine Überforderung der/des Betroffenen darstellt.<sup>3</sup>

Kunsttherapie schafft mit dem Werk ein weiteres Medium des Ausdrucks. Dabei entsteht eine Triade aus dem künstlerischen Gestalten, der Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn, sowie der Betrachtung, Wirkung und Reflexion des Werkes. Das Werk schafft dabei eine multimediale Auseinandersetzung, die es PatientInnen ermöglicht, ihre Verhaltensmuster, Dynamiken und Erlebnisse mit Distanz auf der Werkebene zu betrachten.<sup>4</sup>

Kunsttherapie bietet somit einen nonverbalen Raum für den Ausdruck des Innersten, in dem bestehendes Konfliktpotential, geschützt durch das Medium, erkannt, thematisiert und visualisiert werden kann. Gefühle und Inhalte können durch den kreativen Prozess ungehemmt dargestellt werden und dadurch neue Lösungs- und Kommunikationswege erprobt und gefestigt werden.<sup>5</sup>

Im Gegensatz zur Musiktherapie, bei der die berufsmäßige Ausübung laut Bundesgesetz bereits 2009 in Kraft trat, steckt die Kunsttherapie stets in einem Verhandlungsverfahren zur gesetzmäßigen Festlegung der Berufsbezeichnung KunsttherapeutIn. Daher gibt es zahlreiche damit in Zusammenhang stehende,

---

<sup>1</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 16.

<sup>2</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 13.

<sup>3</sup> Vgl. Ebenda, S 129.

<sup>4</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 22.

<sup>5</sup> Vgl. Ebenda, S 17.

unterschiedliche, nicht gesetzlich festgelegte kunsttherapeutische Ansätze und Verfahren, die bei der therapeutischen Behandlung zur Anwendung kommen.<sup>6</sup>

Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf jene Ansätze, Methoden und deren Wirkweisen und zeigt die Breite der in Österreich bestehenden kunsttherapeutischen Schulen. Analysiert werden soll dabei, welche kunsttherapeutischen Methoden sich in Bezug zur Psychotraumatologie als effektiv erwiesen haben und inwiefern eine erfolgreiche traumazentrierte Therapie in der Praxis ermöglicht werden kann.

Die Kunsttherapie findet bereits Anwendung in der Traumaheilung. Eine der heutigen VorreiterInnen ist Susanne Lücke mit ihren Publikationen zur Anwendung kunsttherapeutischer Methoden in der Traumatherapie. Dennoch hält sich der Bestand an Literatur zur Thematik im kleinen Grenzbereich. Bestehende Literatur behandelt einzelne Bereiche getrennt voneinander oder befasst sich grundlegend sehr allgemein mit Kunsttherapie bei psychischen Störungen und schneidet die spezielle Anwendung und Analyse in der Arbeit mit Traumata lediglich kurz an.

Deswegen ist das Ziel, die verschiedensten Anwendungsbereiche der bildnerischen und darstellenden Kunsttherapie bei Trauma-PatientInnen weiter zu erforschen und die Frage zu beantworten, ob jene PatientInnen mit Hilfe von einer oder mehrerer kunsttherapeutischer Methoden ihr seelisches Trauma überwinden können.

Da die zugrunde liegende Arbeit eine Literaturanalyse ist, wird hier als Methodik die Literaturrecherche angewendet. Die kritische Auseinandersetzung mit bereits bestehender Literatur rund um die Thematik soll neue Erkenntnisse und Aufschlüsse zur Fragestellung liefern. Zudem wird durch ExpertInnen ein direkter Bezug zur heutigen therapeutischen Praxis und ihrer Behandlung von Traumata hergestellt.

## **2. Kunst und Therapie**

Kunst galt schon seit der Zeit der Aufklärung als kreativer Ausdruck der inneren Welt eines Individuums. Mit der Moderne befreite sich Kunst weiter für den persönlichen Ausdruck innerer Bilder, Emotionen und Sichtweisen einer/s KünstlerIn.<sup>7</sup>

In den Werken von Francisco de Goya, Vincent van Gogh oder Edvard Munch ist der Prozess an der Arbeit des inneren Bildes sehr anschaulich. Während Van Gogh sein inneres Seelenleben impulsiv in seine Werke einarbeitete, setzen später andere

---

<sup>6</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 25.

<sup>7</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S 12.

KünstlerInnen wie Joseph Beuys und Niki de Saint Phalle auf die gezielte Auseinandersetzung und Aufarbeitung ihrer Vergangenheit. Sichtbar wird dies in den Schießbildern von Niki de Saint Phalle, die durch das Schaffen ihrer Bilder, traumatische Erfahrungen aus ihrer Kindheit zum Ausdruck brachte.<sup>8</sup> Der Aktionskünstler Joseph Beuys empfand Kunst als existenzielle Notwendigkeit, bei der biographische Lebenserfahrungen zu Ausstellungsobjekten würden und als Möglichkeit fungiert, erstarrte Bedeutungen erfahrbar zu machen, zu verflüssigen und neu zu gestalten.<sup>9</sup> So wurde immer deutlicher, dass Kunst innere seelische Zustände, Erinnerungen und Emotionen sichtbar machen kann und bei ihrer Verarbeitung helfen kann.<sup>10</sup>

Große Vordenker aus dem Feld der Therapie waren Sigmund Freud und Carl Gustav Jung, die sich die Welt des bildnerischen Gestaltens für ihre Arbeit mit dem Unbewussten zunutze machten und Rudolf Steiner, der Begründer der Anthroposophie.<sup>11</sup>

Im psychiatrischen Kontext gewann in den 1930er das bildnerische Gestalten durch Hans Prinzhorn und Walter Morgenthaler mehr an Bedeutung.<sup>12</sup> Deutlich wird dies durch die Sammlung von Bildern von psychiatrischen PatientInnen Prinzhorns, welche im Rahmen einer Ausstellung psychiatrischer Kunst zum öffentlichen Diskurs wurde.<sup>13</sup> Die Auseinandersetzung zwischen Kunst und Therapie wirkt wechselseitig und somit ebnete sich nicht alleine der Weg zur heutigen Kunsttherapie, sondern hatte zugleich eine nachhaltige Wirkung auf die bildenden Künste. Sichtbar wird dies an den Mitte des 20. Jahrhunderts entstandenen Kunstrichtungen Art Brut und Outsider Art. Im Vordergrund steht der unbeeinflusste und unverstellte Gefühlsdrang, der unmittelbar künstlerisch ausgedrückt wird und alleine nach ihrer Wirkung hervorgebracht wird. Ebenso in der Kunstströmung des Surrealismus wird diese Herangehensweise sichtbar.<sup>14</sup>

An dieser Stelle soll noch ein kurzer Exkurs zur heutigen Begrifflichkeit von Kunst und Kreativität gegeben werden.

---

<sup>8</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S. 12.

<sup>9</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 31.

<sup>10</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S 12.

<sup>11</sup> Vgl. Ebenda, S 12.

<sup>12</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 29.

<sup>13</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S 12.

<sup>14</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 30.

„[...] Prof. Manfred Wagner, Professor der Universität für Angewandte Kunst, Wien, beschreibt Kreativität als psychologisches Phänomen, das immer und überall vorhanden ist und deswegen lebenskonstitutionell und fester Bestandteil der menschlichen Existenz sein müsse. Kreative Entwicklung verläuft nach Wagner über fünf Phasen, die das schöpferische Potential eines Menschen ausdrücken: der expressiven, der produktiven, der inventiven, der innovativen und der emergentiven Phase. [...] Die ersten drei Ebenen der Kreativität würden erst durch ihren qualitativen Ausdruck, Kunst ausmachen. Er beschreibt Kunst als Höchstentwicklung des schöpferischen Potentials des Menschen in der Versinnlichung seines emotionalen kognitiven und sozialen Vermögens.“<sup>15</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die heutige Kunsttherapie auf den Erfahrungen unterschiedlicher Prägungen durch Psychoanalyse, Psychiatrie, Sozialwissenschaft, Systemtheorie und Kunst, die Anfang des 20. Jahrhunderts formuliert wurden, beruht.<sup>16</sup>

## 2.1. Kunsttherapeutische Ansätze

Kunsttherapie gehört zu den therapeutischen Verfahren, in denen sich theoretische Inhalte und praxisnahe Erkenntnisse vielschichtig miteinander vernetzen und basierend auf ihrer Doppelorientierung zwischen Therapie und Kunst, kunsttherapeutische Methoden, Verfahren und Techniken breit auffächern.<sup>17</sup>

Im Allgemeinen bietet Kunsttherapie nach jedem Ansatz, Chancen auf den individuellen therapeutischen und künstlerischen Freiraum, dennoch ist eine systematische Erfassung der vielen unterschiedlichen Ansätze und deren meist unüberschaubaren Methoden kaum möglich. Bisher wurde nach bestimmten Merkmalen und Ausprägungen, wie Dauer, Ort, Intensität, inhaltliche Schwerpunktsetzung eines therapeutischen Settings oder nach Arbeitsort und theoretischem Zugang zusammenfassend unterschieden.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Manfred Wagner, *Stoppt das Kulturgeschwätz! – Eine zeitgemäße Differenzierung von Kunst und/oder Kultur*, Wien : Böhlau Verlag 2000, S 28, 33-40.

<sup>16</sup> Vgl. Philipp Martius/Flora von Spreti, „Kunsttherapie: Geschichte, Ansätze, Wirkweisen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 236-237.

<sup>17</sup> Vgl. Constanze Schulze, „Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapien – die forschungsbasierte Perspektive“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 127.

<sup>18</sup> Vgl. Philipp Martius/Flora von Spreti, „Kunsttherapie: Geschichte, Ansätze, Wirkweisen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 237-238.

Constanze Schulze beleuchtet Kunsttherapie aus folgenden drei Perspektiven<sup>19</sup>:

- der personen- und produktbezogenen Perspektive
- der prozessorientierten Perspektive
- der kommunikationszentrierten Perspektive

„[...] Bei der personen- und produktbezogenen Perspektive steht der/die PatientIn während des künstlerischen Gestaltungsprozesses im Vordergrund. Beobachtet werden Besonderheiten im bildnerisch-ästhetischen Ausdrucksverhalten im Verhältnis zum bildnerischen Ergebnis. Dabei müssen aber das individuell-situative Erleben, bereits erworbene kreativ-künstlerische Fertigkeiten und kontextuelle Handlungsbedingungen berücksichtigt werden. Zu integrieren sind die Phänomenologie des Bildaufbaus, die Kommentare des/der GestalterIn und der wahrnehmende und handelnde Umgang mit dem bildnerischen Ergebnis. Von Interesse sind auch Übergänge im Sinne der Veränderung morphologischer und semantischer Strukturen im bildnerischen Ausdruck mit Fokus auf den funktionalen Zusammenhängen zwischen inneren und äußeren Bildern.“<sup>20</sup>

„[...] Aus der prozessorientierten Perspektive geht es in der Kunsttherapie um eine gezielte Stimulation von innerpsychischen Formbildungs- und Gestaltungsvorgängen, die sich in der Dynamik bildnerischer Prozesse, unter Berücksichtigung des ästhetischen Mediums spiegelt. Dabei werden Lebenssituationen angesprochen, die im Therapieverlauf differenziert wahrgenommen, reflektiert, bearbeitet und neu zentriert werden können. Die bildnerisch-künstlerische Gestaltung wird als ressourcen- und lösungsorientiert angesehen und aktiviert die Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstwirksamkeit. Problemen eine visuell wahrnehmbare Form zu geben, um sie dann entsprechend distanzierter wahrnehmen zu können, bietet zugleich eine Entlastung der Psyche und eine Unterstützung zur Findung neuer Lösungsperspektiven.“<sup>21</sup>

„[...] Kommunikation ist eine relevante Dimension für soziale Systembildung, funktionale Spezifizierung und Ausdifferenzieren. Nach der kommunikationszentrierten Perspektive ist der verbale und non-verbale Austausch zwischen TherapeutIn und PatientIn oder zwischen einzelnen Gruppenmitgliedern im

---

<sup>19</sup> Vgl. Constanze Schulze, „Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapien – die forschungsbasierte Perspektive“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 127.

<sup>20</sup> Ebenda, S. 129-130.

<sup>21</sup> Ebenda, S. 130.

Setting der Gruppentherapie über eine bestimmte Thematik konstitutiv für die Entwicklung des kunsttherapeutischer Systems. Auch das Verhältnis zwischen PatientIn und Gestaltung und TherapeutIn und Gestaltung gehört aus systemisch-kommunikativer Sicht zu den kunsttherapeutischen Ansätzen. Das Werk wird nicht nur zum Kommunikator, sondern auch zum Träger von Kommunikation. Während es bei der Sprache um die Sinnerhaltung und kommunikative Kraft geht, provoziert das ausdruckszentrierte Medium eine Sinngenerierung und Erkundung von neuen Kommunikationsweisen.“<sup>22</sup>

Auch gesagt werden kann, dass Gegenstand aller kunsttherapeutischer Ansätze der künstlerische Gestaltungsprozess und/oder das ausdruckszentrierte, bildnerische Ergebnis sind.<sup>23</sup>

Karl-Heinz Menzen geht von drei praktischen Perspektiven der Kunsttherapie aus, die eine/n PatientIn entweder rehabilitativ, psychosomatisch oder psychiatrisch erfassen.<sup>24</sup>

„[...] Die heilpädagogische-rehabilitative (klinisch-neurologische) Perspektive fokussiert vor allem Selbsterlebens- und Erfahrungsformen von geistig und körperlich behinderten oder dementen Menschen. Eine eigene Psychodynamik soll aus den erstarrten nie erlebten Verhaltens- und Bewusstseinsformen geformt werden.“<sup>25</sup>

„[...] Die psychosomatische (traumatherapeutische) Perspektive bezieht sich auf das geschädigte Selbsterleben des regressiven Bewusstseins. Einerseits sollen traumatische wiederkehrende Bilder fassbar und transparent gemacht werden und gleichzeitig die Selbstheilungskräfte aktiviert werden. Ausgehend von der Psychoanalyse, macht die psychosomatische Perspektive auch von explorativen Imaginationsverfahren, verhaltenstherapeutischen und gestalttherapeutischen Einflüssen Gebrauch.“<sup>26</sup>

„[...] Die psychiatrisch orientierte kunsttherapeutische Perspektive agiert auf der Ebene der erschütterten Ich-Instanz. Das dissoziative und identitätsgestörte Erleben der/des PatientIn steht im Vordergrund und soll durch die Therapie ein neues verbundenes Selbstgefühl des eigenen Ichs schaffen.“<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> Constanze Schulze, „Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapien – die forschungsbasierte Perspektive“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 131.

<sup>23</sup> Vgl. Ebenda, S. 129.

<sup>24</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 22.

<sup>25</sup> Ebenda, S 22-23.

<sup>26</sup> Ebenda, S 23-24.

<sup>27</sup> Ebenda, S. 24.

Außerdem gliedert Menzen Kunsttherapie ihrer Herkunft nach in sechs unterschiedliche Ansätze auf <sup>28</sup> :

- ein kunstpsychologischer Ansatz
- ein kunstpädagogischer Ansatz
- ein psychiatrischer Ansatz
- ein heilpädagogischer Ansatz
- ein kreativ- und gestaltungstherapeutischer Ansatz
- ein tiefenpsychologischer Ansatz

In der Einteilung von Peter Baukus und Jürgen Thies wird zwischen dem psychiatrischen, dem künstlerisch-pädagogischen, dem heilpädagogischen, dem psychotherapeutischen, dem anthroposophischen, dem rezeptiven und dem integrativen Ansatz differenziert.<sup>29</sup> Neben dem integrativen Ansatz besteht eine Vielfalt intermedialer und -modaler und multimedialer und -modaler Konzepte. Weitere Richtungen der Kunsttherapie verfolgen den humanistischen Ansatz, den phronetischen Ansatz und den ganzheitlichen Ansatz.

### **2.1.1. Kunstpsychologischer Ansatz**

Der kunstpsychologische Ansatz befasst sich im allgemeinen mit rezeptiven, reproduktiven und produktiven Äußerungsformen, die auf die Psyche oder damit in Verbindung stehende erlebte Gefühle, also Bewusstseinsprozesse zurückzuführen sind.<sup>30</sup>

„[...] Dieser Ansatz der Kunsttherapie steht eng in Verbindung mit der ästhetischen Psychologie und basiert stark auf Annahmen des Philosophen Immanuel Kant. Er unterschied die menschliche Erfahrung in einen sinnesverstandes- und einbildungskräftigen Aspekt. Diese Überlegung beschäftigt sich mit der Frage, nach welchen Kriterien der Mensch wahrnimmt, versteht und reagiert, wenn bildhafte Vorstellungen der subjektiven Gefühlshaftigkeit mit objektiven Reizen und Wahrnehmungen kombiniert werden. Diese psycho-physische Theorie zeigt auf,

---

<sup>28</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S. 13.

<sup>29</sup> Vgl. Peter Baukus/Jürgen Thies (Hrsg.), *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Stuttgart : Gustav Fischer 1993.

<sup>30</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 13-14.

inwiefern ästhetisch wirkende physikalische Gegebenheiten und die eigene psychische Erfahrungswelt zusammenspielen.“<sup>31</sup>

„[...] Der Kunsthistoriker Aby Warburg benutzt dabei den Begriff der dynamischen Belebung. Er versteht darunter bewegende Zustände im seelischen Geschehen der/des BetrachterIn und der/des KünstlerIn, durch die ein Bild als Symbol erfasst wird und in der Einbildungskraft zusammen mit menschlich bewegenden Themen erfahrbar wird. Im Zustand des Ergriffen-Seins und des in Bewegung-Seins werden diese Bildzeichen dynamisch verlebendigt. Erinnerungs- und Phantasiebilder der/des künstlerisch Schaffenden werden dabei für die/den BetrachterIn nicht nur sinnlich, sondern auch energetisch wahrnehmbar. Es geht um ein Sich-Einlassen, um ein Kunstwerk tatsächlich zu erfahren. Rollo May beschreibt diesen Prozess als eine Begegnung zwischen bewusster und unbewusster, aber auch zugleich ästhetisch-symbolischer Erfahrung.“<sup>32</sup>

„[...] Wilhelm Salber benutzt in Verbindung mit der Kunstpsychologie den Begriff der Psychoästhetik und weist darauf hin, dass Kunst und Seele durch ihre gemeinsame Struktur eng in Verbindung stehen. Das Seelische, sowie auch die Kunst folgen denselben ästhetischen Gesetzen der Wirklichkeit. Aus dieser Bezogenheit heraus entsteht die psychologische Wirksamkeit dieses kunsttherapeutischen Ansatzes. [...] In der modernen Kunstpsychologie steht das Kunstwerk für Selbsterhaltung, Selbstveränderung und Selbstkatalyse.“<sup>33</sup>

### **2.1.2. Kunstpädagogischer Ansatz**

Zunächst als erzieherisches Mittel, später auch auf therapeutischer Ebene, vertritt der kunstpädagogische Ansatz das humanistische oder neuhumanistische Bild. Bereits Friedrich Schiller beschreibt die Wichtigkeit der ästhetischen Erziehung der/des Heranwachsenden in spielerisch-ganzheitlicher Form. Die künstlerische Erziehung verlässt somit den Raum der einfachen Nachbildung und entwickelt sich zum Ausdruck von seelischen Empfindungen und Prozessen.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S. 13-14.

<sup>32</sup> Georg Franzen, „Kunst und Psyche – psychologische Aspekte Künstlerischer Therapien“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 66-67.

<sup>33</sup> Ebenda, S. 68.

<sup>34</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 14.

Dabei stützen sich kunstpädagogische Ansätze auf Theorien der Entwicklungspsychologie, die besagen, dass die Entwicklung von Kinderzeichnungen mit den verschiedenen Stufen der kindlichen Entwicklung korreliert. Somit werden bereits frühere Annahmen, dass das ästhetische Schaffen wichtig für die Selbstverwirklichung des Menschen sei, weitgehend bestätigt. Die Weltaneignung und die daraus resultierende Persönlichkeitsentwicklung wird von den eigenen Schaffungsprozessen geprägt. Das bedeutet, dass die kindlich spielerische Auseinandersetzung mit räumlichen und haptischen Erfahrungen das eigene ästhetische Handeln des Kindes prägt und eine stetig analysierende und deutende Beschäftigung mit eigenen Gestaltungsprozessen unter Einbeziehung der Sinneswahrnehmungen mit sich zieht.<sup>35</sup>

Die seelischen Zustände des heranwachsenden Kindes sollen also durch künstlerische Mittel schließlich Ausdruck finden, sichtbar sein und die zerrissene Bildhaftigkeit der Psyche in Einklang bringen.<sup>36</sup>

### **2.1.3. Psychiatrischer Ansatz**

Kunst gewann innerhalb des frühen 19. Jahrhunderts mehr an Einfluss in psychiatrischen Anstalten. Neben dem diagnostischen Interesse, wurde der ästhetisch erkenntnistheoretischen Strömung mehr Bedeutung zugeschrieben.<sup>37</sup>

Als Grundlage des psychiatrischen Ansatzes gilt bis heute das Werk Bildneri der Geisteskranken von Hans Prinzhorn, eine Zusammentragung von Bildern psychiatrischer PatientInnen. Er betrachtete dabei Bilder als Ausdruckstatsachen, in denen Seelisches unmittelbar erscheint und ohne Zwischenschaltung eines intellektuellen Apparates erfasst wird. Kunst wird somit als autonomes, genuines Medium der unmittelbaren Entäußerung der Natur des Menschen verstanden.<sup>38</sup>

Seit Mitte der 1930er Jahre gibt es in Frankreich, Großbritannien, Kanada, Brasilien und den USA Aufzeichnungen über die Einrichtung kunsttherapeutischer Malateliers in psychiatrischen Kliniken. Konzeptionell orientierten sich sogenannte Art Classes an

---

<sup>35</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 18.

<sup>36</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 15.

<sup>37</sup> Vgl. Michael Günter, „Malateliers in psychiatrischen Kliniken – Grundlagen heutiger kunsttherapeutischer Theorie und Praxis“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 85.

<sup>38</sup> Vgl. Ebenda, S. 86-87.

psychoanalytischen Auffassungen, aber auch an klassischen beschäftigungstherapeutischen Vorstellungen. In Deutschland und Österreich wurde diese Entwicklung durch die nationalsozialistische Herrschaft unterbrochen. Die sogenannte Entartete Kunst wurde verfolgt und vernichtet.<sup>39</sup>

Nach der psychoanalytischen Auffassung der Art Classes gilt die künstlerische Gestaltung als Ausdruck innerer Konflikte eines Individuums. Der Gestaltung wurde eine kathartische Funktion zugeschrieben, mittels der sexuelle und aggressive Fantasien und die dadurch aufgestaute Triebspannung abgebaut werden können. Im Vordergrund des beschäftigungstherapeutischen Zugangs steht hingegen die Wiedereingliederung und die Anpassung der Realität des Individuums mittels der Vermittlung technischer Fertigkeiten und der Steuerung des Gestaltungsvorganges.<sup>40</sup>

#### **2.1.4. Heilpädagogischer Ansatz**

Die Entwicklung des heilpädagogischen Ansatzes in der Kunsttherapie kann in drei Phasen beobachtet werden.<sup>41</sup>

Mitte des 19. Jahrhunderts richtete sich dieser Ansatz stark an der Fröbelschen Kindergartenpädagogik aus und wurde erstmals 1860 von Deinhardt und Georgens in Bezug auf Sinnes- und Teilleistungsstörungen formuliert.<sup>42</sup> Um 1920 orientierte sich die heilpädagogisch-bildnerische Arbeit an ganzheitlichen und gestaltpsychologischen Ansätzen und setzte auf die Förderung körperlich beeinträchtigter Menschen. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts widmete sich die heilpädagogische Kunsttherapie neurologischen Aspekten spezifischer Störungsbilder, wie Hyperaktivität, Sinnesstörungen, der Motorik und Störungen des Sozialverhaltens. In diesem Zeitraum und Zusammenhang wurde der heilpädagogische Ansatz zur eigenständigen Methode im therapeutischen Feld.<sup>43</sup>

Im Vordergrund steht die Rekonstruktion und Kompensation psychomotorischer Verschaltungen in Verbindung mit den frühesten Sinneserfahrungen der Kindheit bei wahrnehmungs-, teilleistungs- und lerngestörten und geistig behinderten Menschen. Fehlverknüpfungen von Raum-, Zeit- und Handlungsstrukturen sollen aufgelöst

---

<sup>39</sup> Vgl. Michael Günter, „Malateliers in psychiatrischen Kliniken – Grundlagen heutiger kunsttherapeutischer Theorie und Praxis“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 88.

<sup>40</sup> Vgl. Ebenda, S. 89.

<sup>41</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 18.

<sup>42</sup> Vgl. Ebenda, S. 18.

<sup>43</sup> Vgl. Ebenda, S. 18.

werden und die Wahrnehmung durch basale Stimulationen erweitert werden. Demnach sind sinnesstimulierende Erfahrungen der heilpädagogischen Kunsttherapie im neurologischen Bereich heute kaum mehr wegzudenken.<sup>44</sup>

### **2.1.5. Tiefenpsychologischer und Psychotherapeutischer Ansatz**

Obwohl auch getrennt dargestellt zu finden, wird unter diesem Punkt der tiefenpsychologische Ansatz und der psychotherapeutische Ansatz, wie auch in einigen anderen Publikationen, zusammenfassend analysiert.

Die tiefenpsychologisch und psychoanalytisch orientierte Kunsttherapie geht auf Sigmund Freud und Carl Gustav Jung zurück. Die Tiefenpsychologie und die Psychoanalyse verstehen Bilder und Objekte als Visualisierung des psychischen Geschehens. Die darin liegende Symbolik dient als Abbild der Sprache des Unbewussten.<sup>45</sup> Bilder werden dabei zum Träger von Emotionen und können dadurch der/dem PatientIn eine größere Autonomie ermöglichen und eigene unbewusste Seeleninhalte ohne Abwehr ins Bewusstsein bringen.<sup>46</sup> Dabei steht nicht unbedingt das Kunsthandwerk im Vordergrund, sondern vielmehr geht es darum, einen entsprechenden Ausdruck zu finden, um den positiven Umgang mit Gefühlen und Gedanken zu ermöglichen.<sup>47</sup>

„[...] Sigmund Freuds These besagt, dass sich im jeweiligen symbolischen Ausdruck ein Tribschicksal herauskristallisiert. Der Sinn des Symbols besteht in dem Versuch, das noch gänzlich Unbekannte analogisch zu verdeutlichen. Die Bedeutung des symbolischen Ausdrucks sucht die Ursachen lediglich in der frühen Triebgeschichte.“<sup>48</sup>

„[...] Dabei sprach er vom Zerrbild der Kunstschöpfung, Bilder, die den Menschen beherrschen und verzerren. Anna Freud beschrieb unter der „Neuzentrierung des früher Erlebten“ Abwehrmechanismen, die die Psyche vor der unangenehmen Wirklichkeit schützen wollen und durch Verleugnung, Regression oder Sublimierung erkennbar werden. Demnach deutet das ästhetisch-bildnerische Produkt auf Leidenssymptome hin, die in ihrer Bildhaftigkeit zu entzerren und neu zu zentrieren

---

<sup>44</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S. 19.

<sup>45</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 35.

<sup>46</sup> Vgl. Regula Rickert, *Lehrbuch der Kunsttherapie*, Ahlerstedt: Param 2015, S 9-10.

<sup>47</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 16.

<sup>48</sup> Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 21-22.

sind. Insofern wird im symbolischen Ausdruck, die innere und umgeleitete Erregung dokumentiert.“<sup>49</sup>

„[...] Edith Kramer sieht in der Sublimierung eine Quelle, um Verdrängungen aufzuheben und alte Funktionsweisen wieder zu aktivieren. Der freudsche Begriff der Sublimierung wird zur Kennzeichnung psychischer Prozesse verwendet, durch die primitive, aus dem Es aufsteigende Triebregungen, vom Ich in differenzierte Akte umgewandelt werden, die nicht der unmittelbaren Triebbefriedigung dienen. Mittels Kunst, die bewusste, vorbewusste und unbewusste Prozesse umschließt, wird ein Einblick in den direkten Prozess und die Transformation gewährt.“<sup>50</sup>

„[...] Carl Gustav Jung, der Begründer der analytisch-orientierten Kunsttherapie, prägte den Begriff des kollektiven Unbewussten. Demnach wird die gesamte Erfahrung eines Menschen in Form von archetypischen Symbolen manifestiert und insgesamt der Sinnzusammenhang des individuellen Lebensweges in den Mittelpunkt gerückt. Das Individuum nutzt diese archetypische Bildsprache, um sich in der Welt zu verorten und schafft eine Visualisierungsebene des Innerpsychischen.“<sup>51</sup>

Der tiefenpsychologische und psychotherapeutische Ansatz der Kunsttherapie haben sowohl den Anstoß für weitere kunsttherapeutische Ansätze der Disziplin gegeben, als auch gelten sie als Grundlage vieler kunsttherapeutischer Methoden.<sup>52</sup>

### **2.1.6. Kreativ- und Gestaltungstherapeutischer Ansatz**

In den letzten hundert Jahren wurde der kreativ-gestaltungstherapeutische Ansatz aus zwei entgegengesetzten Positionen betrachtet und entwickelt. Zum einen wird behauptet, dass Kinder und Menschen mit geistigen Abnormen sich in einem originalen, unverstellten und unbeeinflussten Gefühlsdrang unmittelbar kreativ ausdrücken. Dieser Ausdruck erscheint aus dem unbewusst Vorgebildeten, dass sich stets triebhaft äußert. Auch Surrealisten wie Max Ernst und Paul Klee sehen in der „primitiven“ Kunst eine Ausdrucksform, in der sich das unzensierte und vielgestaltete Ich naturhaft ausdrückt.<sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> Karl-Heinz Menzen, „Szene der Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa – Entwicklung, Systematik und aktuelle Situation“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 29-30.

<sup>50</sup> Edith Kramer, *Sublimierung und Kunsttherapie*, Karlsruhe : Gerardi 2010, S 45, 59-60.

<sup>51</sup> Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 17.

<sup>52</sup> Vgl. Judith Aron Rubin, *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie*, Karlsruhe : Gerardi 2010, S 24.

<sup>53</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S 20.

Kritische Stimmen der entgegengesetzten Position beharren auf die Trennung vom bildnerischen Betätigungsdrang und der künstlerischen Kompetenz. Die Tendenz Kunst- und Naturausdruck des Menschen gleichzusetzen, ist daher nur gegeben, wenn die Eigenständigkeit des Künstlerischen nicht verloren geht. Psychotische Kunst ist aber trotzdem in der Lage pathologische Formen neuzeitlicher Subjektzerstörung zu demonstrieren.<sup>54</sup>

Demnach ist es nicht verwunderlich, dass sich seit den 1960er Jahren eine Therapie mit bildnerischen Mitteln auf tiefenpsychologischer Grundlage, also eine tiefenpsychologisch, analytisch orientierte Gestaltungstherapie entwickelte. Diese Art der Gestaltungstherapie beabsichtigt den spontanen Ausdruck als Verbindung zwischen Innerem und Äußerem und vermittelt zwischen Bewusstem und Unbewusstem.<sup>55</sup>

### **2.1.7. Humanistischer Ansatz**

Dieser Ansatz der Kunsttherapie steht in Einklang mit den philosophischen Grundsätzen des Humanismus, der davon ausgeht, dass jeder Mensch sein angeborenes kreatives Potential nutzen kann und somit Sinn und Identität durch eine kreative Lebensführung finden kann. Das Leben gilt dabei als fortlaufender Prozess und strebt nach ständiger Entwicklung, Veränderung und Entfaltung.<sup>56</sup>

Nach der humanistisch orientierten Kunsttherapie wird der Mensch immer als Ganzes in seinen Gedanken, Gefühlen und körperlichen Zusammenhängen gesehen.<sup>57</sup>

Er strebt unter dem Aspekt von drei Grundtendenzen nach Selbstverwirklichung und Selbsterfüllung, die Sinn und Identität bewirken. Die Tendenz zur persönlichen Befriedigung von Anerkennung, Liebe und Sexualität, das Gefühl der Zugehörigkeit und Sicherheit durch eine selbstlimitierende Anpassung an die Gesellschaft und das Verständnis von Kreativität sind charakteristisch für die individuelle Identität. Die Identität ist im Verlauf des Lebens zugleich fließend, als auch stabil und erfordert ein

---

<sup>54</sup> Vgl. Karl-Heinz Menzen, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München: Ernst Reinhardt 2021, S. 20-21.

<sup>55</sup> Vgl. Ebenda, S 20-21.

<sup>56</sup> Vgl. Josef E. Garai, „Der humanistische Ansatz in der Kunsttherapie“, *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie*, Hg. Judith A. Rubin, Karlsruhe : Gerardi 2010, S 207-208.

<sup>57</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S 14.

ständiges Bemühen, ein Gleichgewicht zwischen widerstreitigen Tendenzen herzustellen und unterschiedliche Bedürfnisse zu integrieren.<sup>58</sup>

Sogenannte Identitätskrisen, die im gesamten Lebensverlauf auftreten, sollen in eine kreativ-expressive Lebensführung eingebracht werden, um Veränderungen hervorzubringen. Die/Der PatientIn und die/der TherapeutIn begeben sich dabei gemeinsam auf eine Erkundungsreise, die den inneren Bildern, Phantasien, Träumen und Archetypen gilt.<sup>59</sup> Verdrängtes oder Blockiertes soll durch den kreativen Prozess aufgedeckt werden und durch das Verständnis der unterbewussten seelischen Vorgänge in die Gegenwart integriert werden.<sup>60</sup>

Gefühle sollen in eine Form der authentischen kreativen Äußerung umgewandelt werden und dem psychischen, als auch dem physischen Wohlergehen der/des PatientIn zugute kommen.<sup>61</sup>

Das Ziel der humanistischen Kunsttherapie ist die Entfaltung der rhythmisch ausgeglichenen Persönlichkeit, in dem Sinne, dass der Mensch im rhythmischen Fluss von Gegenpolen, wie Liebe und Hass, Hoffnung und Verzweiflung etc., steht. Ist sich der Mensch dieser Gegensätze bewusst, kann er sich um seine Selbstverwirklichung bemühen.<sup>62</sup>

### **2.1.8. Anthroposophischer Ansatz**

Basierend auf der Annahme der dreigliedrigen Gestaltprozesse von Rudolf Steiner, die sich auf Körper, Seele und Geist beziehen, soll ein Rhythmus zwischen Chaos und Form geschaffen werden. Durch das Gestalten in Form von therapeutischen Malen, Formenzeichnen und Plastizieren wird dieser Rhythmus in der anthroposophischen Kunsttherapie geformt und verankert.<sup>63</sup>

Anthroposophisch gesehen bieten kreative Fähigkeiten der Psyche des Individuums zahlreiche Möglichkeiten sich auszudrücken. Künstlerisches Schaffen wird als

---

<sup>58</sup> Vgl. Josef E. Garai, „Der humanistische Ansatz in der Kunsttherapie“, *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie*, Hg. Judith A. Rubin, Karlsruhe : Gerardi 2010, S 207.

<sup>59</sup> Vgl. Ebenda, S. 208.

<sup>60</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S 14.

<sup>61</sup> Vgl. Josef E. Garai, „Der humanistische Ansatz in der Kunsttherapie“, *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie*, Hg. Judith A. Rubin, Karlsruhe : Gerardi 2010, S 209.

<sup>62</sup> Vgl. Ebenda, S. 209.

<sup>63</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 17-18.

geistiges Vermögen verstanden, das sowohl leibliche als auch geistige Bedürfnisse und Erlebnisse abbildet.<sup>64</sup> Die Selbstheilungskräfte des Menschen sollen durch die Wirkung von Form und Farbe und Bewegung und Ton nach vorgegebenen Anleitungen angeregt werden. Dabei steht der Schaffungsprozess, der stets unkommentiert bleibt, im Vordergrund.<sup>65</sup>

### **2.1.9. Phronetischer Ansatz**

Phronetik ist der geschützte Name für die kunsttherapeutisch systemorientierte Theorie und Methodik, die sich seit den 1980er Jahren durch Irmgard Maria Starke entwickelt hat.<sup>66</sup>

Die Grundlage der Bezeichnung kommt vom philosophischen Begriff der phronesis, der die Fähigkeit des Menschen beschreibt, universelle Zusammenhänge und ihre Bedeutung zu erkennen und danach zu handeln, insbesondere auch im Hinblick auf die eigene momentane Lebenssituation. Phronesis beschreibt das oberste Erkenntnisvermögen, das die Beschränkungen des menschlichen Verstandes erkennt und bewusst Grenzen setzt. Zum anderen entspringt die Phronetik als Teil der Lautlehre, nach der sich die Welt im Klang befindet. Jeder Mensch hat seine eigene Frequenz und es gilt diese aufrecht zu halten, um nicht der Disharmonie zu verfallen.

<sup>67</sup>

Phronetische Kunsttherapie will daher einen Raum schaffen, in dem der individuelle Klang schwingen kann oder der eigene Ton angstfrei wiederentdeckt werden kann. Im Vordergrund stehen dabei die biologischen und bewussten Selbstheilungskräfte des Menschen, in Beziehung zu der ihn umgebenden und ihn prägenden Umwelt.<sup>68</sup>

Traumatische Erlebnisse stören den Klang und dessen Fluss und lassen den traumatisierten Menschen sich von seiner eigenen Frequenz entfernen. Phronetische Kunsttherapie bietet Methoden, die es ermöglichen, störende Frequenzen zu löschen oder in lebensfördernde Frequenzen umzuschreiben. Möglich wird dies durch die Gestaltung am Bild. Das Bild ist dabei Träger des Prozesses und es gilt die Sprache der Bilder, von inneren zu ausgeformten Bildern, zu verstehen. Wichtig ist, dass Bilder

---

<sup>64</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 34.

<sup>65</sup> Vgl. Ulrich Stöveken, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt: WBG 2013, S 14.

<sup>66</sup> Vgl. <https://www.phronetik-akademie.com/phronetik/phronetische-texte/>, 09.12.2021 um 09:20.

<sup>67</sup> Vgl. Ebenda, 09.12.2021 um 9:20.

<sup>68</sup> Vgl. Ebenda, 09.12.2021 um 9:20.

nicht alleine durch Malerei hervorgebracht werden, sondern eine Fülle an Möglichkeiten geboten wird – Performance, skulpturale Arbeiten, Installation, Zeichnung, Video, Grafik in all ihren Materialien.<sup>69</sup>

### **2.1.10. Intermedialer/Intermodaler/Multimedialer/Multimodaler/Integrativer Ansatz & Expressive Arts**

Der Begriff Intermedia wurde bereits 1812 von Samuel Taylor Coleridge für Werke abseits traditioneller Vorstellungen verwendet. In den 1960er Jahren beschrieb Dick Higgins die Intermedialität als Überschreitung der Grenzen anerkannter Medien in Verschmelzung mit bestehenden Kunstformen, die zuvor nicht als künstlerisch galten. Kunst soll dabei die ganzheitliche Natur, also die Verbindung zwischen Leib und Seele, des Menschen ansprechen.<sup>70</sup>

Der kunsttherapeutische Zugang wurde schließlich 1974 von Shaun McNiff, Paolo J. Knill und Norma Canner durch die Gründung des Master-Lehrgangs „Expressive Arts Therapy (EXA)“ in den USA, mit der Absicht eine multidisziplinäre Therapieform anzubieten, gelegt. Im deutschsprachigen Raum wurde der Ansatz auch unter der Intermodalen Ausdruckstherapie oder der Intermedialen Kunsttherapie bekannt.<sup>71</sup>

Oft wird der Begriff intermedial mit der Intermodalität gleichgesetzt. Die Begrifflichkeit intermodal bezieht sich dabei auf die verschiedenen Sinneswahrnehmungen, die durch die intermediale Methode, also eine Kombination verschiedener Medien, simultan angesprochen werden.<sup>72</sup>

Grundlegend bietet der intermediale Ansatz ein weit gefächertes Angebot künstlerischer Methoden, durch deren Verknüpfung Breite und Tiefe entsteht und alle menschlichen Sinne anspricht. Neben den bildnerischen Künsten werden alle anderen Medienkünste, wie Performance und Tanz, Video- und Tonverfahren, Schauspiel und Poesie in die therapeutische Praxis miteinbezogen.<sup>73</sup> Die gegebene Interdisziplinarität wirkt einer Separierung entgegen und wird im von Wolfgang Tunner beschriebenen Phänomen der Synästhesie festgehalten. Dabei werden unterschiedliche

---

<sup>69</sup> Vgl. <https://www.phronetik-akademie.com/phronetik/phronetische-texte/>, 09.12.2021 um 09:20.

<sup>70</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermedialer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 54.

<sup>71</sup> Vgl. Herbert Eberhart, „Lösungskunst – Entwicklung, Grundlagen und Prinzipien ressourcenorientierter Arbeit in den Künstlerischen Therapien“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 431-432.

<sup>72</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermedialer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 59-60.

<sup>73</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 17.

Sinneswahrnehmungen, wie visuelles und auditives, gleichzeitig wahrgenommen, verbunden und übertragen, die wiederum Erinnerungen auf verschiedenen Ebenen wachrufen. Dies betrifft vor allem frühe, präverbale Erlebnisse.<sup>74</sup>

Mit der Entwicklung des intermedialen Konzeptes wurde von Hilarion Petzold, Johanna Sieper und Ilse Orth in den 1960er Jahren der Integrative Ansatz nach anthropologischen, entwicklungspsychologischen, neurobiologischen und psychotherapeutischen Erkenntnissen begründet. Neben dem vielfältigen Repertoire an bildnerischen und darstellenden Methoden, wie Malerei, Plastik, Musik, Poesie, Bewegung, Tanz, Theater und Naturtherapien, wurde der Ansatz ganzheitlich entwickelt. Der Mensch steht dabei als Ganzes, also zugleich als biologisches, als auch gesellschaftliches Wesen, im Vordergrund. Das nach dem Ansatz entwickelte Modell des Tree of Science steht im Zentrum und gilt mit seiner Metastruktur als Basis für das integrativ therapeutische Handeln.<sup>75</sup>

### **2.1.11. Ganzheitlicher Ansatz**

Inspiziert durch Edith Kramer, sowie Paolo J. Knill entwickelte Harald Fritz-Ipsmiller in den 1990er Jahren das kunsttherapeutische Verfahren „Ganzheitliche Kunsttherapie“. Erstmals wurde der Ansatz als „Kunst als Prozess“ präsentiert und in der „Lebensschule Kreativ Leben“ gemeinsam mit seiner Frau Christa Ipsmiller weiterverfolgt. In den 2000er Jahren entfaltete sich aus der Lebensschule die Akademie für Kunsttherapie, in der die seit 2000 auch markenrechtlich geschützte Ganzheitliche Kunsttherapie gelehrt wird. Der 2008 gegründete Trägerverein der Akademie für Kunsttherapie ISSA – Interdisziplinäre Studien- und Servicegesellschaft wurde 2014 schließlich in AKT – Akademie für Kunsttherapie umbenannt.<sup>76</sup>

Harald Fritz-Ipsmiller beschreibt den Ansatz als philosophisch ganzheitlich - also alle Sinne ansprechend, methodisch intermedial und intermodal.<sup>77</sup>

Bereits nach Daniel Stern ist das frühkindliche Erleben ganzheitlich. Säuglinge bringen die Fähigkeit mit, Wahrnehmungserlebnisse aus einer Sinnesmodalität in eine andere zu übertragen. Das erlaubt ihnen, eine Entsprechung zwischen dem haptischen und

---

<sup>74</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermedialer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 56-59.

<sup>75</sup> Vgl. Hilarion G. Petzold, „Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn : Junfermann 1991, S. 585-589.

<sup>76</sup> Vgl. <http://www.akt-kunsttherapie.ac.at/>, 10.02.2022 um 17:01.

<sup>77</sup> Vgl. Ebenda, 10.02.2022 um 17:01.

dem visuellen Eindruck zu erkennen. Ebenso sind sie in der Lage, Vitalitätsaffekte zu erfassen und multimodal auszudrücken. Zwischen Eindruck und Ausdruck des Säuglings entwickelt sich die Anlage zur Organisation des Erlebten. Daraus gehen später identifizierbare Handlungen, Einstellungen, verbalisierbare Gefühle und wahrgenommene Formen hervor. Der Ganzheitliche Ansatz greift auf diese präverbale Zeit zurück und aktiviert im Bereich, in dem Informationen von einer Sinnesmodalität in eine andere Sinnesmodalität transformiert werden. Hier entsteht Kunst, aber auch Gesundheit. In dieser supramodalen Form wird das Selbst und auch der Andere organisiert und mit dem intuitiven Wissen aus der Säuglingsforschung kombiniert.<sup>78</sup>

### **2.1.12. Rezeptiver Ansatz**

Der rezeptive Ansatz beschäftigt sich mit dem Dialog der Kunstbetrachtung, der sich nach dem Ausdruck, der Ästhetik und der subjektiven Qualität der Kunst richtet.<sup>79</sup>

Die subjektive Qualität oder auch der persönliche Geschmack zur Kunst ist die Grundlage dessen, wo sich ein Individuum einordnet oder von anderen eingeordnet wird. Selbstkonzepte, die sich in der Kindheit entwickeln, sind mit der dynamischen Größe und Entwicklungsfähigkeit des Selbst und des Selbstwerts verbunden und werden im Erwachsenenalter zu einem stabilen, aber dennoch veränderbaren Konzept. Diesem Anspruch nimmt sich die rezeptive Kunsttherapie an und fördert die Wahrnehmungsfähigkeit über die Sinnesfunktionen und die bewusste Mentalisierung. Mentalisierung ist die Fähigkeit mentale Bilder, Einstellungen und Gefühle auszutauschen und internale und externale Handlungen zu verstehen und zur Sprache zu bringen.<sup>80</sup>

Der Ausdruck kann durch Symbole verschlüsselt sein, die in der Kunstbetrachtung, unterstützend durch die/den TherapeutIn, entschlüsselt werden können. In der rezeptiven Kunsttherapie geschieht dies als Entdeckungsreise im Moment der subjektiven Kunstbetrachtung. Es geht um das Sehen, um das Fühlen und die Teilnahme an der Auseinandersetzung mit dem Kunstwerk.<sup>81</sup>

---

<sup>78</sup> Vgl. Harald Fritz-Ipsmiller, „Wo setzt ganzheitliche Kunsttherapie an? Künste als gesundheitsaktivierende Regulative“, *Pädiatrie & Pädologie* 3/2010, S. 34-35.

<sup>79</sup> Vgl. Birgit Matter, „Rezeptive Kunsttherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 408.

<sup>80</sup> Vgl. Ebenda, S 408-414.

<sup>81</sup> Vgl. Ebenda, S 408-414.

Hilarion Petzold beschrieb 1999 die Methode der rezeptiven Kunsttherapie als assoziativen und reflexiven Prozess, der sich auf die ästhetischen Erfahrungen beim Rezipieren von Bildern bezieht. Die ästhetische Erfahrung kann sich auf die erlernte, die erlebte oder die momentane Wahrnehmung der/des RezipientIn fokussieren. Unter dieser Grundannahme, wie auch von Edith Kramer vertreten, tritt die Botschaft der Kunst mit dem Selbst der/des BetrachterIn in Dialog und stellt dabei einen Selbstbezug her. Kunsterfahrung ist somit eine Form der Selbsterfahrung, die auf den therapeutischen Prozess unterstützend wirkt. Über den Dialog können Erwartungen verändert werden und neue Sichtweisen aufgezeigt werden.<sup>82</sup>

## 2.2. Kunsttherapeutische Schulen in Österreich

Kunsttherapeutische Schulen sind aus entsprechenden Ansätzen entstanden. Dennoch werden diverse Ansätze nicht unbedingt getrennt voneinander angewandt, sondern die im Individualfall am sinnvollsten erscheinende Methode verschiedener Ansätze ist ausschlaggebend.<sup>83</sup>

Erste Bestrebungen die berufsrechtliche Situation von KunsttherapeutInnen in Österreich zu sichern werden ab den 1980er Jahren sichtbar. Mit der Gründung des ÖBM - Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen fand 1984 eine erste Mitgliederversammlung statt. 1986 wurde die GTTÖ – Gesellschaft für Tanztherapie in Österreich durch Cary Rick gegründet. Zwei Jahre später erfolgte die Gründung des ÖBVT – Österreichischer Berufsverband für Tanztherapie. Seit 1998 läuft dieser Berufsverband unter dem Namen ÖBBA – Österreichischer Berufsverband für Bewegungsanalyse.<sup>84</sup>

1992 erfolgte die Gründung des ÖGKT – Österreichische Gesellschaft für Kunst und Therapie. 1994 wurde von Gerhard Tucek der Berufsverband für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie gegründet. Zwei Jahre später entstand durch Harald Fritz-Ipsmiller der ÖBKT – Österreichischer Berufsverband für Kunsttherapie und durch Ernst J. Wittkowski und Erwin Bakowsky der ÖFKG – Österreichischer Fachverband für Kunst- und GestaltungstherapeutInnen. 1997 wurde mit der Gründung des ÖBKT –

---

<sup>82</sup> Vgl. Birgit Matter, „Rezeptive Kunsttherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S 408-414.

<sup>83</sup> Vgl. Constanze Schulze, „Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapien – die forschungsbasierte Perspektive“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 129.

<sup>84</sup> Vgl. [https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118\\_JKU\\_ABOAT-Vortrag\\_FRITZ-IPSMILLER.pdf](https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118_JKU_ABOAT-Vortrag_FRITZ-IPSMILLER.pdf), 12.02.2022 um 15:22.

Österreichische Berufsverband für Kunsttherapie<sup>85</sup> ein demokratisches Gegengewicht zum ÖFKG etabliert.<sup>86</sup>

Eng mit dem ÖBKT ist das IKT – Institut für Kunsttherapie verbunden. Das IKT wurde 2012 als unabhängiger Non-Profit Verein gegründet. Mitgliedern des ÖBKT soll nach Vorlage von Projektideen und deren Planungsbeschreibung im IKT die Möglichkeit zur Forschung und Evaluierung ihrer Arbeit im öffentlichen Raum, Kliniken und Praxen geboten werden.<sup>87</sup>

Anfang der 2000er Jahre kamen der ACT/AKT – austrian association of art and creativity therapy/Akademie für Kunsttherapie und der FMGT – Fachverband für Mal- und GestaltungstherapeutInnen hinzu.<sup>88</sup> Außerdem erfolgte 2002 mit der Gründung des ÖVAOK – Österreichische Vereinigung Anthroposophisch orientierter Kunsttherapien eine Plattform zur Vernetzung, Information und Vertretung nach dem anthroposophische Ansatz.<sup>89</sup> An die ÖVAOK angeknüpft, entwickelten Helga Bläuel und Beate-Maria Platz-Fanninger die Ausbildungsstätte aktha – Anthroposophische Kunsttherapie-Ausbildung in Wien.<sup>90</sup>

Durch das Mitwirken mehrerer Fachverbände wurde schließlich 2004 der Österreichische Dachverband<sup>91</sup> gegründet, um eine Zusammenführung aller bildnerischen, darstellenden und transmedialen Kunsttherapien zu bezwecken und gemeinschaftlich für eine Professionalisierung der Kunsttherapien einzutreten. 2016 wurde der Dachverband neugegründet, der sich seitdem weiterhin in der Sammlungsphase befindet und sich um die Konkretisierung der rechtlichen Berufsausübung der/des KunsttherapeutIn bemüht.<sup>92</sup>

Neben der ACT/AKT<sup>93</sup> zur Aus- und Weiterbildung in der ganzheitlichen Kunsttherapie, der aktha mit dem anthroposophischen Zugang und dem IKT für fachspezifische Fortbildungen, kommt der Großteil der KunsttherapeutInnen in Österreich aus folgenden österreichischen Ausbildungsstätten.<sup>94</sup>

---

<sup>85</sup> Vgl. <https://berufsverbandkunsttherapie.com>, 12.02.2022 um 17:50.

<sup>86</sup> Vgl. [https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118\\_JKU\\_ABOAT-Vortrag\\_FRITZ-IPSMILLER.pdf](https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118_JKU_ABOAT-Vortrag_FRITZ-IPSMILLER.pdf), 12.02.2022 um 15:22.

<sup>87</sup> Vgl. <https://www.ikt.or.at>, 12.02.2022 um 13:55.

<sup>88</sup> Vgl. [https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118\\_JKU\\_ABOAT-Vortrag\\_FRITZ-IPSMILLER.pdf](https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118_JKU_ABOAT-Vortrag_FRITZ-IPSMILLER.pdf), 12.02.2022 um 15:22.

<sup>89</sup> Vgl. <https://anthroposophische-kunsttherapien.at>, 12.02.2022 um 15:03.

<sup>90</sup> Vgl. <https://www.aktha.at>, 12.02.2022 um 16:13.

<sup>91</sup> Vgl. <https://www.arttherapy.at>, 12.02.2022, 15:20.

<sup>92</sup> Vgl. [https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118\\_JKU\\_ABOAT-Vortrag\\_FRITZ-IPSMILLER.pdf](https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118_JKU_ABOAT-Vortrag_FRITZ-IPSMILLER.pdf), 12.02.2022 um 15:22.

<sup>93</sup> Vgl. <https://www.a-kt.at>, 12.02.2022 um 17:00.

<sup>94</sup> Vgl. [https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118\\_JKU\\_ABOAT-Vortrag\\_FRITZ-IPSMILLER.pdf](https://www.arttherapy.at/wp-content/uploads/2019/12/20071118_JKU_ABOAT-Vortrag_FRITZ-IPSMILLER.pdf), 12.02.2022 um 15:22.

Die Wiener Schule für Kunsttherapie - WSK wurde 1992 von Ernst J. Wittkowski gegründet und vertritt phronetisch-kunsttherapeutische Ansätze und Methoden, basierend auf der von Irmgard Maria Starke entwickelten Theorie der Phronetik, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Epigenetik, tiefenpsychologischen und psychodynamischen Grundlagen und systemischen Theorien. Einen Schwerpunkt dieser Ausbildung bildet das Material Tonerde, das auch neutral durch die Farbigkeit einen hohen Aufforderungscharakter besitzt. Durch Bewegungen im Ergreifen, findet gleichzeitig ein Begreifen der Leiblichkeit des Selbst statt. Eine weitere Methode der intensiven Leibwahrnehmung bildet die Aufstellungsarbeit nach Ernst J. Wittkowski.<sup>95</sup> Außerdem wird mit der Cuore-Arbeit, als praktische Umsetzung der Inhalte der Phronetik, eine begleitende Beratungsinstanz durch Irmgard Maria Starke angeboten.<sup>96</sup>

Beide Angebote kooperieren mit der Akademie für Phronetik, die einen Ort des Austausches, der Forschung und der Weiterbildung schafft.<sup>97</sup>

Kunsttherapie nach dem Multimodalen Ansatz – Expressive Arts wird in Österreich seit 2005 an der Ausbildungsstelle M.A.C – College für Kunsttherapie und Lebensberatung angeboten. Das Ausbildungskonzept basiert auf den Grundlagen der Expressive Art Therapy nach Margo und Paolo J. Knill.<sup>98</sup>

Außerdem hat das Institut für Multimediale Kunsttherapie von 1993 bis 2019 im Rahmen des ÖAGG – Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten nach dem multimedialen Ansatz angeboten. Nach der Beendigung der Zusammenarbeit mit dem ÖAGG befindet sich das Institut seit 2020 in einer Phase der Neustrukturierung.<sup>99</sup>

Die Integrative Therapie wird in Österreich von der ÖGIT – Österreichische Gesellschaft für Integrative Therapie organisiert und gilt als anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren.<sup>100</sup>

Die älteste und einzige Ausbildungsstätte in Österreich für Mal- und Gestaltungstherapie ist das MGT – Institut für Mal-, Gestaltungs- und klinische

---

<sup>95</sup> Vgl. <https://www.kunsttherapie-schule.at>, 12.02.2022 um 10:04.

<sup>96</sup> Vgl. <https://www.cuore-arbeit-und-phronetik.com>, 12.02.2022 um 14:12.

<sup>97</sup> Vgl. <https://www.phronetik-akademie.com>, 12.02.2022 um 14:34.

<sup>98</sup> Vgl. Alexander Eggenhofer, „Die Entstehung, Gründung, Etablierung des Colleges“, *Edith Kramer – Pionierin der Kunsttherapie*, Hg. Kunst-, Mal- und Gestaltungstherapie in Österreich, Wien/New York/Grundlsee : Edith Kramer Gesellschaft - styria premium 2016, S. 262.

<sup>99</sup> Vgl. <http://www.multimediale-kunsttherapie.at>, 14.02.2022 um 11:20.

<sup>100</sup> Vgl. <https://www.oegit.at/oegit/>, 15.02.2022 um 18:14.

Kunsttherapie, das bereits seit 1990 besteht und von Erwin Bakowsky gegründet wurde. Das MGT greift dabei auf verschiedene tiefenpsychologische und systemische Ansätze zurück, versteht aber Mal- und Gestaltungstherapie als integratives Verfahren, in dessen Zentrum die Einzigartigkeit der Bild- und Gestaltungsarbeit steht. Selbsterfahrungsprozesse werden besonders durch die Material- und Methodenvielfalt gefördert.<sup>101</sup>

Das IKL - Institut für Kunsttherapie und Lebensberatung in Tirol bietet Aus- und Weiterbildungen nach dem tiefenpsychologischen Ansatz nach Carl Gustav Jung und der systemischen Psychologie an.<sup>102</sup>

Ebenfalls nach tiefenpsychologischen und psychotherapeutischen Ansätzen orientiert sich das Masterlehreangebot an der SFU - Sigmund Freud Privatuniversität in Wien.<sup>103</sup>

Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten nach kunstpädagogischen Ansätzen finden sich am IfKP + KT – Institut für Kunstpraxis und Kunsttherapie<sup>104</sup> und an der Privaten Pädagogischen Hochschule der Diözese Linz<sup>105</sup>.

### 3. Kunsttherapeutische Methoden

Abermals anzumerken ist, dass die oben beschriebenen Ansätze in der Praxis nicht komplett getrennt voneinander wahrgenommen werden. Sie geben viel mehr über die therapeutische Richtung und dessen Ursprung Aufschluss und versuchen sich dem Verständnis über die menschliche Psyche verschieden anzunähern. Einige Methoden der verschiedenen Ansätze finden sich stets überschneidend und unterliegen der Tendenz, mehr Gewicht auf die therapeutische Wirkung der Gestaltung selbst zu legen.<sup>106</sup>

Die folgend beschriebenen Methoden werden nach Bildenden Künsten und Darstellenden Künsten getrennt vorgestellt. Sie fokussieren sich auf ihre Anwendung

---

<sup>101</sup> Vgl. <https://www.mgt.or.at>, 14.02.2022 um 11:47.

<sup>102</sup> Vgl. <https://www.kunsttherapie-tirol.at>, 14.02.2022 um 16:15.

<sup>103</sup> Vgl. <https://ptw.sfu.ac.at/de/studium/universitaetslehrgaenge-mit-akademischem-abschluss/kunsttherapie/>, 14.02.2022 um 14:23.

<sup>104</sup> Vgl. <http://www.richter-reichenbach.de>, 14.02.2022 um 12:55.

<sup>105</sup> Vgl. <https://www.phdl.at>, 14.02.2022 um 13:00.

<sup>106</sup> Vgl. Peter Baukus/Jürgen Thies, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Stuttgart : Gustav Fischer 1993, S. VII.

im Feld der Traumaheilung. Während die Bildende Kunsttherapie in der introvertierten Richtung fußt und oft mit Kunsttherapie im Allgemeinen gleichgesetzt wird, schafft die Darstellende Kunsttherapie Raum für Extrovertiertes. Interdisziplinär werden so Methoden für vielfältige Persönlichkeitstypen geboten.

### **3.1. Bildende Künste**

#### **3.1.1. Ausdrucksmalerei**

Die Ausdrucksmalerei ist eine kunsttherapeutische Methode die in den 1950er Jahren von Arno Stern in der Arbeit mit Kindern entwickelt wurde. Wichtig war der sogenannte Closlieu, ein geschützter Raum, indem Innerstes abgesondert von der Öffentlichkeit erlebt werden kann.<sup>107</sup>

Bei der Methode des Ausdrucksmalens steht ein Gestaltungsansatz ohne künstlerisch-ästhetische Absicht im Vordergrund. Beim Ausdrucksmalen geht es ausschließlich um das spielerische Visualisieren von Impulsen, frei von vorhersehbaren Ergebnissen und themenbezogenen Aufgaben. Um alle Sinne in den Malprozess zu integrieren wird beim Ausdrucksmalen aufrecht stehend mit den Händen oder einem Pinsel auf großformatigen Flächen gemalt. Ähnlich wie bei der später beschriebenen Methode des Messpaintings, steht der Schaffungsprozess und die kreative Selbstentfaltung im Fokus.<sup>108</sup>

#### **3.1.2. Begleitendes/Personenorientiertes Malen - POM**

Angelehnt an die Technik der Ausdrucksmalerei von Arno Stern entwickelte Bettina Egger ab 1965 die Methode des Begleitenden Malens.<sup>109</sup> Unter Zusammenarbeit mit Urs Hartmann wurde die Struktur des Begleitenden Malens weiterentwickelt und schließlich mit der Umbenennung in Personenorientierte Maltherapie (POM) in die Praxis umgesetzt.<sup>110</sup>

Ausgehend davon, dass während des Malens bekannte Lebensmuster ablaufen, konzentriert sich die Methode auf die direkte Arbeit am Bild.<sup>111</sup> Das Bild wird neben

---

<sup>107</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermedialer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 67.

<sup>108</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 19.

<sup>109</sup> Vgl. Ebenda, S 19.

<sup>110</sup> Vgl. Bettina Egger/Urs Hartmann, *Personenorientierte Maltherapie: Wie der Malprozess Gedanken und Gefühle klären kann*, Bern : Hogrefe 2017, S. 176.

<sup>111</sup> Vgl. Bettina Egger, „Begleitendes Malen nach Bettina Egger“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993, S 119.

der/dem Malenden und der/dem TherapeutIn als eigenständiger Dialogpartner verstanden.<sup>112</sup>

Die Selbstheilungsprozesse der/des Malenden sollen durch die direkte Wirkung des Malens angeregt werden und zusammen mit der/dem TherapeutIn durch direkte Intervention und gezielte Fragen und Aufgabenstellungen begleitet werden.<sup>113</sup>

Die Intervention durch die/den TherapeutIn geschieht dabei auf drei Ebenen – der Beziehungsebene, der Bildebene und der Prozessebene. Nach dem humanistischen Ansatz findet die therapeutische Arbeit vorwiegend in der Veränderung des Beziehungsverhaltens statt. Die/Der Malende soll sich verstanden und ermutigt fühlen, um sich leichter auf Veränderungen einzulassen. Die Bildebene beschreibt den Dialog zwischen dem Bild und der Auseinandersetzung mit den eigenen Werten auf realistische Weise und nimmt bereits Teil an der Prozessebene. Die Prozessebene geht dann davon aus, dass das Bild auf die gleiche Weise gemalt wird, wie das Leben erlebt wird. Sichtbar wird dieser Prozess in den Handlungen der/des Malenden und in den entsprechenden Wandlungsphasen, die innere Prozesse abbilden.<sup>114</sup>

Im Malen des Bildes spiegeln sich Verhaltensweisen, die durch Erinnerungen angelernt wurden. Jedes Mal wenn eine Erinnerung aufgerufen wird, wird sie instabil und kann durch neue Erfahrungen verändert werden. Das Personenorientierte Malen soll unangenehme Bilder, die durch unangenehme Gefühle entstanden sind, durch den Malprozess langsam abbauen und dem Gehirn ermöglichen, Erinnerungen als gefahrlos einzustufen.<sup>115</sup>

### **3.1.3. Lösungsorientiertes Malen - LOM**

Die Methode des Lösungsorientierten Malens nach Bettina Egger und Jörg Merz entspringt aus dem humanistischen Ansatz der Kunsttherapie. Bettina Egger gründete zudem 1978, zusammen mit Psychologen Robert Wirz, das Institut für Humanistische Kunsttherapie, an dem sowohl das Begleitende/ Personenorientierte Malen, als auch das Lösungsorientierte Malen praktiziert wird.<sup>116</sup>

---

<sup>112</sup> Vgl. Bettina Egger/Urs Hartmann, *Personenorientierte Maltherapie: Wie der Malprozess Gedanken und Gefühle klären kann*, Bern : Hogrefe 2017, S. 9.

<sup>113</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 19.

<sup>114</sup> Vgl. Bettina Egger/Urs Hartmann, *Personenorientierte Maltherapie: Wie der Malprozess Gedanken und Gefühle klären kann*, Bern : Hogrefe 2017, S. 53-54, 56-57, 64, 73, 81.

<sup>115</sup> Vgl. Ebenda, S. 10, 17-18.

<sup>116</sup> Vgl. Bettina Egger, *Ereignis Kunsttherapie*, Bern : Zytglogge 2003, S. 4.

Bei der Lösungsorientierten Maltherapie (LOM) werden unter Anleitung der/des TherapeutIn klare, einfache Bilder gemalt, um erinnerte verstörende Bilder und damit verbundene belastende Emotionen zu überlappen und aufzulösen.<sup>117</sup>

Eine Erinnerung wird aufgebaut, wenn eine Informationen aufgenommen und gespeichert wird. Wenn diese Information später wieder aufgenommen wird, wird sie im Gehirn neu geformt und gespeichert. Somit wird der Prozess des Malens zur dominanten Erinnerung und überlagert die alte bedrohliche Erinnerung als neue gefahrlose Situation.<sup>118</sup>

Dabei ist es notwendig, das Angstzentrum auf die gleiche Weise zu erreichen, wie dies die eigentliche negative oder traumatische Erinnerung tut. Der amerikanische Neurowissenschaftler Joseph LeDoux beschreibt zwei Wege, wie externe Informationen und Reize verarbeitet und erinnert werden. Der erste Weg zur Erinnerung übermittelt Informationen schnell und ungenau an die Amygdala und löst unbewusst eine sofortige körperliche Reaktion aus. Der zweite Weg führt langsam und präzise über den Cortex und ermöglicht eine bewusste Analyse der Situation. Gemalte Bilder finden auf denselben beiden Wegen ins Gehirn. Je einfacher und deutlicher ein Bild ist, desto mehr kann die Amygdala damit anfangen. Ist die Komplexität im Bild zu hoch, sprich sind zu viele Details im Bild vorhanden, kann eine Trigger-Wirkung und eine damit verbundene erneute Angstreaktion eintreten.<sup>119</sup>

Da durch Vorbelastungen die Funktion des zweiten Weges über den frontalen Cortex nach einer traumatischen Erfahrung oftmals gestört ist, sind bestimmende Bilder dem Bewusstsein oft nur bruchstückig oder gar nicht zugänglich.<sup>120</sup> Somit ist ein wichtiger Bestandteil der LOM-Methode die Arbeit mit Metaphern.<sup>121</sup> Metaphern sind eigenständige Bilder, die in Resonanz zum Geschehenen stehen<sup>122</sup> und eine Verbindung zwischen dem Symptom und dem Bild aufbauen.<sup>123</sup>

Als Erfolgskriterium der Lösungsorientierten Maltherapie gilt die Veränderung in der subjektiv empfundenen Belastung.<sup>124</sup>

---

<sup>117</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 12-13.

<sup>118</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, „Lösungsorientiertes Malen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 392-394.

<sup>119</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 14-16.

<sup>120</sup> Vgl. Ebenda, S. 23.

<sup>121</sup> Vgl. Ebenda, S. 32-33.

<sup>122</sup> Vgl. Ebenda, S. 38.

<sup>123</sup> Vgl. Ebenda, S. 32-33.

<sup>124</sup> Vgl. Ebenda, S. 26.

Eine empirische Untersuchung von 494 PatientInnen zeigt, dass die psychische Entlastung nach Ende der Behandlung mit der Methode des Lösungsorientierten Malens statistisch hoch signifikant ist.<sup>125</sup>

#### **3.1.4. Dialogisches Malen**

Das Dialogische Malen geht auf heil- und kunstpädagogische Ansätze zurück<sup>126</sup> und basiert auf einem gemeinsamen kreativen Prozess, der durch die Gestaltung eines Bildes durch mehrere Individuen entsteht und auf der Werkebene einen nonverbalen Dialog mit sich zieht. Die Entwicklung, Gestaltung und das Aufzeigen sozialer Interaktion steht neben dem künstlerischen Prozess im Vordergrund. Des Weiteren führt das Dialogische Malen zu einer Auseinandersetzung mit der Wahrnehmung, Erhaltung und Stärkung der eigenen Grenzen. Das gemeinsame Gestalten fördert vor allem die Empathiefähigkeit, Toleranz, Flexibilität und eine funktionale Kommunikation auf der zwischenmenschlichen Ebene. Essentiell ist dabei der harmonische Dialog, der durch das miteinander abwechselnde Ergänzen des zuvor Gestalteten entsteht.<sup>127</sup>

#### **3.1.5. Integrative Maltherapie**

Die integrative Maltherapie umfasst ein Therapiekonzept für stationäre psychiatrische PatientInnen und integriert medikamentöse und psychotherapeutische Strategien. Dabei sollen nach ganzheitlicher Sicht seelische, körperliche und soziale Bedürfnisse der/des PatientIn berücksichtigt werden.<sup>128</sup>

Im Zentrum steht die Malgruppe, durch deren Prozess der Weg vom Bewussten zum Unbewussten und umgekehrt gelegt wird. Durch die Malgruppe werden psychodynamische Geschehen über methodische Schritte in innere Bilder gefasst und durch die direkte gestalterische Umsetzung sichtbar gemacht. Gefühle können oft auf Bildebene besser und komplexer dargestellt werden. In Bildmetherapien und der Gestaltung von Traummaterial eröffnet sich häufig ein rascher Zugang zu unbewussten Seeleninhalten. Angstbesetzte Inhalte können dabei konkretisiert

---

<sup>125</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, „Lösungsorientiertes Malen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 392-394.

<sup>126</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 68.

<sup>127</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 20.

<sup>128</sup> Vgl. Maria Steinbauer, „Integrative Maltherapie – eine Brücke für Patienten mit psychischen Störungen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 373.

werden und ihr Umgang auf der Bildebene ausprobiert werden. Diese Konkretisierung und die damit verbundenen Bewältigungsstrategien fördern die Auseinandersetzung mit den Symptomen und schaffen neue Problemlösungsstrategien.<sup>129</sup>

Häufig bildet ein zentrales Thema, die Darstellung traumatischer Kindheitserinnerungen, sowie konfliktbeladener Lebensereignisse und -situationen. Durch die in der Gruppe zugelassenen Regression können PatientInnen ihre Ängste, Gefühle und Probleme entfalten und sich von jenen, durch die Vergegenständlichung im Sich-Äußern im Bild, distanzieren.<sup>130</sup>

### **3.1.6. Mandala / Kreisbilder**

Der Begriff Mandala kommt aus dem Sanskrit und bedeutet Kreis. Der Kreis wird als Symbol der Einheit, der Vollkommenheit und der Ganzheit verstanden. Die undurchbrochene lineare Führung macht den Kreis zu einem Bild der Unendlichkeit und durch seine geschlossene Form auch zu einem Symbol des Schutzes. Mandalas sind abstrakte, meist symmetrisch, um ein Zentrum angeordnete Meditationsbilder, die im Hinduismus und im tibetischen Buddhismus den Kreislauf des Lebens verkörpern. Dabei hat jedes Mandala seine eigene Ordnung und jede Form und Farbe ihre eigene Bedeutung. Diese sichtbare Ordnung wirkt auf die Ordnung des Inneren. Die Wirkung wird bereits bei der Betrachtung und während des Ausmalens eines Mandalas, jedoch noch stärker bei der eigenen Schaffung ersichtlich. Die Bewegungen, die den Kreis bilden, sind körperlich spürbar und tragen Inneres nach außen. Dabei haben entstandene Symbole für die/den GestalterIn individuelle aber auch manchmal allgemeingültige Bedeutungen, die durch eine entsprechende Farbgebung unterstützt werden. Die Wiederholungen der Bewegungen geben ein Gefühl der Sicherheit.<sup>131</sup>

Oft entstehen durch das spontane, freie Malen traumatischer Erlebnisse intrusive Zustände, die die/der PatientIn zu diesem Zeitpunkt noch nicht verarbeiten oder sich davon distanzieren kann. Demnach kommen sogenannte Kreisbilder, die strukturierend und beruhigend wirken, in der Arbeit mit Traumatisierungen zur Anwendung. Innerhalb einer kreisförmigen Umgrenzung wird vom Zentrum ausgehend

---

<sup>129</sup> Vgl. Maria Steinbauer, „Integrative Maltherapie – eine Brücke für Patienten mit psychischen Störungen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 375, 377, 379.

<sup>130</sup> Vgl. Ebenda, S. 385-386.

<sup>131</sup> Vgl. Christine Leutkart/Elke Wieland/Irmgard Wirtensohn-Baader, *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis – Band 2: Neue Impulse, Projekte, künstlerische Ansätze*, Dortmund : Verlag Modernes Lernen 2014, S. 267-270.

oder auf dieses zubewegend mit Formen oder Figuren frei oder thematisch gestaltet. Insbesondere Mandala-Vordrucke mit einer klaren Umgrenzung können bei Überflutungs- und Selbstaflösungsängsten stabilisieren. Die/Der PatientIn wählt einen Vordruck inklusive Farben aus, der den Gegenpol zum momentanen Befinden charakterisiert. Das Modell von P. Levine definiert diese positiven Gegenbilder und vergleicht den Körper mit einem Fluss, in dem die Lebensenergie strömt. Traumata bilden demnach eine Bruchstelle und einen Sog außerhalb des normalen Lebensflusses. Die Natur bildet umgehend einen Gegenpol im Sinne einer ausgleichenden Kraft, der innerhalb der Traumabewältigung dem Bewusstsein zugänglich gemacht wird. Dieses Gleichnis ermöglicht PatientInnen den Sinn und das Ziel der Stabilisierungsphase auf einer tieferen Ebene zu erfassen und dadurch die Motivation für einen weiteren ressourcenorientierten kunsttherapeutischen Prozess zu finden.<sup>132</sup>

### 3.1.7. Messpainting

Die ganzheitliche Methode des Messpaintings, die auch unter der Creativity Mobilisation Technique (CMT) bekannt ist, wurde in den 1970er Jahren von Wolfgang Luthe etabliert.<sup>133</sup>

Es handelt sich um ein nonverbales schnelles Durcheinandermalen, das die Kreativität anregen soll. Durch den ungehemmten spontanen Bewegungsablauf soll der Verstand und die damit verbundene Selbstkontrolle im bildnerischen Prozess ausgeschaltet werden.<sup>134</sup> Durch das Ablegen von Normen, Zwängen und Bildvorstellungen, verbunden mit dem großmotorisch schnellen Malprozess wird ein unreflektiertes Malen ermöglicht. Dieser Prozess der Lockerung, Lösung von Blockaden, des Aufgebens von zu viel Kontrolle, sich dem unbewussten Gestalten zu überlassen gelten als zentrale Werte des Messpaintings. Im Vordergrund steht der Prozess, indem entscheidende Erfahrungen gewonnen werden, und nicht das ästhetische Resultat.<sup>135</sup> Das Besondere an der Methode ist der ressourcenorientierte Gedanke bei der Verwendung des Materials. Denn für den Gestaltungsprozess wird ausschließlich möglichst billiges Material, wie als Malgrund Zeitungspapier, verwendet. Mit

---

<sup>132</sup> Vgl. Susanne Lücke, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015, S. 135-137.

<sup>133</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 19.

<sup>134</sup> Vgl. Ebenda, S. 19.

<sup>135</sup> Vgl. Gertraud Schottenloher, „Mess-Painting: Spontanes Malen als therapeutischer Prozess“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993, S 37-38.

Fingerfarben oder Pinseln wird etwa alle zwei Minuten ein neues Bild angefertigt, bis etwa fünfzehn Bilder entstanden sind.<sup>136</sup> Die kurze Dauer eines Bildes unterstützt den spontanen Ausdruck, da kaum Zeit ist, um zu rationalisieren, zu vergleichen, zu überlegen oder zu analysieren. Außerdem sollte im Stehen oder an einer Staffelei gearbeitet werden, um eine optimale Bewegungsfreiheit zu ermöglichen.<sup>137</sup>

Ziel der Methode ist es, den ungefilterten und freien Schaffungsprozess in den Mittelpunkt zu stellen, um eine Stärkung der eigenen Intuition zu begünstigen<sup>138</sup> und Unbewusstes nach außen zu tragen.<sup>139</sup> Um den Fortschritt im Prozess zu verfolgen, wird neben dem Gespräch mit der/dem TherapeutIn dazu angehalten, ein Tagebuch zu führen, um den Verlauf jedes Malprozesses zu dokumentieren. Dies stellt eine regelmäßige Möglichkeit der Selbstreflexion und Selbstkonfrontation dar.<sup>140</sup>

### **3.1.8. Geführtes Zeichnen**

Die Methode des Geführten Zeichnens wurde von Maria Hippus entwickelt und trifft auf Grundmuster der von Carl Gustav Jung formulierten Stufen des Individuationsweges. Der Individuationsweg beschreibt die natürliche und im Menschen angelegte Tendenz zur Entwicklung und Verwirklichung, die durch Träume, Bilder und Phantasien dem Bewusstsein zugänglich werden.<sup>141</sup>

Die/Der Zeichnende widmet sich mit verschlossenen Augen auf großformatigem Malgrund dem Spiel beider Hände auf dem Papier, das durch spontane Impulse geführt wird. Jede Bewegung regt Gefühle und Imaginationen an, die sich als innere Bewegtheit äußern. Im Spiel zwischen Bewegen und Bewegt-Werden wird in beständiger Wiederholung empfunden und verwandelt, bis Eindruck und Ausdruck zunehmend übereinstimmen. Bedeutsam ist dabei auch die Lehre vom Gestaltkreis nach Viktor von Weizsäcker, nach der das Erleben und das Wahrnehmen korrelieren. Jede Wahrnehmung geschieht in Bewegtheit, die wiederum Wahrnehmung auslöst und sich sowohl als leibliche Bewegung oder assoziierte Phantasie eines in Bewegung gebrachten Bewusstseins äußert. Maria Hippus geht von zwei polaren archetypischen

---

<sup>136</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 19.

<sup>137</sup> Vgl. Gertraud Schottenloher, „Mess-Painting: Spontanes Malen als therapeutischer Prozess“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993, S 39-41.

<sup>138</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 19.

<sup>139</sup> Vgl. Gertraud Schottenloher, „Mess-Painting: Spontanes Malen als therapeutischer Prozess“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993, S 48.

<sup>140</sup> Vgl. Ebenda, S 41.

<sup>141</sup> Vgl. Ortrud Deuser, „Geführtes Zeichnen“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993, S. 124.

Bewegungsweisen aus, sogenannte Schöpfungsformeln, die sich entweder rund oder geradlinig äußern.<sup>142</sup>

Das direkte, gefühlsbetonte Erleben der/des PatientIn steht bei der Methode des Geführten Zeichnens im Vordergrund und zieht immer eine Reihe von Bildern, die den inneren Prozess darstellen, mit sich. Dadurch wird ein Bewusstsein für die innere Wahrnehmung geschaffen, die durch das Gestalten und das Gestaltet werden gefördert wird.<sup>143</sup>

### 3.1.9. Formenzeichnen

Das Formenzeichnen, basierend auf Rudolf Steiner, ist eine in der anthroposophischen Kunsttherapie verbreitete Technik, die als Medium die Linie als Ausdrucksform spezifischer Bewegungsabläufe in den Vordergrund stellt.<sup>144</sup>

Seinen Ursprung verzeichnet das Formenzeichnen bereits in den Anfängen der Menschheitsgeschichte mit steinzeitlichen Höhlenzeichnungen, ersten Schriftzeichen und der Steinmetzkunst und galt im Mittelalter unter dem Begriff „Ars lineandi“ als eine der ältesten Kunstformen. Die noch unbewusst erlebten Formgesetzmäßigkeiten der Natur konnten mittels künstlerischer Gestaltung, also durch das Bewegen einer Linie und ihre rhythmische Wiederholung bewusst gemacht werden. Lebende Bildkräfte der Natur, die rhythmisch ihre Gestalt hervorbringen, sollen durch das Formenzeichnen, die innere Betrachtungsweise und ihre Wandelbarkeit zum Ausdruck bringen. Die Formen, die sich beim Zeichnen mittels der Linie ergeben, entstehen also über die Bewegung. Die Linie und die daraus resultierende Form wird durch die Bewegung zu einem Formungsprozess, also einer lebenden Form.<sup>145</sup>

Die/Der Gestaltende wird aufgefordert fließende Formen mit eigenen Körperbewegungen in die Luft zu zeichnen. Wurden diese Linienabläufe verinnerlicht, werden sie aufrecht stehend auf einen Papiergrund übertragen. Dabei soll die Form,

---

<sup>142</sup> Vgl. Ortrud Deuser, „Geführtes Zeichnen“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993, S. 124-125.

<sup>143</sup> Vgl. Cornelia Elbrecht, „Das Geführte Zeichnen auf dem Hintergrund der Initiativen Therapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn : Junfermann 1991, S. 476, 478.

<sup>144</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 21.

<sup>145</sup> Vgl. Günter Wolfrum, „Das Formenzeichnen“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart : Gustav Fischer 1993, S. 18.

inklusive genauer Größenverhältnisse und Abstände der Linienverläufe, sowie der Rhythmus erfasst werden. Dieser Prozess muss stets bewusst erfolgen.<sup>146</sup>

Durch das Formenzeichnen lässt sich der eigene Rhythmus neu erleben, wodurch die Ich-Bildung zentrierend gestärkt wird. Vordergründig ist nicht die Krankheit der/des PatientIn selbst, sondern die Entwicklung, die durch die Krankheit versperrt wird. Über die kunsttherapeutische Auseinandersetzung mit den Gesetzmäßigkeiten der lebenden Formen, oder auch Lebensformen, soll die/der PatientIn zu einer bewussteren Selbst- und Weltwahrnehmung geführt werden. Außerdem soll der Prozess psychisch stabilisierend und harmonisierend wirken.<sup>147</sup>

### **3.1.10. Arbeit am Tonfeld**

Die Arbeit am Tonfeld basiert auf dem tiefenpsychologischen Ansatz von Carl Gustav Jung und wurde von Heinz Deuser 1972 als kunsttherapeutische Methode etabliert.<sup>148</sup>

Im Vordergrund steht das sogenannte Tonfeld, ein Holzkasten, der mit Ton gefüllt ist. Der Fokus liegt auf der haptischen Wahrnehmung und dem gestaltgebenden Arbeiten mit Ton. Die haptische Wahrnehmung wird durch die Formgebung mit geschlossenen Augen gefördert. Das Wirken der Hände wird dabei in ein Verhältnis mit der zu formenden Tonmasse gesetzt. Durch diesen eigeninitiierten haptischen Dialog soll die/der PatientIn sich ihrer/seiner Selbst bewusst werden. Jede Verformung der Tonmasse macht die biografisch erworbenen Handlungsstrategien und ein In-Beziehung-Treten mit der Umwelt sichtbar. Diese Art der Selbsterfahrung prägt den eigenen Ausdruck und wirkt auf die individuelle Entwicklung.<sup>149</sup>

### **3.1.11. Plastizieren**

Ebenfalls bezogen auf die haptische Wahrnehmung fußt das Plastizieren auf den Theorien Rudolf Steiners und ist demnach eine in der anthroposophischen Kunsttherapie angewandte Methodik, in der als Material hauptsächlich Ton, aber auch Holz, Gips, Knetmasse und Stein zum Einsatz kommt. Nach Rudolf Steiner ist das haptische Erleben Voraussetzung für die gesunde seelische Entwicklung eines

---

<sup>146</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 21.

<sup>147</sup> Vgl. Günter Wolfrum, „Das Formenzeichnen“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart : Gustav Fischer 1993, S. 19, 25.

<sup>148</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 20.

<sup>149</sup> Vgl. Ebenda, S. 20.

Menschen, um sich der eigenen Persönlichkeit bewusst zu werden und das Vertrauen in die eigene Existenz zu stärken. Durch das plastische Material, das durch Krafteinwirkung verformt und verändert werden kann, erlebt sich die/der Plastizierende besonders intensiv in ihrer/seiner eigenen Handlungsfähigkeit. Auch entsteht durch die Wärme des Materials aus dem formenden Prozess, ein basaler Sinneseindruck und aus diesem heraus ein Gefühl von Achtsamkeit für den Moment und das eigene Körperempfinden.<sup>150</sup>

### **3.1.12. Das therapeutische Triptychon**

Das Wort Triptychon stammt aus dem griechischen und bezieht sich auf die dreigeteilte Formgebung eines Bildes. Einzelne Teile können gedanklich und räumlich zusammengehören, jedoch auch zugleich für sich selbst stehen. Meistens steht das Hauptthema im Mittelpunkt und die Seitenteile werden ergänzend angesehen. Manchmal werden die einzelnen Teile des Triptychons auch von links nach rechts gelesen.<sup>151</sup>

Udo Baer nahm innerhalb des kunsttherapeutischen Settings erstmals Bezug auf die Form des Triptychons. Die Form des Triptychons ermöglicht Verbindungen zwischen dem Jetzt, dem Erfahrenen und dem Zukünftigen zugänglich zu machen. Anhand der Bilder selbst und des Austausches über die Bilder, wird Vorbewusstes bewusst, Vorgefühltes fühlbar und erlebbar und nicht fassbare Gedanken deutlich und artikulierbar. In der Regel wird der/dem PatientIn erst nach jedem abgeschlossenen Bild, der neue Titel zur Thematik offenbart, um die eigentliche Aufgabenstellung erstmals in den Hintergrund zu stellen und die einzelnen jeweiligen Aspekte besser ausarbeiten zu können. Diese können zum einen schnell skizziert werden oder auch ausführlich und intensiv über einen längeren Zeitraum gestaltet werden. Form und Material werden dabei individuell verwendet. Das therapeutische Triptychon teilt auf und betrachtet jeden Aspekt für sich, doch schafft zugleich einen aufeinander wirkenden Gesamtbezug. Es eröffnet den Raum für einen Perspektivenwechsel, der die innere und äußere Haltung der/des PatientIn differenzieren und verändern kann.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 20-21.

<sup>151</sup> Vgl. Udo Baer, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder.. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos 2016, S. 160.

<sup>152</sup> Vgl. Ebenda, S. 161-171.

In der Traumarbeit kann das therapeutische Triptychon chaotische Gefühlszustände in eine räumliche und zeitliche Struktur bringen. Die Struktur schlüsselt das Trauma in Davor, Währenddessen und Danach auf und dient als Fokus, um ein spontanes, unkontrolliertes Springen in andere traumatische Erinnerungen zu vermeiden. Nach Susanne Lücke soll in erster Linie ein Moment vor dem Trauma, in dem sich die/der PatientIn noch nicht bedroht gefühlt hat, gefunden werden. Dieser Moment oder auch der Beginn der belastenden Situation, wird in den linken Flügel eingefasst. Der rechte Flügel stellt den Augenblick, an dem sich das Trauma für die/den PatientIn geheilt anfühlt und/oder das Ende der szenischen Erinnerung dar. Um das Mittelfeld, den Höhepunkt, wird ein sicherer Rahmen gemalt, um das Schlüsselbild des Traumas zu begrenzen. Die Funktion des Öffnens und Schließens des Triptychons gilt zudem als bewusste, kontrollierte Entscheidung der/des PatientIn, sich dem zu bearbeitenden Inhalt zuzuwenden oder sich zu distanzieren.<sup>153</sup>

## **3.2. Darstellende Künste**

### **3.2.1. Musiktherapie**

Musik agiert als vertiefendes Medium für Wahrnehmung, Ausdruck, Kommunikation und Verhalten und schafft es den Menschen in seiner Ganzheit unabhängig von jeglichen Hintergründen zu erreichen. Musik auf therapeutischer Ebene gilt als ein psychodynamisches Behandlungsverfahren, das auf Grundlagen aus Musikpsychologie, Entwicklungspsychologie, Bindungsforschung und den Neurowissenschaften aufbaut. Die Psychodynamik der/des PatientIn und die therapeutische Beziehung mit ihren verschiedenen Dynamiken stehen im Zentrum der Musiktherapie. Neben den wechselseitigen Resonanzprozessen kommt auch der Wirkfaktor des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens hinzu.<sup>154</sup>

Innerhalb der Musiktherapie wird entweder aktiv oder rezeptiv vorgegangen. Beim aktiven Vorgehen wird die/der PatientIn musikalisch selbst tätig. Die/Der TherapeutIn hört zu oder gibt Resonanz. Beim rezeptiven Vorgehen wird der Ton auf der Seite

---

<sup>153</sup> Vgl. Susanne Lücke, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015, S. 159-160.

<sup>154</sup> Vgl. Sandra Lutz Hochreutener, „Ton um Ton ... Einblicke in die Musiktherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 137-138.

der/des TherapeutIn produziert. Die/Der PatientIn hört zu und nimmt wahr, was dadurch ausgelöst wird.<sup>155</sup>

Die Musiktherapie unterliegt keinen ästhetischen Bewertungskategorien, sie entwickelt sich vielmehr Ton um Ton aus dem Hier und Jetzt. Jegliche akustische Äußerungen, ob stimmlich oder instrumental, laut oder leise, konsonant oder dissonant, strukturiert oder chaotisch werden miteinbezogen. Stützend auf den Komponenten Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form übernimmt die Musik wie zu Anfang bereits erwähnt Funktionen, die die Bereiche Wahrnehmung, Ausdruck, Kommunikation und Verhalten ansprechen. Die Musik wirkt als Stimulus auf die Wahrnehmung. Sie kann verschieden wirken und hilft Erfahrungen zu integrieren. Durch die Berührung verschiedener Materialien der Instrumente kann die Selbstwahrnehmung angeregt werden und durch die Spielbewegungen mit der eigenen Kraft experimentiert werden. Auch im Entdecken der eigenen Stimme als Klang werden Innen- und Außenraum erfahrbar. Der Klang kann Erinnerungen wecken und die/den PatientIn mit verschütteten Gefühlen in Kontakt bringen, sodass er neue und verlorene Aspekte ihrer/seiner selbst wahrnehmen kann. Im Spiel mit den Instrumenten und der Stimme können innere Bilder, Gefühle oder Erfahrungen jenseits von Worten ausgedrückt, verarbeitet und verwandelt werden. Des Weiteren wird die/der PatientIn durch den musikalischen Ausdruck und der Interaktion mit den eigenen Verhaltensweisen konfrontiert.<sup>156</sup>

### **3.2.2. Tanz- und Bewegungstherapie**

Die Bedeutung des Körpers und der Bewegung in Anklang mit der Psyche geht bereits früh aus Theorien der Säuglingsforschung hervor. Befunde zeigen, dass von Geburt an ein averbaler körperlich-affektiver Dialog zwischen Mutter und Kind besteht und dadurch die ersten generalisierten Erinnerungen des Kindes gebildet werden.<sup>157</sup>

Im psychiatrischen Kontext wurde Tanz und Bewegung bereits Anfang des 19. Jahrhunderts eingesetzt und im 20. Jahrhundert unter den heute bekannten bewegungs- und tanztherapeutischen Verfahren weiterentwickelt.<sup>158</sup>

---

<sup>155</sup> Vgl. Sandra Lutz Hochreutener, „Ton um Ton ... Einblicke in die Musiktherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 141.

<sup>156</sup> Vgl. Ebenda, S. 138-140.

<sup>157</sup> Vgl. Elke Willke, „Ansätze der Tanz- und Bewegungstherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 170-171.

<sup>158</sup> Vgl. Ebenda., S. 170-171.

Das Erspüren des Körpers sollte zu einer inneren Erfahrung verhelfen, aus der sich das Selbst regeneriert. Diese Theorie wurde von Charlotte Selver in den USA unter dem Begriff „sensory awareness“ geprägt und schließlich von Helmut Stolze mit Bezug auf den tiefenpsychologischen Ansatz als Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) weiterverfolgt.<sup>159</sup>

Sie nutzt Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln. Durch die konzentrierte Hinwendung auf das eigene Erleben werden Erinnerungen belebt, die sich körperlich in Haltung, Bewegung und Verhalten ausdrücken. Das körperliche Begreifen und Verstehen können dann individuelle biografische Ereignisse im Sinne einer Veränderung oder Persönlichkeitserweiterung integrieren. Die KBT bezieht sich dabei auf die körperliche Selbstwahrnehmung, die durch Bewegung zu einem neuen Selbstverständnis der/des PatientIn führen kann. Symbolisierendes Handeln, also einem intuitiven Impuls folgend, kann eine Intention, einen Konflikt oder ein Bedürfnis ausdrücken und Ziele, Wünsche und Sehnsüchte veranschaulichen.<sup>160</sup>

Die Integrative Bewegungstherapie (IBT) nach Hilarion G. Petzold beruft sich stark auf die Gestalttherapie Friedrich Perls, die sehr expressionistisch arbeitet und Elemente des Ausdruckstanzes Mary Wigmans einbezieht.<sup>161</sup> Aus dieser Expressivität und dem Zeitgeist des Ausdruckstanzes heraus, entwickelten sich in den 1980er Jahren verschiedene Richtungen der Tanztherapie.<sup>162</sup>

Die Integrative Tanztherapie entstand aus einem Zusammenspiel verschiedener tanztherapeutischer Konzepte. Der Leib wird als belebter und mit Bewusstsein ausgestatteter Körper verstanden und sieht den Menschen als „Seele-Geist-Wesen“ in einem sozialen und ökologischen Umfeld. Die Integrative Therapie arbeitet mit der prozessualen Diagnostik, bei der Körper- und Bewegungseindrücke gesammelt werden. Diese Beobachtungskriterien können zum Beispiel durch die Laban-Bewegungsanalyse strukturiert werden, die sowohl dynamische Eigenschaften der Bewegung und den Eindruck der Lebendigkeit erfassen.<sup>163</sup> Durch die Methodik dieser Therapie können außerdem reale neue Erfahrungen auf der Beziehungsebene und der emotionalen Ebene entstehen und Leibgedächtnis gespeicherte Erfahrungen

---

<sup>159</sup> Vgl. Elke Willke, „Ansätze der Tanz- und Bewegungstherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 171.

<sup>160</sup> Vgl. Clara Scheepers-Assmus, „Ergotherapie im ambulanten Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 365-366, 372.

<sup>161</sup> Vgl. Elke Willke, „Ansätze der Tanz- und Bewegungstherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 171-172.

<sup>162</sup> Vgl. Ebenda, S. 172.

<sup>163</sup> Vgl. Ebenda, S. 173.

aufgerufen, wahrgenommen, verstanden und durch neue Lernerfahrungen ersetzt werden.<sup>164</sup>

### 3.2.3. Poesie- und Bibliothherapie

Poesie- und Bibliothherapie befassen sich im therapeutischen Kontext grundsätzlich mit dem Einsatz des geschriebenen Wortes. Obwohl anzumerken ist, dass viele TherapeutInnen dieses Feldes sowohl rezeptiv, als auch produktiv arbeiten, gehen beide Therapieformen aus zwei verschiedenen Ansätzen hervor.<sup>165</sup>

Beim rezeptiven Vorgehen, wie ihn die Bibliothherapie angewendet, arbeiten PatientInnen bereits mit vorhandenen Texten. Sie lesen Auszüge aus Geschichten oder Gedichte, um Emotionen zu evozieren und die Problemlage zu sehen. Die Poesietherapie verfolgt den produktiven Ansatz, der auf das Verfassen eigener Texte setzt. Der Text wird als Narrativ der/des PatientIn verstanden und als Gegenstand weiterer therapeutischer Verfahren gesehen.<sup>166</sup>

Bibliothherapie zieht eine Verwebung eigener und fremder Geschichten mit sich und kann somit auch als Grundlage für die Arbeit in der Poesietherapie gesehen werden. Silke Heimes definiert Poesietherapie daher als ein therapeutisches und (selbst)-analytisches Verfahren, das durch Schreiben und Lesen den subjektiven Zustand eines Individuums verbessern soll und das biografische, expressive, intuitive, kreativ-therapeutische, imaginative, analoge, assoziative und automatische Schreiben, sowie die aktive Textrezeption und Textverarbeitung umfasst.<sup>167</sup>

In den USA beginnt ab den 1960er Jahren der gezielte therapeutische Einsatz von Lesen und Schreiben und wurde von Eli Greifer aus der Erkenntnis über die heilsame Wirkung von Gedichten unter dem Begriff „Poetry Therapy“ zusammengefasst. Zur selben Zeit leisteten Ilse Orth und Hilarion G. Petzold Pionierarbeit im deutschsprachigen Raum, aus der ab 1972 der integrative Zugang geschaffen wurde und in späterer Folge, 1984 die Deutsche Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie gegründet wurde.<sup>168</sup>

---

<sup>164</sup> Vgl. Elke Willke, „Ansätze der Tanz- und Bewegungstherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 173-174.

<sup>165</sup> Vgl. Carmen Unterholzer, „Ansätze der Poesie- und Bibliothherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 201.

<sup>166</sup> Vgl. Ebenda, S. 201-202.

<sup>167</sup> Vgl. Silke Heimes, „Poesie- und Bibliothherapie im klinischen Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 212.

<sup>168</sup> Vgl. Carmen Unterholzer, „Ansätze der Poesie- und Bibliothherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 203-204.

Verschiedene therapeutische Richtungen nutzen den Einsatz von Literatur und das Verfassen eigener Texte in ihrer Praxis. Der integrative Ansatz befasst sich am intensivsten mit der Auseinandersetzung von Texten, die als Narrationen in Bezug zur Lebensgeschichte der/des PatientIn stehen. Poesie- und BibliotherapeutInnen verweisen dabei auf unterschiedliche Interpretationsweisen, um das eigene Lebensskript konstruktiv mit-, um- und neuzugestalten. Durch die Schriftlichkeit wird der Reflexionsprozess zu einem greifbaren Gegenstand.<sup>169</sup>

In Verbindung mit der Traumabewältigung lieferte James W. Pennebaker in den 1980er Jahren einen wesentlichen Beitrag zur Wirkungsforschung von Poesie- und Bibliotherape durch die Anwendung des Schreibparadigmas im Expressiven Schreiben. Die/Der PatientIn soll dabei an drei bis vier aufeinanderfolgenden Tage jeweils 15-20 Minuten über ein sehr persönliches, belastendes Thema schreiben. Hinzugefügt werden muss, dass das Verschriftlichen eine klare Anleitung braucht, um einer Retraumatisierung entgegenzuwirken.<sup>170</sup> Das Schreiben über ein Trauma soll die Umwandlung von sensorisch-affektiven Erinnerungen in verbalisierbare, strukturierte Einheiten begünstigen.<sup>171</sup>

In der ambulanten Traumatherapie wird zudem bereits seit längerem empfohlen, den inneren Stimmen oder Persönlichkeitsanteilen schwer traumatisierter Personen Raum in einem Tagebuch oder Journal zu geben. Dieser Raum erlaube über einen längeren Zeitraum, jeder Seite der Person, sich auf eigene Weise zu zeigen und sich dem Rest der Person bekannt zu machen.<sup>172</sup>

### **3.2.4. Narrative Kunsttherapie**

Die Methode der Narrativen Kunsttherapie verfolgt die Identitätsarbeit mit Bildgeschichten und kombiniert dabei Elemente der Narrativen Therapie, mit ihren sprachlich erzählerischen Mitteln, mit ästhetisch-künstlerischen Prozessen der Kunsttherapie. In Kombination fördern das bildnerische Gestalten und das Erzählen

---

<sup>169</sup> Vgl. Carmen Unterholzer, „Ansätze der Poesie- und Bibliotherape“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 204-205.

<sup>170</sup> Vgl. Ebenda, S. 207-208.

<sup>171</sup> Vgl. Silke Heimes, „Poesie- und Bibliotherape im klinischen Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 216.

<sup>172</sup> Vgl. Barbara Schulte-Steinicke, „Therapeutisches Schreiben im ambulanten Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 223.

von Erlebnissen aktiv und selbstwirksam Identitätsbildungsprozesse der/des PatientIn. Dabei wird die gesamte Lebenszeitachse der/des PatientIn berücksichtigt.<sup>173</sup>

Die rezeptive Kunsttherapie nach Hilarion G. Petzold geht davon aus, dass die Narrativität von Kunst über die ästhetische Erfahrung beim Rezipieren von Bildern, mit dem Selbst der/des BetrachterIn in Dialog tritt und einen Selbstbezug herstellt. Des Weiteren wird in der Narrativen Kunsttherapie die Resonanzbildmethode nach Gisela Schmeer angewandt. Unter dem Prinzip der gruppenspezifischen Resonanz werden auf einzelne Initialbilder, Antworten gemalt, in Sequenzen aufgelegt und schließlich eine Kohärenz von Lebensthemen hergestellt. Die in einem zirkulierenden Prozess entstandenen Bildgeschichten haben dabei sowohl Relevanz für die/den Einzelne, aber auch für die soziale Gemeinschaft der Gruppe.<sup>174</sup>

Die Narrative Kunsttherapie integriert Sprache und Bild und Spiel und Dialog und fördert das Kohärenzgefühl in einem zirkulär-wechselseitigen Prozess.<sup>175</sup> Sie ermöglicht ein retrospektives Umgestalten von Selbst-Erfahrungen und ein prospektives Probehandeln. Mittels kreativer bildnerischer und narrativer Interventionselemente werden vielfältige Teilidentitäten miteinbezogen und fördern vor allem das Kohärenzgefühl, destabilisierter oder dissoziativer PatientInnen. Kohärenz und ein reflexiver Bezug zu den einzelnen Teilidentitäten werden als essentielle Faktoren für Identität gesehen.<sup>176</sup>

### **3.2.5. Therapeutisches Theater und Psychodrama**

Das aus dem Griechischen stammende Wort Drama bezieht sich im therapeutischen Kontext auf den ästhetischen, emotionalen, expressiven und kommunikativen Prozess. Dabei stehen im Psychodrama, wie auch im Theaterspiel handlungs- und gegenwartsbezogene Aspekte im Vordergrund.<sup>177</sup>

Das 1908 von Vladimir Iljine begründete Therapeutische Theater überträgt Elemente, wie Handlungs- und Beziehungsmuster, aus dem Theater, auf komplexe Situationen

---

<sup>173</sup> Vgl. Birgit Schneider, „Narrative Kunsttherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 286.

<sup>174</sup> Vgl. Ebenda, S. 291.

<sup>175</sup> Vgl. Ebenda, S. 290.

<sup>176</sup> Vgl. Ebenda, S. 287-288.

<sup>177</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 81.

und Beziehung im Alltag. Die/Der PatientIn hat dadurch die Möglichkeit, seine eigene Inszenierung als Ressource zu begreifen sein Verhalten in der Rolle zu verstehen, zu bearbeiten und zu verändern.<sup>178</sup>

Das von Jakob Levy Moreno entwickelte Psychodrama grenzt sich vom therapeutischen Theater insofern ab, dass intrapsychischen Prozessen mehr Beachtung geschenkt wird, als im handlungsorientierten Theaterspielen.<sup>179</sup> Angelehnt an tiefenpsychologischen und humanistischen Grundthesen sind Kosmos, Zeit, Raum und Realität nach Moreno lebensbestimmend. Die Bühne, die/der ProtagonistIn, die/der SpielleiterIn, die Antagonisten und das Publikum stellen fünf Instrumente des Psychodramas dar. Durch das dramatische Ausleben der/des ProtagonistIn kann ein tieferer Zugang zur Psyche erreicht werden. Zusätzlich hat das zweite Durchspielen einer persönlichen Geschichte eine Befreiende Wirkung vom ersten Erleben.<sup>180</sup>

### 3.2.6. Märchentherapie

Märchen sind Geschichten, die erzählt und gelesen werden und dabei unterschiedliche Echos und Reaktionen in der menschlichen Psyche hervorrufen.<sup>181</sup> Es werden Resonanzen hervorgerufen, die mit der persönlichen Lebensgeschichte zusammenhängen und somit den Zugang zum eigenen inneren Erleben legen können. Die für Märchen typischen archetypischen Symbole bieten eine Auseinandersetzung mit dem Selbst und den eigenen Lebensthemen.<sup>182</sup>

Bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts wurden Märchen nur mündlich überliefert, später auch aufgeschrieben und gesammelt. Durch ihre Resonanz sind Märchen Geschichten, die nicht vergessen wurden und aus den Köpfen der Menschen verschwanden. Es sind Geschichten, die über einen langen Zeitraum Echos erwirkt haben und für ihren moralisch-ethischen Charakter geschätzt und geliebt wurden.<sup>183</sup> Um diese Echos geht es in der therapeutischen Arbeit mit Märchen. Im Vordergrund steht immer das, was das Märchen bei der/dem PatientIn auslöst und nicht das

---

<sup>178</sup> Vgl. Silke Heimes, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010, S 81-82.

<sup>179</sup> Vgl. Ebenda, S 81-82.

<sup>180</sup> Vgl. H.J.Schiefer, „Ein kreativ-dramatischer Ansatz: Psychodrama und Kunsttherapie“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart : Gustav Fischer 1993, S. 203.

<sup>181</sup> Vgl. Udo Baer, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder... Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos 2016, S. 195.

<sup>182</sup> Vgl. Sarah Guddat/Maik Voelzke-Neuhaus, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart: Schattauer 2021, S 19.

<sup>183</sup> Vgl. Udo Baer, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder... Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos 2016, S. 195.

Märchen an sich. Insofern werden diese bildhaften Geschichten auch ähnlich zu Träumen gesehen.<sup>184</sup> Märchen, wie auch Träume, sind beides Imaginationen, aber mit dem Unterschied, dass Träume vollständig aus dem Selbst erschaffen wurden.<sup>185</sup> Das Märchen entspricht hingegen dem zum Teil unbewussten Common Sense, der von der Gesellschaft gebildet, getragen und auch im Wandel der Zeit lebendig gehalten wird.<sup>186</sup>

In der therapeutischen Arbeit wird vorerst ein Märchen vorgelesen und anschließend nach Berührungspunkten gefragt. Durch das Vorlesen und Erfragen entstehen vor allem Bilder und Gefühle, die Resonanz erwirken. Das Malen der inneren Bilder kann diese dann festhalten, ausgestalten oder neugestalten. In den meisten Fällen ist in diesen Prozessen eine Identifikation mit DarstellerInnen der Geschichte, dabei aber eher in Bezug auf das Handeln der Personen in konkreten Szenen, zu finden.<sup>187</sup> Die Hinwendung zu einzelnen Szenen strukturiert dabei den Malprozess. In Bezug auf archetypische Vorstellungen, Kindheitserinnerungen oder die Identifikation mit einer Person in der Geschichte findet die/der PatientIn das für sie/ihn wichtigste Bild, welches zu Papier gebracht wird. Manchmal entsteht dabei auch eine Ansammlung von Symbolen.<sup>188</sup>

### 3.2.7. Puppenspiel

Das Spiel mit Handpuppen und deren therapeutischer und entwicklungsfördernder Effekt geht bereits bis ins Kleinkindalter zurück. Dabei spielen das Ausstaffieren und Maskieren von sich selbst mittels der Identifikation und dem Gespräch mit Handpuppen und Figuren des Kasperltheaters eine wesentliche Rolle. Im Kasperltheater findet sich die Welt der Märchen wieder, häufig übertragen in wirklichkeitsnahe Szenen und Begebenheiten. Dabei wird das Geben und Nehmen, das Sich-Durchsetzen und Nachgeben und verschiedenste Kontaktmöglichkeiten mit anderen aufgezeigt, die auf das eigene Leben übertragen werden können. In der Einzeltherapie konkretisieren PatientInnen beispielsweise eine Begebenheit aus ihrem

---

<sup>184</sup> Vgl. Udo Baer, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder.. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos 2016, S. 196-197.

<sup>185</sup> Vgl. Ebenda, S. 200.

<sup>186</sup> Vgl. Hermann Hellgardt, „Märchen und Märchentherapie in der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn: Junfermann 1991, S. 345-346.

<sup>187</sup> Vgl. Udo Baer, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder.. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos 2016, S. 196-200.

<sup>188</sup> Vgl. Christine Leutkart/Elke Wieland/Irmgard Wirtensohn-Baader, *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis – Band 2: Neue Impulse, Projekte, künstlerische Ansätze*, Dortmund : Verlag Modernes Lernen 2014, S. 163.

Leben mit Hilfe von ein bis drei Puppen. Im Setting der Gruppentherapie kommt es auch oft zum Einsatz von Puppen, wenn die Anzahl der zu verkörperten Rollen, die Anzahl der TeilnehmerInnen der Gruppentherapie übersteigt.<sup>189</sup>

Allgemein leitet das Spiel mit Figuren zur Lebendigkeit an. Figuren sind plastisch, laden ein und machen Mut zur Übertreibung und werden auch als Ventil für Unausprechliches gesehen.<sup>190</sup> Sobald PatientInnen mit oder durch die Puppe sprechen, gilt sie als belebt und hat genügend Eigenpersönlichkeit, um als Gegenspieler oder Repräsentant eines Impulses einer Ich- oder Über-Ich-Funktion zu funktionieren.<sup>191</sup>

Prinzipiell werden Handpuppen von der/dem PatientIn selbst angefertigt, aber auch bereits bestehende Puppen herangezogen. Neben dem einfachen Rollenspiel mittels Puppen, werden auch Elemente aus dem Psychodrama und der Märchentherapie herangezogen.<sup>192</sup>

#### **4. Was ist ein Trauma?**

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und steht für Verletzung oder Wunde.<sup>193</sup> Die Verletzungen im Sinne der Seele, aber auch der Umgang mit ihnen finden in der „natural history“ der Psychotraumatologie seit frühester Zeit Erwähnung. Früheste Aufzeichnungen beschreiben rituelle Praktiken zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Neben dem natürlichen Zugang etablierte sich der wissenschaftliche Zugang aus historischen Anlässen, wie etwa Krieg oder Naturkatastrophen und baut auf der bewussten Reflexion und der systematischen Forschung auf. Erste Entwicklungen wurden im 19. Jahrhundert verzeichnet und im 1. Weltkrieg und 2. Weltkrieg stark ausgebaut. Neben Kriegen und Naturkatastrophen werden als Anstoß für die psychotraumatische Forschung auch soziale Bewegungen, die sich vorwiegend gegen Unterdrückung und Ausbeutung richten, gesehen.<sup>194</sup>

---

<sup>189</sup> Vgl. Erich Franzke, „Die Verwendung von Handpuppen als gestaltungstherapeutische Arbeitsmittel in der Psychotherapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn: Junfermann 1991, S. 449-451.

<sup>190</sup> Vgl. Udo Baer, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder.. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos 2016, S. 120.

<sup>191</sup> Vgl. Erich Franzke, „Die Verwendung von Handpuppen als gestaltungstherapeutische Arbeitsmittel in der Psychotherapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn: Junfermann 1991, S. 452.

<sup>192</sup> Vgl. Ebenda, S. 454, 458.

<sup>193</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 79.

<sup>194</sup> Vgl. Gottfried Fischer/Peter Riedesser, *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München : Ernst Reinhardt 2020, S. 33-35.

Als wichtige Pioniere der modernen Traumatherapie können Jean Martin Charcot und Pierre Janet mit seinem phasenorientierten Ansatz genannt werden.<sup>195</sup> Janet unterscheidet vier verschiedene traumatherapeutische Phasen – Orientierung, Stabilisierung, Traumabegegnung und Traumaintegration.<sup>196</sup> Sigmund Freud lieferte zudem einen bedeutenden Beitrag von Seiten der Psychoanalyse zum therapeutischen Umgang mit Traumatisierungen. Sigmund Freud beschreibt dabei ein Trauma als Erlebnis, das durch den kurzzeitig starken Reizzuwachs nicht verarbeitet werden kann und somit dauerhafte Störungen hervorrufen müsse.<sup>197</sup>

Es bestehen verschiedene Konzepte, wie Traumata geordnet und klassifiziert werden können. Miteinbezogen werden dabei Kriterien, wie Schwere, Dauer und Art des Traumas.

Nach Leonore Terr werden Traumata nach zwei verschiedenen Typen eingeordnet. Sie unterscheidet zwischen Traumatyp I und Traumatyp II. Typ-I-Traumen resultieren überwiegend aus einmaligen und überraschenden Ereignissen, wie der plötzliche Tod eines geliebten Menschen, ein Unfall, eine Naturkatastrophe oder ein Terroranschlag. Bei Typ-II-Traumen handelt es sich um langanhaltende Traumatisierungen, die oft sogar über Jahre andauern und aus denen die/der Betroffene keinen Ausweg findet, wie etwa im Krieg, bei sexuellem Missbrauch, bei Gewalt oder Vernachlässigung.<sup>198</sup> Typ-II-Traumen verursachen am wahrscheinlichsten psychische Folgestörungen, die in den meisten Fällen nur durch professionelle Behandlung gemildert werden können.<sup>199</sup> Studien der Traumaforschung zeigen auch, dass Traumatisierungen im frühen Kindesalter deutlich eher zu komplexen Traumafolgestörungen führen, als Traumatisierungen im Erwachsenenalter.<sup>200</sup> Die meisten frühen Traumaerfahrungen sind dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich, sie wurden verdrängt und vergessen. Es bleiben nur noch Marker oder Trigger, wie bestimmte Töne oder Gerüche, übrig, die das erlebte Trauma im Leben danach erwecken.<sup>201</sup>

---

<sup>195</sup> Vgl. Reinert Hanswille/Annette Kissenbeck, *Systemische Traumatherapie – Konzepte und Methoden für die Praxis*, Heidelberg : Carl-Auer 2014, S. 32.

<sup>196</sup> Vgl. Ebenda, S. 43-44.

<sup>197</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 79.

<sup>198</sup> Vgl. Reinert Hanswille/Annette Kissenbeck, *Systemische Traumatherapie – Konzepte und Methoden für die Praxis*, Heidelberg : Carl-Auer 2014, S. 25.

<sup>199</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 81.

<sup>200</sup> Vgl. Reinert Hanswille/Annette Kissenbeck, *Systemische Traumatherapie – Konzepte und Methoden für die Praxis*, Heidelberg : Carl-Auer 2014, S. 27.

<sup>201</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 96.

Die Begründerin von EMDR, Francine Shapiro, differenziert nach der Schwere eines Traumas in Big T-Trauma und Small t-Trauma. Sie beschreibt das Big T-Trauma als ein Ereignis existentieller äußerer und innerer Bedrohung durch Angriffe auf den Körper, das Leben und die emotionale und soziale Existenz, Terror und Foltererlebnisse in kriegerischen, politischen und kriminellen Zusammenhängen, Natur- und Verkehrskatastrophen, plötzliche Verluste, schwere Erkrankungen oder Unfälle. Ein Small t-Trauma steht in Verbindung mit Angst, Beschämung oder tiefer Verunsicherung.<sup>202</sup>

Wolfgang Wöller unterscheidet zudem zwischen der a-personalen und der personalen Ebene des Traumas. A-personale Traumatisierungen werden nicht durch Menschen, also unter unpersönlichen Aspekten, wie zum Beispiel durch Unfälle oder Naturkatastrophen, hervorgerufen. Unter personalen Traumen versteht er Einwirkungen durch die menschliche Hand, wie zum Beispiel Gewalt, Missbrauch, Folter oder Überfälle.<sup>203</sup>

Werden Traumata nach ihrer Häufigkeit unterschieden ist auch die Klassifizierung in Mono- und Multitrauma möglich. Unter Monotraumata finden sich unterschiedliche traumatisierende Ereignisse mit unterschiedlichem Schweregrad, die einmalig stattfanden. Bei multitraumatischen Erfahrungen spricht Hans Keilson von sequentiellen Traumatisierungen und versteht darunter mehrfache Traumatisierungen, die sich ähnlich und von längerer Dauer sind. M. Masud R. Khan fasst die Addition von Ereignissen, von denen jedes Einzelne keine Traumatisierung ausgelöst hätte, unter dem kumulativen Trauma zusammen. Darunter fallen zum Beispiel Beschämungs- und Bedrohungserlebnisse oder Mobbing.<sup>204</sup>

Nach dem medizinischen Klassifikationssystem ICD-10 gilt ein Trauma, als ein belastendes Ereignis oder einer Situation, kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder Belastung. Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV setzt zwei Aspekte, die gleichzeitig gegeben sein müssen, voraus. Zum einen Aspekt ist ein Trauma dann gegeben, wenn eine Person mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert wird, die eine

---

<sup>202</sup> Vgl. Reinert Hanswille/Annette Kissenbeck, *Systemische Traumatherapie – Konzepte und Methoden für die Praxis*, Heidelberg : Carl-Auer 2014, S. 25-26.

<sup>203</sup> Vgl. Ebenda, S. 26.

<sup>204</sup> Vgl. Ebenda, S. 26-27.

Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit oder sogar Tod von einem selbst oder anderen Menschen, einschließt. Zum anderen Aspekt muss darauf eine Reaktion von Angst, Verzweiflung, Entsetzen und Hilflosigkeit resultieren.<sup>205</sup> Auch im DSM-V wird die Posttraumatische Belastungsstörung, sowie alle anderen Traumafolgestörungen, als Symptomkomplex, entstanden durch ein oder mehrerer traumatischer Erlebnisse, gesehen.<sup>206</sup>

#### 4.1. Symptomatik und Folgestörungen

Ein Trauma kann das Selbstbild und Weltbild temporär oder dauerhaft erschüttern und die normalen Stressverarbeitungsmechanismen im Gehirn blockieren. Dadurch, dass das Gehirn das Erlebte nicht mehr in gewohnter Weise verarbeiten kann, kommt es zur Ausbildung verschiedener psychischer Symptome.<sup>207</sup>

Häufig treten ungewollte und wiederholte Erinnerungen in Bildern, sogenannte Flashbacks, an das traumatische Ereignis, durch Trigger auf.<sup>208</sup> Wie eng dabei Bilder mit Körperreaktionen verbunden sind, wird ersichtlich an der Annahme, dass unterschiedliche Verarbeitungsprozesse des visuellen Systems, kognitive und affektive Funktionen beeinflussen. Auch wenn traumatische Ereignisse Jahrzehnte zurückliegen, können sie stark den Handlungsspielraum der/des Betroffenen einschränken. Es genügen schon geringe Ähnlichkeiten zur traumatisierenden Situation, um eine Angstreaktion auszulösen. Die Reaktion wird nicht bewusst wahrgenommen und auch dann aufrechterhalten, wenn gar keine reale, gegenwärtige Gefahr droht.<sup>209</sup> Oftmals kann auch ein Vermeidungsverhalten oder eine Dissoziation, also Abspaltung der Erinnerung und des Bewusstseins, aus einer traumatischen Erfahrung resultieren. Des Weiteren kann sich ein Trauma durch emotionale Taubheit oder auch Hyperarousal zeigen.<sup>210</sup>

Wenn die Symptome nach einer bestimmten Zeit nicht abklingen, was sie bei einem großen Teil von Betroffenen eines traumatischen Ereignisses auch tun, kann es zur

---

<sup>205</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 79.

<sup>206</sup> Vgl. Gottfried Fischer/Peter Riedesser, *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München : Ernst Reinhardt 2020, S. 48.

<sup>207</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 79.

<sup>208</sup> Vgl. Ebenda, S. 80.

<sup>209</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, „Lösungsorientiertes Malen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013, S. 388-390.

<sup>210</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 80.

Bildung von schweren Traumafolgestörungen kommen. In vielen Fällen treten diese aber erst Monate oder sogar Jahre nach dem/den traumatischen Erlebnis(sen) auf. Zu den häufigsten Traumafolgestörungen werden die Posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS, die somatoforme Dissoziation oder diverse Angststörungen gezählt.<sup>211</sup> Nicht jedes als traumatisch angesehenes Geschehen muss gleichzeitig zu einer psychischen Folgestörung führen, weil nicht die objektive Intensität, sondern die subjektive Wahrnehmung des Geschehens die Störung auslöst.<sup>212</sup>

#### 4.2. Traumaheilung in der therapeutischen Praxis

Heilung ist ein großes Wort. Bereits Paracelsus hat davon gesprochen, dass der Arzt oder eine Behandlung nicht heilen, sondern nur kurieren könne. In dem Sinne ist auch Traumaheilung gemeint, indem mit einer Therapie Narben geheilt werden können und der Schmerz nachlässt.<sup>213</sup> Luise Reddemann erläutert: „Heilung heißt bei komplex traumatisierten Menschen sicher nicht >restitutio ad integrum<<sup>214</sup> im Sinne einer Wiederherstellung des Zustandes vor dem Trauma.“<sup>215</sup>

Auf jeden Fall wird in der Therapie mit Traumageschehen angestrebt, eine sichere, haltgebende Beziehungserfahrung zu ermöglichen, sodass aufgrund der gemeinsamen Arbeit, ein Leben mit dem Wissen über traumatische Erinnerungen möglich erscheint und traumatische Erfahrungen erinnert werden können, ohne, dass sich die/der PatientIn davon überwältigt fühlt.<sup>216</sup> „[...] Es ist in den letzten Jahren immer klarer geworden, dass die therapeutische Beziehung vermutlich einer der wichtigsten Faktoren für Besserung und Heilung ist, und die Interventionen so zu gestalten sind, dass sich verletzte Menschen sicher genug fühlen, neue Erfahrungen in Betracht zu ziehen.“<sup>217</sup>

Von weiterer großer Bedeutung in der Therapie mit Traumageschehen ist das Arbeiten mit Imaginationen, also mit der Vorstellungskraft. Die Vorstellungskraft ermöglicht,

---

<sup>211</sup> Vgl. Bettina Egger/Jörg Merz, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013, S. 80.

<sup>212</sup> Vgl. Ebenda, S. 80-81.

<sup>213</sup> Vgl. Luise Reddemann, *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – Ein Mitgefühls- und Ressourcen-orientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*, Stuttgart : Klett-Cotta 2011, S. 47.

<sup>214</sup> [https://www.duden.de/rechtschreibung/Restitutio\\_ad\\_Integrum](https://www.duden.de/rechtschreibung/Restitutio_ad_Integrum), 05.04.2022 um 13:41: „völlige Wiederherstellung der normalen Körperfunktionen nach einer überstandenen Krankheit oder Verletzung“.

<sup>215</sup> Luise Reddemann, *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – Ein Mitgefühls- und Ressourcen-orientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*, Stuttgart : Klett-Cotta 2011, S. 47.

<sup>216</sup> Vgl. Ebenda, S. 47-48.

<sup>217</sup> Ebenda, S. 49.

dass, auch wenn nicht alles, aber dennoch vieles nachholend wieder gut gemacht werden kann. Imaginationen können den verletzten inneren Anteilen vermitteln, sodass sich das erwachsene Ich mitfühlend und tröstend seinem jüngeren verletzten Anteil zuwenden kann.<sup>218</sup> Auch wenn manche Menschen von Grund auf visuelle Typen sind und mit lebhaften inneren Bildern arbeiten können, verfügt jeder Mensch über Vorstellungskraft. Für die therapeutische Arbeit reicht die einfache Vorstellungskraft, also sich etwas bildhaft vorstellen zu können. Wichtig dabei ist, dass Imaginationen nicht unbedingt immer rein visuell geprägt sind, sondern dass das innere Erleben auch durch auditives oder kinästhetisches Wahrnehmen intensiviert werden kann.<sup>219</sup>

Eine Therapie mit Traumageschehen ist generell sehr komplex und braucht meist viel Zeit, daher ist es auch ratsam mit Therapiezielen zu arbeiten. Reddemann beschreibt: „Therapieziele helfen PatientInnen, sich zu orientieren und die gemeinsame Arbeit zu überprüfen. Orientierung und Strukturen, die dem Patienten erlauben, Kontrolle zu haben, sind wichtig. Nicht nur angesichts von begrenzter Stundenkontingente ist die Formulierung von Therapiezielen anzuraten. Auch, weil sie helfen, sich aus dem Chaos der traumatischen Erfahrungen etwas zu lösen. Und weil es einen gemeinsamen Bezugsrahmen sowie eine gewisse Kontrolle über das therapeutische Geschehen (woran wird gearbeitet) gibt, auf den man sich immer wieder gemeinsam beziehen kann.“<sup>220</sup> Therapieziele und auch die Formulierung von Teilzielen sollten dabei immer realistisch sein und sich auch daran orientieren, viel man Zeit es brauchen soll, um sie zu erreichen.<sup>221</sup>

#### **4.2.1. Traumarbeit mit Traumatherapie**

Im Gespräch mit Birgit Troger wird die traumatherapeutische Vorgehensweise in der psychotherapeutischen Praxis beleuchtet. Aufgezeigt wird hier das ursprüngliche Verfahren mit Traumatisierungen, um gleichzeitig ein besseres Verständnis zum Umgang mit Traumata in der Kunsttherapie zu schaffen. Birgit Troger ist Psychotherapeutin mit Fokus auf Verfahren zur Behandlung seelischer Belastungen

---

<sup>218</sup> Vgl. Luise Reddemann, *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – Ein Mitgefühls- und Ressourcen-orientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*, Stuttgart : Klett-Cotta 2011, S. 49-50.

<sup>219</sup> Vgl. Ebenda, S. 96-97.

<sup>220</sup> Ebenda, S. 48.

<sup>221</sup> Vgl. Ebenda, S. 48.

und Störungen. Sie arbeitet speziell im Bereich der Traumatherapie, der Hypnotherapie und der Ego-State Therapie.

Da die Arbeit mit Traumata immer ein langsames und vorsichtiges Vorgehen braucht, erklärt Birgit Troger, dass sehr konfrontative Therapiemethoden, wie die Gesprächstherapie in der Psychotherapie, alte Zustände der/des Traumatisierten im Behandlungsprozess triggern kann und es sogar zu Retraumatisierungen kommen kann. Dabei tritt eine so starke Überforderung der erlebten Zustände und Gefühle ein, sodass das Gehirn nicht mehr nach „normalen“ Verarbeitungsmöglichkeiten agieren kann, sondern mit Schutzmechanismen reagiert. Durch konfrontative Methoden wird dieser Schutz außer Kraft gesetzt und das Gehirn verwechselt dann das „Hier und Jetzt“ mit „Dort und Damals“ und die/der Traumatisierte wird von Gefühlen der Ohnmacht, Angst und des Ausgeliefertseins überflutet. So entwickelten sich mit dem Aufkommen bildgebender Verfahren in den 1990er Jahren neue Techniken, um dem entgegenzuwirken.<sup>222</sup>

In der Traumatherapie, die aus der Psychotherapie entstand, haben sich dabei imaginative Verfahren, also die Arbeit mit der Visualisierung, besonders bewährt. Durch die Arbeit mit Imaginationen eröffnet sich die Möglichkeit, unkontrollierten, belastenden Bildern, stabilisierende, positive Bilder entgegenzusetzen. Birgit Troger beschreibt: „Durch Phantasie, Imaginationen, Visualisieren haben wir die Möglichkeit den belastenden Bildern, die „wie von selbst“ auftauchen und im Organismus Stress auslösen etwas entgegenzusetzen, das heißt wir können selbstwirksam etwas tun, also stabilisierende Bilder generieren, um diese Dynamik abzuschwächen beziehungsweise außer Kraft zu setzen.“<sup>223</sup> Um dies näher zu erläutern, wird die in der Traumatherapie angewandte Safe-Technik beschrieben: „Bei der Safe-Technik visualisiert man einen Safe oder sicheren Behälter in dem man schwieriges Material einpacken kann. Man soll selbst bestimmen können, wann man sich damit beschäftigen will und nicht „Es“ soll bestimmen. Man kann imaginativ Fotos, Filmsequenzen, Gedanken und Gefühle, denen man eine Farbe, eine Form und eine Konsistenz gibt, in den Safe packen. Damit die Reste des traumatischen Materials, die am Ende der Stunde eventuell noch da sind, den Alltag des Klienten nicht stören, legt

---

<sup>222</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>223</sup> Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

der Klient diese in den Safe, verschließt ihn gut und wendet dann dem Safe den Rücken zu und entfernt sich, distanziert sich und begibt sich zum Abschluss der Sitzung mit allen seinen Sinnen an den Wohlfühlort, der eine sichere Umgrenzung hat. Erst bei der nächsten Sitzung wird das Material dann wieder aus dem Safe genommen und man arbeitet weiter daran.“<sup>224</sup>

Traumatherapie beläuft phasenhaft, dennoch gilt es mit den beiden Schlagwörtern, Stabilisierung und Orientierung, vordergründig zu arbeiten. Birgit Troger bezieht sich dabei auf drei Phasen der Traumatherapie, die Phase der Stabilisierung, die Phase der Traumakonfrontation oder Traumaverarbeitung und die Phase der Neuorientierung.<sup>225</sup>

Nach dem Erleben von Überflutung und Hilflosigkeit durch traumatische Affekte geht es immer zunächst um die Phase der Stabilisierung, in der die Selbstkontrolle wiedererlangt werden soll. Stabilisierende Maßnahmen spielen aber in allen Phasen der therapeutischen Arbeit eine zentrale Rolle.<sup>226</sup> Birgit Troger beschreibt: „Die erste und wichtigste Phase der Traumatherapie ist die Phase der Stabilisierung. Stabilisierung bedeutet, dass man mit dem Klienten daran arbeitet, destabilisierende Muster zu unterbrechen. Also der Klient soll lernen zu beobachten, was gerade in ihm passiert. Weil wenn er beobachten kann, geht er automatisch auf Distanz. Und aus dieser Beobachterebene heraus soll es dann gelingen, nach und nach dysfunktionale Kreisläufe zu unterbrechen und sich selbstwirksam zu beruhigen und somit den Gefühlen von Ohnmacht und Ausgeliefertsein entgegenzuwirken.“<sup>227</sup> Als Beispiel soll hier die die 5-4-3-2-1-Übung erwähnt werden, die in dieser Phase der Traumatherapie oft zur Anwendung kommt. Im Vordergrund steht dabei die Orientierung im „Hier und Jetzt“ anhand des visuellen Sinns. Die/Der KlientIn sucht und benennt Gegenstände zum Beispiel nach ihrer Farbigkeit im Raum nach der Abfolge 5-4-3-2-1. Außerdem gibt es auch Übungen, wie das traumasensitive Yoga oder Qigong, welche stark auf Körperebene agieren. Birgit Troger hebt hier hervor, dass es aber generell erstrebenswert ist, unter Berücksichtigung der Individualität der/des KlientIn, auf allen Ebenen zu arbeiten, denn Stabilisierung erfolgt über die Gedanken und über den Körper, um schließlich das Gefühl und danach das Handeln zu beeinflussen. Auch zu

---

<sup>224</sup> Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>225</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>226</sup> Vgl. Luise Reddemann, „Ätiologie des Traumas – medizinische und psychotherapeutische Behandlung“, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Hg. Philipp Martius/Flora von Sprei/Hans Förstl, München : Elsevier Urban & Fischer 2012, S. 119.

<sup>227</sup> Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

erwähnen ist, dass die Dauer der Stabilisierungsphase immer von der Schwere des Traumas abhängt. Handelt es sich um sequentielle Traumatisierungen, also Multitraumata, braucht es eine viel längere Stabilisierungsphase als bei Monotraumata.<sup>228</sup>

In der Phase der Traumakonfrontation nennt Troger unter anderem zwei häufig angewandte Techniken, wie zum Beispiel EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing und die Bildschirmtechnik nach Luise Reddemann. Beim EMDR nach Francine Shapiro wird mit der bilateralen Stimulation beider Gehirnhälften durch Augenbewegungen, Tapping und Töne gearbeitet. Dadurch werden Ressourcennetzwerke im Gehirn im Verarbeitungsprozess angestoßen und das Gehirn prozessiert von selber. Außerdem werden sowohl Kognition, Emotion als auch alle Körperebenen miteinbezogen. Dabei wird mit der belastenden Szene oder dem intensivsten Bild gearbeitet und auch die negative Kognition dazu gesucht, um dann schließlich als Gegenpol eine positive Kognition zu finden. Diese Technik verläuft in Sequenzen und Ziel ist es, solange fortzufahren bis etwas neutrales oder positives auftaucht und somit eine Verarbeitung stattfinden kann. Wenn eine Überforderung der/des PatientIn eintritt, soll der Prozess jederzeit gestoppt werden, um sich wieder der Stabilisierung zuzuwenden.<sup>229</sup>

Die Bildschirmtechnik nach Luise Reddemann findet ebenfalls Anwendung innerhalb der Phase der Traumakonfrontation. Die/Der PatientIn und die/der TherapeutIn stellen sich vor, gemeinsam vor einem imaginären Bildschirm zu sitzen, auf den beide blicken. Die/Der PatientIn wird dabei eingeladen aus objektiver Sicht zu beschreiben, was sie/er auf dem Bildschirm sieht. Hier ist es wichtig, dass die/der PatientIn zuvor die imaginäre Handhabung mit der Fernbedienung eingeübt hat. Mittels der imaginären Fernbedienung können Bilder vergrößert und verkleinert werden, der Ton oder die Farbigkeit im Bild abgestellt werden oder sogar ganz ausgeschaltet werden, sobald die/der PatientIn überflutet wird.<sup>230</sup> Reddemann erklärt: „[...] In einem zweiten Schritt oder nach und nach in mehreren Durchgängen kann die Patientin dann allmählich mehr Gefühle zulassen, so lange, bis eine Integration von Wort, Affekt, Bild und Körpererleben erfolgen kann. [...] Schließlich wird innerer Trost angeregt, d.h., der Patient wird gebeten zu klären, was der verletzte jüngere Teil an Trost und

---

<sup>228</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>229</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>230</sup> Vgl. Luise Reddemann, *„Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 113-114.

Unterstützung braucht, und sich dies imaginativ zu geben, sei es durch die erwachsene Person von heute oder die inneren Helfer oder die idealen Eltern. Auch hier wird geklärt, welche äußeren Unterstützungen notwendig sind und wie sich die Patientin diese verschaffen kann.“<sup>231</sup>

Birgit Troger sieht in der abschließenden Phase der Traumatherapie, der Phase der Neuorientierung, einen Energietransfer von der Vergangenheit in die Gegenwart und Zukunft. Es geht darum, sich mit der Frage zu beschäftigen, wo es denn hingehen soll. Sie erkennt die Wirkweisen und das erreichte Therapieziel daran, wenn die/der PatientIn Vermeidungsmuster auflösen konnte und somit ihren/seinen Handlungsspielraum erweitern konnte, aber auch beschreibt sie eine Traumatherapie als erfolgreich, wenn die/der PatientIn ein Gefühl von zeitlicher Distanz entwickeln konnte und die traumatische Erfahrung als etwas Vergangenes, Abgeschlossenes annehmen konnte.<sup>232</sup>

Zum besseren Verständnis der oben beschriebenen traumatherapeutischen Verfahren und der daraus resultierenden Wirkweisen, sollen an dieser Stelle zwei Fallbeispiele aus der Literatur angeführt werden. Im ersten Beispiel wird nach dem Verfahren EMDR nach Shapiro behandelt. Das darauffolgende Fallbeispiel gilt der Bildschirmtechnik nach Reddemann.

„[...] Doug war mit seinen 43 Jahren relativ gut integriert und erfolgreich. Er berichtete, er leide immer noch sehr unter einer bestimmten Erinnerung aus seiner Zeit als Infanterist in Vietnam. Eines Tages hatte Doug zusammen mit einem anderen Soldaten tote Kameraden aus einem Helikopter ausgeladen, die gerade von der Front abtransportiert worden waren. Während die beiden Männer die verstümmelten Leichen der Gefallenen nebeneinander auf den Boden legten, bemerkte Doug, dass bei einem Mann, den sie gerade trugen, die Totenstarre bereits eingesetzt hatte. In einem Anfall von schwarzem Humor, wie er in solchen Situationen häufig aufkommt, sagte er: „Diesen hier könnten wir als Kaffeetisch benutzen“. Der andere Soldat wendete sich an Doug und sagte: „He, da drüben sitzt sein Sohn.“ Während der Kamerad sprach, sah Doug, dass einer der Verwundeten ihn entsetzt und mit

---

<sup>231</sup> Luise Reddemann, *„Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 114-115.

<sup>232</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Birgit Troger, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

schmerzverzerrtem Gesicht anschaute. Plötzlich überkam Doug das Gefühl, dass er trotz seiner scheinbaren Überlegenheit der unsensibelste und gefühlloseste Mensch auf dem ganzen Planeten war. Diese Erfahrung erschütterte ihn bis in sein tiefstes Inneres. Sie markierte eine Art Wendepunkt in seinem Leben und verfolgte ihn während der nächsten zwanzig Jahre. Ganz gleich, wie vielen Klienten Doug als Berater zu helfen vermochte, jedesmal, wenn jene Erinnerung wieder auftauchte (und das geschah oft), wurde er von Gefühlen der Scham und Trauer überwältigt, die ihn in einen nahezu katatonischen Zustand versetzten. Im Laufe der Arbeit bat ich Doug, sich die betreffende Szene zu vergegenwärtigen und mit den Augen meinen Fingern zu folgen. Während Dougs Augen meine schnelle Handbewegungen verfolgten, wurde die Qual auf seinem Gesicht zunächst stärker und nahm dann allmählich ab. Nach der zweiten Serie von Augenbewegungen sagte er: „Ich kann die Szene immer noch sehen, aber wenn der Kamerad spricht, höre ich keinen Ton mehr aus seinem Mund kommen.“ Wir setzten die Arbeit mit den Augenbewegungen fort. Dann berichtete Doug, die Szene sei auf die Größe eines „abgeblätterten Stückchens Wandfarbe“ geschrumpft und wirke, als spiele sie sich unter Wasser ab, „verschwommen und ohne Ton“. Dann fügte er noch hinzu – als würde er mit sich selbst reden: „Der Krieg ist nun endlich vorüber. Ich kann allen sagen, sie sollen nach Hause gehen.“<sup>233</sup>

Derartige Wandlungen der traumatischen Szene und infolge dessen das Verblässen der schmerzlichen Bilder berichten PatientInnen, die eine EMDR-Behandlung in Anspruch genommen haben, immer wieder. Als Doug zu einem späteren Zeitpunkt die belastende Szene heranholen sollte, kam ihm statt der Erinnerung an jenen Toten spontan die Erinnerung an seinen ersten Flug über das Land. Erstmals seit zwanzig Jahren konnte Doug etwas anderes als die Schreckensbilder des Krieges sehen, nämlich auch positive Bilder im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in Vietnam.<sup>234</sup>

„[...] Eine Patientin Anfang 30 wurde mir zugewiesen, da sie schon länger unter Ängsten und Depressionen litt, die sich trotz Medikation nur wenig besserten. Die depressive Symptomatik äußerte sich v.a. in wiederholten Stimmungstiefs, Gefühlen von Sinnlosigkeit, Wertlosigkeit und Lebensunfähigkeit. Diese Stimmungen und Gefühle begründete die Patientin damit, dass sie sich im Rahmen sozialer und beruflicher Kontakte unsicher fühle, sich kaum traue, ihre Meinung zu äußern und sie

---

<sup>233</sup> Francine Shapiro/Margot Silk Forrest, *EMDR in Aktion – Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis*, Paderborn : Junfermann 2007, S. 33-34.

<sup>234</sup> Vgl. Ebenda, S. 34.

daher auch ihre Anliegen nicht durchsetzen könne. Die Patientin lebte mit Ausnahme einiger Kontakte eher zurückgezogen. Zusätzlich fühlte sich die Patientin im Alltag eingeschränkt, da sie Angst hatte, abends unterwegs zu sein – besonders wenn ihr Männer auf der Straße entgegen kamen – aber auch davor, alleine zu Hause zu sein. Die Ängste wurde in letzter Zeit durch das unwillkürliche Auftreten von Erinnerungen und Bildern von Angst- und Gewaltszenen aus ihrer Kindheit verstärkt. Sie war in ihrer Kindheit und Jugend häufig grundlos von ihrem inzwischen verstorbenen Vater geschlagen worden, worüber sie aber kaum mit jemandem gesprochen hatte. [...] Da ich die Patientin für stabil genug hielt, sich mit der unabgeschlossenen Szene der Vergangenheit zu konfrontieren und ich darin eine Möglichkeit zur Verringerung bzw. Beseitigung der Flashbacks sah, schlug ich ihr eine Bearbeitung der alten Szene mit Hilfe der Bildschirm-Technik vor. [...] Nebeneinander sitzend sahen die Patientin und ich uns im ersten „Durchlauf“ die bei ihr häufig als Flashback aufblitzende Szene aus ihrer Kindheit an, in der ihr Vater vor ihr stand und ihr Schläge androhte – diesmal aber wie einen alten Film über Ereignisse, die dort und damals passiert waren. [...] Im Fall dieser Patientin verlief der erste Durchgang mit der Bildschirm-Technik recht gut. Sie war zwar nervös, konnte das Ganze aber schildern, ohne sich in dieser Sequenz überwältigt zu fühlen. Ich schlug ihr daraufhin vor, im nächsten „Durchlauf“ zu versuchen, sich selbst in die Szene hinein zu begeben und sich mit dem Mädchen in der Szene zu identifizieren. Dabei solle sie ihr Erleben in der ersten Person Gegenwart (im trauma-therapeutischen Sprachgebrauch: „gesteuerte Assoziation“) schildern und darauf achten, was sie fühle und körperlich empfinde. Sie beschrieb ihr Erleben folgendermaßen: „Ich stehe im Zimmer, mein Vater vor mit, ich habe Angst, ich kann mich nicht rühren, er schaut schon wieder so finster, er ist grantig, es riecht nach Alkohol... gleich wird er zuschlagen. Ich kann nichts tun.“ Während sie das sagte, war für mich eine Veränderung zu erkennen: Der Blick der Patientin wirkte nach vorne fixiert, etwas tranceartig, ihre Körperhaltung war gespannt und ihre Stimme klang zittrig und gepresst. Um die Patientin zu unterstützen, erwähnte ich, dass ich an ihrer Seite sei. Außerdem schlug ich ihr im Sinne des „therapeutischen Doppelns“ vor, sie solle ihrem Vater sagen, dass sie jetzt groß sei und sich das nicht mehr gefallen lasse. Sie wiederholte meine Worte zögerlich, woraufhin ich sie ermutigte, das Ganze mehrmals, lauter und in eigenen Worten zu sagen. Während sie das tat, wurde ihre Stimme kräftiger, bis sie schlussendlich in Tränen ausbrach. Das Weinen der Patientin wirkte auf mich so, als ob sie dadurch aus ihrer Starre herauskäme. Auf meine Frage, was

sie jetzt wolle, antwortete sie: „Gehen“. Ich antwortete ihr, dass sie das tun könne. Sie solle mit ihrer Aufmerksamkeit ins Behandlungszimmer zurückkommen. Dann bat ich sie, aufzustehen und im Raum herumzugehen und ihren Körper ganz bewusst wahrzunehmen. In der Nachbesprechung des gerade Erlebten war es der Patientin ein Bedürfnis, nochmals von den damaligen Ängsten zu erzählen, wobei sie sehr viel weinte. Am Ende der Stunde fühlte sie sich insgesamt erschöpft, aber auch erleichtert. Zum weiteren Verlauf ist zu sagen, dass die Flashbacks erst nach einiger Zeit völlig verschwanden, sich die Häufigkeit ihres Auftretens aber deutlich verringerte. [...] Durch das tatsächliche Erleben ihrer Handlungsfähigkeit in der Konfrontation mit ihrem phänomenal erinnerten Vater gewann die Patientin an Selbstvertrauen und konnte in Folge auch andere Lebensherausforderungen besser meistern.“<sup>235</sup>

#### 4.2.2. Traumaarbeit mit Kunsttherapie

Im Gespräch mit Sabine Baumgartner wird die Frage geklärt, wie mit einem Trauma in der Kunsttherapie-Praxis umgegangen wird und welche Wirkweisen während und nach der Therapie zu erwarten sind. Sabine Baumgartner ist Kunsttherapeutin und arbeitet sowohl institutionell in der Akutpsychiatrie Steyr, als auch in der privaten Praxis. Sie gilt als Spezialistin auf dem Gebiet des traumasensiblen Arbeitens in der Kunsttherapie und leitet zudem den Lehrgang "Traumatherapie für KunsttherapeutInnen" am IKT - Institut für Kunsttherapie.

Im Gespräch mit Sabine Baumgartner geht hervor, dass sich Kunsttherapie mit Traumageschehen ganz stark an der Herangehensweise der Traumatherapie orientiert und sich ebenfalls auf die beiden ganz wesentlichen Elemente aus der Traumatherapie, Stabilisierung und Orientierung, bezieht.<sup>236</sup>

Kunsttherapie arbeitet, sowohl wie die Traumatherapie, mit Imaginationen. Es geht dabei um die Arbeit mit inneren Bildern und um den Umgang mit verletzten inneren Anteilen.<sup>237</sup> Kunsttherapie bringt Imagination, anders als in der Traumatherapie, in ein ausdruckszentriertes Werk.<sup>238</sup>

---

<sup>235</sup> Katharina Sternek, „Über den Einsatz und die Wirkungsweise von „Bildschirm-Techniken“, *Phänomenal – Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie* 1/2014, [https://www.academia.edu/22837268/Über\\_den\\_Einsatz\\_und\\_die\\_Wirkungsweise\\_von\\_Bildschirm-Techniken\\_](https://www.academia.edu/22837268/Über_den_Einsatz_und_die_Wirkungsweise_von_Bildschirm-Techniken_), 09.04.2022 um 13:37.

<sup>236</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>237</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>238</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

Sabine Baumgartner erläutert: „Mit Symptomen, wie Hilflosigkeit, Sprachlosigkeit, Ohnmacht – wenn man von diesen Symptomen ausgeht, dann kann durch das Herausbringen, also man bringt etwas in ein Werk, ob das jetzt im Ton, in der Skulptur, in der Installation, in ein Bild – man bringt etwas raus und hat dadurch schon mal dieses Sichtbarwerden. Dadurch kann man Benennen, Umgestalten, etwas Versorgendes dazugeben und kann durch das Werk eine Distanzierung schaffen. Dadurch passiert ein Ordnen, ein Klarwerden und das Selbst lernt umzugehen. Hier liegt der Vorteil in der Kunst.“<sup>239</sup> Das Werk als Gegenüber kann in seiner Präsenz das Schweigen durchbrechen und besitzt die Kraft eines haltgebenden Dokumentes, auf das hingewiesen und zurückgegriffen werden kann.<sup>240</sup>

Susanne Lücke sieht zwischen innerlich vorgestellten Imaginationen und bildnerisch gestalteten Imaginationen keinen Unterschied<sup>241</sup> und beschreibt: „In der bildnerischen Gestaltung findet die Imagination ihren Ausdruck, kann von anderen Menschen wahrgenommen und mit anderen geteilt werden. Für Menschen, die in der Lage sind, Bilder vor ihrem >inneren Auge< zu sehen, ist es wichtig, dass eine bildnerische Gestaltung diese in ihrer Komplexität nicht wiedergeben kann, sondern einen Erinnerungsanker an das mentale innere Bild darstellt. Angeleitete Imaginationen können eine Hilfe sein, den Prozess des bildnerischen Gestaltens anzuregen und ihm eine Richtung zu geben. Umgekehrt kann das Malen und Plastizieren zu den in den Imaginationen angesprochenen Themen eine erste Möglichkeit darstellen, sich der inneren Bilderwelt angstfrei zuzuwenden, und den Zugang zur Arbeit mit inneren Bildern sehr erleichtern. [...] Insbesondere Patienten, die (noch) unter Zuständen innerer Überflutung leiden und (noch) keine Kontrolle über innere Bilder haben, fällt es oftmals schwer, die Inhalte von Imaginationen mental zu verfolgen und zu halten. Diesen erleichtert das Gestalten die Strukturierung und Differenzierung einer zunächst als chaotisch erlebten Innenwelt. Im Prozess des Gestaltens entsteht ein in der Außenwelt real existierendes und damit sichtbares und im ursprünglichsten Sinne des Wortes begreifbares und handhabbares Objekt, das mit Emotionen und Körpererfahrungen verknüpft ist.“<sup>242</sup>

---

<sup>239</sup> Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>240</sup> Vgl. Marion Wendlandt-Baumeister, „Kunsttherapie mit Folterüberlebenden“, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Hg. Philipp Martius/Flora von Spreti/Hans Förstl, München : Elsevier Urban & Fischer 2012, S. 136.

<sup>241</sup> Vgl. Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 151.

<sup>242</sup> Ebenda, S. 151-152.

Es geht in der Kunsttherapie aber nicht um die Suche der Bedeutung des Werkes, sondern immer um die Wirkung für die/den PatientIn. Der Patient dürfte interpretieren, aber nie die/der TherapeutIn. Ein/Eine PatientIn berichtet zum Beispiel, dass während eines Gestaltungsprozesses die Kreide am Papier nicht gegriffen hat. Nun stellt sich die Frage, ob der/dem PatientIn so etwas auch öfters im Leben passiert, denn grundsätzlich wird im Prozess sichtbar, was im Leben ist.<sup>243</sup>

Sabine Baumgartner sagt: „Ein großer Fehler von missverstandener Kunsttherapie ist, dass man Symboliken interpretiert und sagt – „ah im Hintergrund ist ein schwarzer Rabe – da muss ein Trauma versteckt sein.“<sup>244</sup>

Der Gestaltungsprozess schafft außerdem auch Distanz, welche äußerst wichtig für den Behandlungsprozess ist, da die/der PatientIn in einem bewussten Zustand bleibt.<sup>245</sup> „Die Externalisierung innerer Bilder ermöglicht Distanz, die einen achtsamen Blick auf inneres und äußeres Geschehen und die Kontrolle über intra- und interpsychisches Geschehen sehr unterstützen kann. Ein selbst geschaffenes Objekt ist sowohl Teil der Innen- als auch Außenwelt, auf das Einfluss genommen, über das entschieden, mit dem gehandelt, das mit den eigenen Händen verwandelt und in seiner veränderten Form internalisiert werden kann. Vor dem Hintergrund des in der traumatischen Erfahrung erlebten Kontrollverlustes und der in der Vergangenheit erlebten Ohnmacht kann die Bedeutung der Wiederherstellung des Vertrauens in die eigene Entscheidungs- und Handlungskompetenz nicht genügend betont werden.“<sup>246</sup>

Auch wenn sich jene Methoden, die sich direkt auf ein Werk als Gegenüber beziehen, wie in der Malerei, beim Zeichnen oder Plastizieren im kunsttherapeutischen Feld ohne Traumageschehen als effektiv bewährt haben, muss trotzdem der intermediale und intermodale Zugang hervorgehoben werden. Oftmals ist es gerade die Interdisziplinarität und die Methodenvielfalt, die zum Beispiel auch Bewegung und Musik miteinbeziehen, die förderlich für einen erfolgreichen Therapieverlauf sind.<sup>247</sup> Denn ein Trauma, besonders ein Entwicklungs-trauma, das eine längere Zeitspur betrifft und stark auf der Beziehungsebene agiert, ist immer im Körper und nicht alleine

---

<sup>243</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>244</sup> Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>245</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>246</sup> Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 152-153.

<sup>247</sup> Vgl. Marion Wendlandt-Baumeister, „Kunsttherapie mit Folterüberlebenden“, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Hg. Philipp Martius/Flora von Spreiti/Hans Förstl, München : Elsevier Urban & Fischer 2012, S. 136.

in der Psyche gespeichert. Darum ist es wichtig beim traumazentrierten Arbeiten ganzheitlich vorzugehen und den gesamten Körper miteinzubeziehen.<sup>248</sup>

Sabine Baumgartner erläutert dies anhand eines kurzen Beispiels: „Ein Patient aus der Psychiatrie sagte, dass er nichts braucht und es ihm gut geht. Ich habe ihn dann gebeten, er soll mit seinem Körper darstellen, wie es ihm jetzt gerade geht, wie gerade sein Ist-Zustand ist. Er ist dann aufgestanden, ist zum Kasten gegangen, hat sich runtergebeugt und zusammenfallen lassen, den Kopf eingezogen und die Hände über den Kopf gelegt. Es war im Raum eine Erschütterung spürbar. Er hat dann aufgeschaut und gesagt, dass es ihm überhaupt nicht gut geht. Er hat erst durch die körperliche Darstellung begriffen, dass es ihm selber nicht gut geht.“<sup>249</sup>

Es gilt, je mehr Körpereinsatz, desto schneller wird etwas griffiger, weil etwas dadurch viel stärker sichtbar wird.<sup>250</sup>

Baumgartner beschreibt traumazentrierte Kunsttherapie allgemein als sinnliches Tun, durch das etwas im Körper passiert. Durch das selber Tun und selber Erleben passiert eine Neuorientierung im Körper und die/der PatientIn hat so die Möglichkeit sich neu auszurichten.<sup>251</sup> Wichtige Inhalte werden erst begriffen, wenn sie durch Sinneserfahrungen auch im wahrsten Sinne des Wortes begriffen wurden. Während des Gestaltungsprozesses ist diese Sinnes- und Körpererfahrung von elementarer Bedeutung für die Aneignung neuer Inhalte und die Internalisierung neuer Erfahrungen im körperlich-emotionalen und im kognitiven Verständnis.<sup>252</sup> Auch können durch das sinnliche Tun frühere verletzte Selbstanteile aus der Kindheit, nachversorgt werden. Das Nachversorgen ist ein wichtiger Bestandteil in der Traumarbeit. Anzumerken ist, dass es in der Kunsttherapie immer mehrere Wege gibt, in dem Sinne, dass die Therapie immer individuell an die/den PatientIn angepasst gestaltet wird. Traumazentrierte Kunsttherapie ist begleitend, unterstützend, aber nie interpretierend, wertend.<sup>253</sup>

Sabine Baumgartner erkennt die Wirkweisen einer Kunsttherapie mit Traumageschehen daran, ob die/der PatientIn gemeinsam mit der/dem TherapeutIn

---

<sup>248</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>249</sup> Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>250</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>251</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>252</sup> Vgl. Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 152.

<sup>253</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

an das vorher festgelegte Therapieziel herangekommen ist. Therapieziele in der kunsttherapeutischen Traumatherapie wären zum Beispiel das Gefühl von Sicherheit, die Selbstregulation oder der Umgang mit starken Gefühlen. Es geht darum neue Perspektiven aufzuzeigen und die Traumatisierung als etwas Abgeschlossenes anzuerkennen. Eine weitere Wirkweise ist, dass der gesunde Anteil durch die Lebendigkeit der Kunst kennengelernt wurde. Sabine Baumgartner sagt: „Durch traumatherapeutische Begleitung passiert kontinuierlich ein neuer Umgang mit dem über- oder untererregten Nervensystem und den dysfunktionalen Symptomen, die durch ein Trauma verursacht worden sind.“<sup>254</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kunsttherapie mit Bezug zu traumatherapeutischen Ansätzen und Herangehensweisen, eine Linderung der psychosomatischen Symptome, eine Ich-Stärkung, den Aufbau von Fertigkeiten zur Handlungs- und Affektkontrolle, die Integration abgespaltener Erlebnisinhalte, sowie die Wiederherstellung der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit herbeiführen kann.<sup>255</sup>

Anhand von Fallbeispielen aus der Literatur sollen die angesprochenen Wirkweisen noch konkreter veranschaulicht werden und noch einmal aufgezeigt werden, was Kunsttherapie in der Arbeit mit Traumata kann.

Das erste Beispiel behandelt einen Fall, in dem als kunsttherapeutische Methode mit Kreisbildern, also sogenannten Mandalas, gearbeitet wurde. In weiterer Folge wird auf die therapeutische Verwendung von sogenannten Triptycha eingegangen, die als zuvor beschriebene traumatherapeutische Safe-Technik, im kunsttherapeutischen Setting eingesetzt werden.

„[...] Renate war in ihrer Kindheit sexualisierter Gewalt ausgesetzt und leidet unter einer Dissoziativen Identitätsstörung mit akuter diffuser Angst. In der Therapiesitzung wird ihr ein Blatt Papier gegeben, auf dem sich ein gezeichneter Kreis befindet. Sie soll innerhalb dieses Kreises ihre Angst bildnerisch darstellen. Der Kreis hat zum einen die Funktion, bedrohliche Inhalte zu begrenzen. Zum Anderen bietet er sich als Gefäß an, um die Angst darin aufzubewahren. Das Gestalten ist außerdem zeitlich auf fünf Minuten begrenzt. [...] Renate malt einen blauschwarzen Strudel in den Kreis, an

---

<sup>254</sup> Vgl. Sarah Theuer, Im Gespräch mit Sabine Baumgartner, digitale Tonaufnahme, Wien 2022.

<sup>255</sup> Vgl. Marion Wendlandt-Baumeister, „Kunsttherapie mit Folterüberlebenden“, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Hg. Philipp Martius/Flora von Spreti/Hans Förstl, München : Elsevier Urban & Fischer 2012, S. 138.

dessen Rand sich kindliche Figuren verzweifelt dagegen wehren, auf das Zentrum zugeschleudert zu werden, in dem eine bedrohliche schwarze Gestalt wartet. In Anschluss an das Malen soll sie räumlichen Abstand zum Bild suchen, der ihr ermöglicht das Bild ohne Angst und aus sachlicher Perspektive zu sehen und zu beschreiben. Bei der Beschreibung, dass die Kinder im Bild ängstlich aussehen und um Hilfe schreien, wird deutlich, dass es sich um eine wiedererlebte Angst aus der Kindheit handelt. Mit der Schaffung des Bewusstseins, dass sie im Hier und Jetzt als erwachsene Frau nicht mehr bedroht ist, wird sie darum gebeten, den bedrohten Kindern im Bild zu helfen. Renate beschließt ein Rettungsseil zu malen, das alle Kinder miteinander verbindet, um nicht in den Strudel gezogen zu werden (Abb. 1). In Anschluss bejaht sie, dass die Kinder nun gemeinsam genügend Kraft haben, um dem Sog standzuhalten, bis sie in der Lage ist, sie aus dem Strudel herauszuholen. Im Zuge dessen wird eine Figur aus einer Bildergeschichte als Helferwesen gefunden. Mit Unterstützung der imaginären Helferfigur, die sie Erzieherin nennt, kann sie die Kinder aus dem Strudel holen und in Sicherheit bringen. In weiterer Folge malt sie den Ort, an dem die Kinder sicher sind. Sie malt eine Kinderstube, in der sich die Erzieherin liebevoll um sie kümmert (Abb. 2). Als Rahmen für das Bild dient wieder ein Kreis, um die inneren Kinder in einem geschützten Raum zusammenzuhalten. Im weiteren Therapieverlauf gelang es Renate zunehmend, die Erzieherin und die sichere Kinderstube bei Angst- und Panikzuständen bewusst einzusetzen. Zur Unterstützung trug sie eine Kopie der Bilderbuchfigur bei sich.<sup>256</sup>

---

<sup>256</sup> Susanne Lücke, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015, S. 139-140.

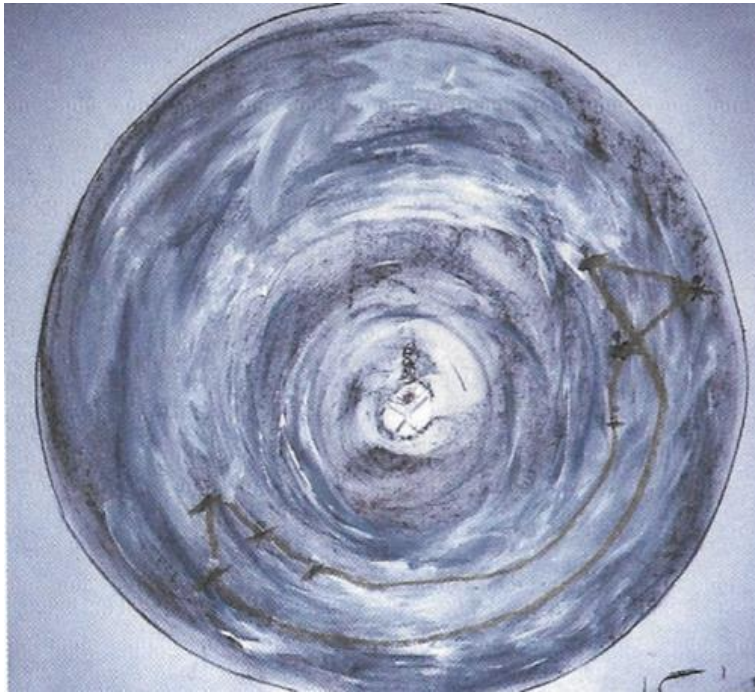


Abb. 1: Das Rettungsseil<sup>257</sup>



Abb. 2: Die Kinderstube<sup>258</sup>

---

<sup>257</sup> Susanne Lücke, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015, S. 144/II.

<sup>258</sup> Ebenda, S. 144/II.

Im Folgenden wird die bereits im traumatherapeutischen Kontext beschriebene Safe-Technik von Susanne Lücke im kunsttherapeutischen Setting näher erläutert.

„[...] Die konkrete Möglichkeit des Öffnens und Schließens eines Behältnisses im Sinne einer symbolischen Handlung zur Distanzierung und sicheren Aufbewahrung von (traumatischen) Belastungen scheint insbesondere für früh traumatisierte Patientinnen ein sehr hilfreicher Zwischenschritt auf dem Weg zur Entwicklung der menschlichen Distanzierungsfähigkeit zu sein. Gestalterisch gibt es viele verschiedene Möglichkeiten, ein entsprechendes Gefäß, ähnlich einem Tresor oder Safe, malend, plastizierend (z.B. aus Tonerde) oder bastelnd (z.B. aus Pappe) herzustellen. [...]

In der Distanzierung von (traumatischen) Belastungen bildet das Rahmenbild die Wände eines Safes oder eines anderen vorgestellten Gefäßes, in das die Patientin von oben hineinsieht und nach Fertigstellung des Rahmens den belastenden Inhalt symbolisch hineinlegt. In einen zweiten Schritt legt sie einen neuen Bogen Papier darüber und gestaltet auf das Deckblatt einen guten Wunsch. Im dritten Schritt wird erneut ein Bogen Papier darübergerlegt und ein Deckel gestaltet, um das Gefäß zu verschließen.“<sup>259</sup>

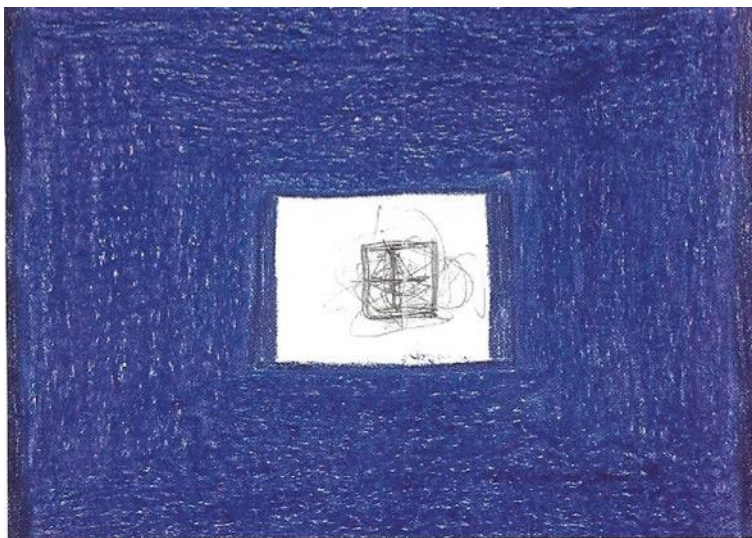


Abb. 3: Der stabile Rahmen<sup>260</sup>

Anhand dieses Bildes (Abb. 3) ist der erste Schritt, also die Rahmenbildung zu sehen. Die Patientin hat hier einen Flashback innerhalb des Rahmens gemalt. Der Rahmen

<sup>259</sup> Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 165-166.

<sup>260</sup> Ebenda, S. 160/VII.

wurde in einem kühlenden Blau gestaltet, der Flashback abstrahiert und mit einem Bleistift hineingezeichnet, um ihn auf diese Weise zu entschärfen. Im nächsten Schritt gestaltet sie einen guten Wunsch (Abb. 4), um den vorher gezeichneten Flashback damit abzudecken. Auf einem weiteren Papierbogen gestaltet sie den Deckel zum Verschließen des Gefäßes (Abb. 5). Das Verschließen symbolisiert sie mit einem kleinen Vorhängeschloss und durch die Farbe Gold, dass es sich um einen stabilen Metalldeckel handelt.<sup>261</sup>



Abb. 4: Der gute Wunsch<sup>262</sup>



Abb. 5: Der Deckel<sup>263</sup>

<sup>261</sup> Vgl. Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 167.

<sup>262</sup> Ebenda, S. 160/VIII.

<sup>263</sup> Ebenda, S. 160/VIII.

Lücke setzt fort: „[...] Beim Gestalten eines angenehm neutralen Archivraumes empfiehlt sich die Struktur des Triptychons, das zwei Seitenflügel hat, die sich öffnen und schließen lassen. Zunächst wird der Eingang zum Archivraum auf der Außenseite des geschlossenen Triptychons gestaltet: Um was für eine Tür handelt es sich, aus welchem Material besteht sie und auf welche Weise wird sie geöffnet und verschlossen? Die Tür hat eine zentrale Bedeutung, da sie den Vorgang des Distanzierens begrenzt. Gibt es etwas, das im Archivraum hinterlegt werden soll, beginnt dies mit dem Öffnen der Tür und endet mit dem Schließen. Danach kann die Patientin die Aufmerksamkeit darauf richten, wo und wie sie in ihrem Körper wahrnimmt, dass die Belastung nun sicher dort untergebracht ist. Im zweiten Schritt wird die Innenseite des Triptychons gestaltet. Der Bildraum ist für verschiedene Behältnisse (z.B. Schränke, Regale, Truhen etc.) vorgesehen, in denen Belastungen sortiert und sicher aufbewahrt werden können. Möglicherweise ist das Deponieren belastender Ereignisse aus der Biographie zunächst undifferenziert. Im weiteren Verlauf der Therapie dient die entstehende Struktur des Archivraums zunehmend dem Zuordnen, Sortieren und Clustern der Belastungen und vermittelt der Patientin zunehmend Kontrolle über die be- und verarbeitenden inneren und äußeren >Baustellen<.“<sup>264</sup>

„[...] Frau S. kommt zum wiederholten Male zu einem stationären Therapie-Intervall. Mithilfe vergangener stationärer Aufenthalte und einer langjährigen ambulanten Traumatherapie ist es ihr gelungen, für vormals voll abgespaltene innere Anteile ein durchgängiges Co-Bewusstsein zu entwickeln und diese in eine friedliche Co-Existenz zu integrieren, sodass sich der Alltag und die Lebensqualität deutlich verbessert haben. Seit der Geburt ihres ersten Kindes vor einem halben Jahr leidet Frau S. unter wiederkehrenden Gedanken, diesem Schaden zu wollen, es quälen und verletzen zu müssen. Frau S. versichert, durchgängig Kontrolle über ihr Handeln zu besitzen und dem Kind bisher keinerlei Schaden zugefügt zu haben. Sie fürchtet sich aber sehr davor, dass solche Impulse stärker werden könnten und sie dann nicht mehr in der Lage sein könnte, ihr Kind großzuziehen. Frau S. leidet sehr unter der Angst, ihr Kind zu verlieren, und unter massiven Scham- und Schuldgefühlen.“<sup>265</sup>

---

<sup>264</sup> Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 165-167.

<sup>265</sup> Ebenda, S. 177.

Den Persönlichkeitsanteil, der diese Gedanken >schickt<, bezeichnet Frau S. als >>gruseliges schwarzes Monster<<, vor dem sich alle anderen Innenanteile, einschließlich der kompetenten Alltagsanteile, fürchten. Das folgende psychoedukative Gespräch über die Entstehung und frühere Funktion solcher Anteile erlebt Frau S. als entlastend. Dass es sich um ein jüngeres Ich in einem >Monsterkostüm< handelt und nicht um ein Monster, lässt Frau S. Hoffnung schöpfen, dass dieser Anteil sich ändern kann und sie ihr Kind nicht verlieren muss. In vielen Märchen ist die Rolle und Aufgabe einer Märchenheldin eng verbunden mit dem Kostüm oder Gewand, das diese trägt. Umgekehrt impliziert das Tragen eines neuen Gewandes eine Verwandlung und das Einnehmen einer neuen Rolle. Um eine solche Verwandlung zu durchlaufen, benötigt das >Monster< zunächst einen neutralen Namen, der es nicht auf seine bisherige Rolle fixiert. Die Patientin erlebt, nachdem sie verstanden hat, welche wichtige Funktion dieser Anteil früher einmal gehabt hat, die Bezeichnung >Retter in der Not< als stimmig. Außerdem soll ein Ort der Geborgenheit für diesen Anteil eine stabile Basis für bevorstehende Veränderungen schaffen. Die Erwachsene, die vorwiegend die Therapie und den Alltag managt, nimmt ihre Angst wahr, im Kontakt mit diesem Anteil überwältigt und von destruktiven Botschaften überflutet zu werden. Um die Konfrontation zu dosieren und die zunächst notwendige Distanz herzustellen, soll die Kommunikation erst einmal ausschließlich über ein >Konferenztelefon< stattfinden. Ich biete Frau S. ein Triptychon zum Öffnen und Schließen an, in das die Patientin in den folgenden Sitzungen einen geschützten Ort für diesen Anteil hinein gestaltet. Es erleichtert sie sehr, dass sie das Triptychon immer wieder schließen kann, sobald sie Distanz benötigt. Es wird eine Vereinbarung mit dem >Retter in der Not< getroffen, dass dieser im Stationsalltag an seinem Ort bleibt und während der Therapiesitzungen die volle Aufmerksamkeit bekommt. Auf der Außenseite des Triptychons wird zunächst der Eingang gestaltet, der von einem starken Tiger bewacht wird und nur per Handabdruck geöffnet werden kann (Abb. 6). Für den Innenbereich des Triptychons (Abb. 7) ist es zunächst das Wichtigste, dass es dort eine Heizung, einen immer gefüllten Kühlschrank und viel Licht gibt. Frau S. wurde als Kind und Jugendliche häufig in einem dunklen Kellerraum eingeschlossen, musste frieren und hungern. Im linken Seitenflügel entsteht ein gepolsterter >Wut-Raum< mit einem Boxsack, in dem der Anteil >Dampf ablassen< kann, ohne sich selbst und andere zu verletzen. Im rechten Seitenflügel gestaltet Frau S. einen zunächst leeren Kleiderschrank, damit es für das neue Gewand einen Platz gibt,

sobald es gefunden sein wird. Im Mittelteil befindet sich das Konferenztelefon, über das die Verbindung zu anderen Persönlichkeitsanteilen hergestellt werden kann. Erst als >>alles da ist, was gebraucht wird<<, wagt die Patientin, den Anteil selbst in den Bildraum hineinzugestalten, und ist überrascht, dass die in ihrer bisherigen Vorstellung übermächtige schwarze Gestalt sich im gemalten Bild bereits einen >>coolen Sechzehnjährigen<< verwandelt hat. In den folgenden Dialogen liegt der Schwerpunkt auf der Würdigung der bereits entwickelten Fähigkeiten (Wachsamkeit, Kraft, Mut) dieses Sechzehnjährigen. Die Patientin schaut sich im Internet Meister asiatischer Kampfkunst an und entscheidet sich für einen Kampfsport-Anzug als neues Gewand. Der Sechzehnjährige bekommt einen asiatischen Meister als inneren Helfer, bei dem er lernen kann, wie verletzte jüngere Ichs adäquat geschützt werden können. An seinem geschützten Ort bekommt der neue Anzug zunächst einen festen Platz im Kleiderschrank. Der >Retter in der Not< ist eingeladen, das neue Kostüm so oft wie möglich anzuprobieren, darf aber das alte zur Sicherheit so lange behalten, bis es nicht mehr benötigt wird. Auch wenn die alten Verteidigungsstrategien in der Gegenwart dysfunktional sind, sind sie vertraut und vermitteln Sicherheit. Es wird zunächst ein Pendeln zwischen alten Mustern und neuen Möglichkeiten angestrebt, um neue Orientierungen zu geben und Weichen für eine Verwandlung von destruktiver Macht in konstruktive Kraft und Einflussnahme zu stellen. Der innere Vertrauensbildungsprozess zwischen den Anteilen wird noch Zeit und therapeutische Unterstützung benötigen, bis die neue Rolle fest etabliert und der >Retter in der Not< als Beschützer verletzter jüngerer Ichs im Innensystem der Patientin fest integriert sein wird.“<sup>266</sup>

---

<sup>266</sup> Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 177-179.



Abb. 6: Außenansicht<sup>267</sup>



Abb. 7: Innenansicht<sup>268</sup>

<sup>267</sup> Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 160/XVI.

<sup>268</sup> Ebenda, S. 160/XVI.

## 5. Conclusio

Grundsätzlich ist die Behandlung von Traumata nach jedem therapeutischen Anwendungsfeld ein heikles Verfahren, das viel Aufmerksamkeit und Verständnis braucht. Um Retraumatisierungen zu vermeiden und die/den PatientIn entsprechend zu stabilisieren, ist vor allem ein professionelles Vorgehen, inklusive Kenntnissen aus der Traumatherapie, der/des KunsttherapeutIn, gefragt. Umso mehr braucht es auch im Behandlungsfeld der Kunsttherapie klare Bestimmungen zum professionellen therapeutischen Vorgehen in der Traumaaarbeit, um für PatientInnen einen sicheren Therapieort und eine effektive Begleitung zur Aufarbeitung von Traumata zu gewährleisten.

In der jeder Therapie mit Traumageschehen liegt der Schwerpunkt vor allem auf der therapeutischen Beziehung. Da sowohl Traumatherapie, als auch Kunsttherapie mit Traumageschehen, mit verletzten inneren Anteilen eines Menschen arbeitet, soll durch die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn eine sichere und haltgebende Beziehungserfahrung ermöglicht werden, sodass die/der PatientIn sich auch sicher genug fühlt neue Erfahrungen der eigenen Handlungsfähigkeit zu machen.

Kunsttherapie und Traumatherapie arbeiten beide mit Imaginationen, also mit der Visualisierung. Imaginationen können den verletzten inneren Anteilen eines Menschen vermitteln und spielen somit auch eine tragende Rolle in der Nachversorgung dieser inneren Anteile.

Während Traumatherapie mit Techniken über die basale Stimulation durch etwa Augenbewegung, Tapping oder Tönen arbeitet, bringt Kunsttherapie die Imagination als sinnlich basale Erfahrung im Gestaltungsprozess in ein ausdruckszentriertes Werk. Mit dem Hinzukommen eines ausdruckszentrierten Mediums, können erlebte Traumata, auch ohne den Ausdruck durch das Wort, gegenständlich werden. Mittels des Mediums und der expressiv-künstlerischen Gestaltung entsteht dabei ein konkretes Gegenüber, etwas Greifbares.

In der modernen Kunsttherapie gilt es, trotz der Vielzahl an unterschiedlichen kunsttherapeutischen Ansätzen und Methoden, interdisziplinär zu arbeiten. So wird angeraten, sich nicht nur auf die Malerei oder das Plastizieren, die beide oft als Kunsttherapie verstanden werden, zu fokussieren, sondern mit dem gesamten Körper

zu arbeiten und auch zum Beispiel Bewegung und Musik miteinzubeziehen. Ein Trauma ist immer im Körper gespeichert und kann somit nur mittels der direkten Arbeit am/mit dem Körper auch bearbeitet und aufgelöst werden.

Vor allem haben sich deswegen ganzheitliche Ansätze mit tiefenpsychologischem Grundgedanken in der traumazentrierten Kunsttherapie bewährt.

Zum Schluss kann zusammenfassend gesagt werden, dass, die in der Kunsttherapie bestehende Triade aus dem künstlerischen Gestalten, der Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn, sowie der Betrachtung, Wirkung und Reflexion des Mediums, eine multimediale Auseinandersetzung schafft, die es PatientInnen ermöglicht, ihre Verhaltensmuster, Dynamiken und Erlebnisse mit Distanz zu betrachten. Unter Berücksichtigung der individuellen Ausdrucksmöglichkeit der/des PatientIn und mit Verständnis und Bezugnahme zur Traumatherapie, kann Kunsttherapie den Heilungsprozess der verletzten Psyche, beziehungsweise der verletzten inneren Anteile, begünstigen und ist in modernen Behandlungsverfahren der Traumaaarbeit kaum mehr wegzudenken.

# ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: .....	64
Susanne Lücke, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015, S. 144/II.	
Abbildung 2: .....	64
Susanne Lücke, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015, S. 144/II.	
Abbildung 3: .....	65
Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 160/VII.	
Abbildung 4: .....	66
Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 160/VIII.	
Abbildung 5: .....	66
Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 160/VIII.	
Abbildung 6: .....	70
Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 160/XVI.	
Abbildung 7: .....	70
Susanne Lücke, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, <i>Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen</i> , Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001, S. 160/XVI.	

## BIBLIOGRAPHIE

Baer, Udo, *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder.. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*, Neukirchen-Vluyn : Semnos Verlag 2016.

Baukus, Peter / Thies, Jürgen, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Stuttgart : Gustav Fischer 1993.

Deuser, Ortrud, „Geführtes Zeichnen“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993.

Eberhart, Herbert, „Lösungskunst – Entwicklung, Grundlagen und Prinzipien ressourcenorientierter Arbeit in den Künstlerischen Therapien“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Eggenhofer, Alexander, „Die Entstehung, Gründung, Etablierung des Colleges“, *Edith Kramer – Pionierin der Kunsttherapie*, Hg. Kunst-, Mal- und Gestaltungstherapie in Österreich, Wien/New York/Grundlsee : Edith Kramer Gesellschaft - styria premium 2016.

Egger, Bettina (Hrsg.), *Ereignis Kunsttherapie*, Bern : Zytglogge 2003.

Egger, Bettina / Merz, Jörg, *Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern*, Bern : Hans Huber 2013.

Egger, Bettina / Merz, Jörg, „Lösungsorientiertes Malen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Egger, Bettina, „Begleitendes Malen nach Bettina Egger“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993.

Egger, Bettina / Hartmann, Urs, *Personenorientierte Maltherapie: Wie der Malprozess Gedanken und Gefühle klären kann*, Bern : Hogrefe 2017.

Elbrecht, Cornelia, „Das Geführte Zeichnen auf dem Hintergrund der Initiativen Therapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn : Junfermann 1991.

Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter, *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München : Ernst Reinhardt 2020.

Franzen, Georg, „Kunst und Psyche – psychologische Aspekte Künstlerischer Therapien“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Franzke, Erich, „Die Verwendung von Handpuppen als gestaltungstherapeutische Arbeitsmittel in der Psychotherapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn: Junfermann 1991.

Fritz-Ipsmiller, Harald, *Wo setzt ganzheitliche Kunsttherapie an? Künste als gesundheitsaktivierende Regulative*, Pädiatrie & Pädologie 3/2010.

Garai, Josef E., „Der humanistische Ansatz in der Kunsttherapie“, *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie*, Hg. Judith A. Rubin, Karlsruhe : Gerardi 2010.

Guddat, Sarah/ Voelzke-Neuhaus, Maik, *Kunsttherapie im Rahmen der DBT*, Stuttgart : Schattauer 2021.

Günter, Michael, „Malateliers in psychiatrischen Kliniken – Grundlagen heutiger kunsttherapeutischer Theorie und Praxis“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Hanswille, Reinert / Kissenbeck, Annette, *Systemische Traumatherapie – Konzepte und Methoden für die Praxis*, Heidelberg : Carl-Auer 2014.

Heimes, Silke, *Künstlerische Therapien: Ein intermediärer Ansatz*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2010.

Heimes, Silke, „Poesie- und Bibliothherapie im klinischen Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Hellgardt, Hermann, „Märchen und Märchentherapie in der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn: Junfermann 1991.

Kramer, Edith, „Sublimierung und Kunsttherapie“, *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie*, Hg. Judith A. Rubin, Karlsruhe : Gerardi 2010.

Leutkart, Christine / Wieland, Elke / Wirtensohn-Baader, Irmgard (Hrsg.), *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis – Band 2: Neue Impulse, Projekte, künstlerische Ansätze*, Dortmund : Verlag Modernes Lernen, 2014.

Lücke, Susanne, „Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2015.

Lücke, Susanne, „Kunstpsychotherapie im Prozess der Traumaheilung“, *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*, Hg. Luise Reddemann, Stuttgart : Klett-Cotta 2001.

Lutz Hochreutener, Sandra, „Ton um Ton ... Einblicke in die Musiktherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Martius, Philipp / von Spreti, Flora / Henningsen, Peter (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*, München : Urban & Fischer 2008.

Martius, Philipp / von Spreti, Flora, „Kunsttherapie: Geschichte, Ansätze, Wirkweisen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Martius, Philipp / von Spreti, Flora / Förstl, Hans (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, München : Elsevier Urban & Fischer 2012.

Matter, Birgit, „Rezeptive Kunsttherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Menzen, Karl-Heinz, *Grundlagen der Kunsttherapie*, München : Ernst Reinhardt<sup>5</sup> 2021.

Menzen, Karl-Heinz, „Szene der Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa – Entwicklung, Systematik und aktuelle Situation“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Petzold, Hilarion, „Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie“, *Die neuen Kreativitätstherapien – Handbuch der Kunsttherapie Bd. 1*, Hg. Hilarion Petzold/Ilse Orth, Paderborn : Junfermann 1991.

Reddemann, Luise, *Imagination als heilsame Kraft - Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett -Cotta 2001.

Reddemann, Luise, „Ätiologie des Traumas – medizinische und psychotherapeutische Behandlung“, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Hg. Philipp Martius/Flora von Spreti/Hans Förstl, München : Elsevier Urban & Fischer 2012.

Reddemann, Luise, *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – Ein Mitgeföhls- und Ressourcenorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*, Stuttgart : Klett-Cotta 2011.

Rickert, Regula, *Lehrbuch der Kunsttherapie*, Ahlerstedt : Param<sup>3</sup> 2015.

Rössler, Wulf / Matter, Birgit (Hrsg.), *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Rubin, Judith Aron (Hrsg.), *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie – Theorie und Praxis*, Karlsruhe : Gerardi 2010.

Scheepers-Assmus, Clara, „Ergotherapie im ambulanten Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Schiefer, H.J., „Ein kreativ-dramatischer Ansatz: Psychodrama und Kunsttherapie“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart : Gustav Fischer 1993.

Schneider, Birgit, „Narrative Kunsttherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Schottenloher, Gertraud, „Mess-Painting: Spontanes Malen als therapeutischer Prozess“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart: Gustav Fischer 1993.

Schulte-Steinicke, Barbara, „Therapeutisches Schreiben im ambulanten Setting“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Schulze, Constanze „Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapien – die forschungsbasierte Perspektive“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Shapiro, Francine/Silk, Margot, Forrest, *EMDR in Aktion – Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis*, Paderborn : Junfermann 2007.

Steinbauer, Maria, „Integrative Maltherapie – eine Brücke für Patienten mit psychischen Störungen“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Sterneke, Katharina, „Über den Einsatz und die Wirkungsweise von „Bildschirm-Techniken“, *Phänomenal – Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie* 1/2014.

Stöveken, Ulrich, *Kunsttherapie für Einsteiger – Welche Farbe hat das Leben?*, Darmstadt : WBG 2013.

Unterholzer, Carmen, „Ansätze der Poesie- und Bibliothherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Wagner, Manfred, *Stoppt das Kulturgeschwätz! – Eine zeitgemäße Differenzierung von Kunst und/oder Kultur*, Wien : Böhlau Verlag 2000.

Wendlandt-Baumeister, Marion, „Kunsttherapie mit Folterüberlebenden“, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Hg. Philipp Martius/Flora von Spreiti/Hans Förstl, München : Elsevier Urban & Fischer 2012.

Willke, Elke, „Ansätze der Tanz- und Bewegungstherapie“, *Kunst- und Ausdruckstherapien – Ein Handbuch für psychiatrische und psychosoziale Praxis*, Hg. Wulf Rössler/Birgit Matter, Stuttgart : Kohlhammer 2013.

Wolfrum, Günter, „Das Formenzeichnen“, *Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie*, Hg. Peter Baukus/Jürgen Thies, Stuttgart : Gustav Fischer 1993.

## **ONLINE**

Fritz-Ipsmiller, Harald, *Kunsttherapie in Österreich*, unter: [bestNET.Kongress, Kepler Universität](#), 18.11.2007.

Starke, Irmgard Maria, *Phronetik und phronetische Kunsttherapie*, unter: <https://www.phronetik-akademie.com/phronetik/phronetische-texte/>, 21.07.2009.

<http://www.akt-kunsttherapie.ac.at/>

<https://www.a-kt.at>

<https://www.aktha.at>

<https://anthroposophische-kunsttherapien.at>

<https://www.arttherapy.at>

<https://berufsverbandkunsttherapie.com>

<https://www.cuore-arbeit-und-phronetik.com>

<https://www.ikt.or.at>

<https://www.kunsttherapie-schule.at>

<https://www.kunsttherapie-tirol.at>

<https://www.phronetik-akademie.com>

<https://www.mgt.or.at>

<http://www.multimediale-kunsttherapie.at>

<https://www.oegit.at/oegit/>

<https://www.phdl.at>

<https://ptw.sfu.ac.at/de/studium/universitaetslehrgaenge-mit-akademischem-abschluss/kunsttherapie/>

<http://www.richter-reichenbach.de>

## Im Gespräch mit Birgit Troger

15.03.2022 um 13:00 Uhr - Geführt über das Telefon - 00:00:00 – 00:12:02

I: Hallo nochmal und herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen innerhalb dieses Interviews die Traumaarbeit in der Traumatherapie-Praxis zu beleuchten. Kommen wir gleich zur ersten Frage. Was ist Traumatherapie? Auch im Vergleich zur Psychotherapie und Kunsttherapie? #00:00:25#

BT: Traumatherapie ist eine spezielle Art der Psychotherapie, für Menschen, die eine Traumadiagnose erhalten haben und an Folgen von Traumatisierungen leiden. Also Traumatherapie ist aus der Psychotherapie entstanden. Man hat gemerkt, dass normale Psychotherapie oft zu einer Überforderung des Traumatisierten führt und sogar Retraumatisierungen auslösen kann. So hat man mit der Psychotraumatologieforschung Techniken gefunden, um dies zu vermeiden. #00:01:58#

I: Wieso kann normale Psychotherapie zu Retraumatisierungen führen? #00:02:10#

BT: Wenn Menschen ein Trauma erleiden, dann hat das Gehirn die Möglichkeit das Trauma zu verarbeiten, aber nur wenn ausreichend Verarbeitungsmöglichkeiten vorhanden sind. Aber wenn diese Verarbeitungsmöglichkeiten überfordert werden, da reagiert das Gehirn mit Schutzmechanismen. Diese Schutzreaktionen gibt es ja aus gutem Grund. Wenn man diesen Schutz außer Kraft setzt, also mit Therapiemethoden die sehr konfrontativ sind, dann kann das alte Zustände triggern und es kommt zur Retraumatisierung. Also es triggert das Erlebte, Gefühle von Angst, Ohnmacht und Ausgeliefertsein, das Gehirn verwechselt dann „Hier und Heute“ mit „Dort und Damals“ und den Leuten geht es mitunter ganz schlecht. Auch dissoziative Symptome können auftauchen. #00:03:26#

I: Also daher hat man geforscht, wie man dem entgegen wirken kann? #00:03:33#

BT: In den 90er Jahren, also auch mit dem Aufkommen bildgebender Verfahren, hat man entdeckt, dass das Gehirn bestimmte Reaktionen hervorbringt und auch auf bestimmte Inputs reagiert. Dann hat man versucht mit Menschen, die Traumatisierungen erlitten haben, so zu arbeiten, sodass eine Stabilisierung möglich wird, die der herkömmlichen Psychotherapie meist fehlte. So haben sich die Phasen der Traumatherapie gebildet. #00:04:21#

I: Welche Phasen gibt es da? #00:04:30#

BT: Die erste und wichtigste Phase der Traumatherapie ist die Phase der Stabilisierung. Stabilisierung bedeutet, dass man mit dem Klienten daran arbeitet, destabilisierende Muster zu unterbrechen. Also der Klient soll lernen zu beobachten, was gerade in ihm passiert. Weil wenn er beobachten kann, geht er automatisch auf Distanz. Und aus dieser Beobachterebene heraus soll es dann gelingen, nach und nach dysfunktionale Kreisläufe zu unterbrechen und sich selbstwirksam selbst zu beruhigen und somit den Gefühlen von Ohnmacht und Ausgeliefertsein entgegenzuwirken. #00:05:11#

I: Welche Methoden kommen in dieser Phase zur Anwendung? #00:05:20#

BT: Es gibt die Möglichkeit, durch bestimmte Übungen, Gedanken zu beeinflussen und negative Gedankenspiralen zu durchbrechen. Zum Beispiel kommt die 5-4-3-2-1-Übung oft zur Anwendung. Dabei geht es darum sich im Hier und Jetzt zu orientieren, anhand des visuellen Sinns. Man sucht im Raum Gegenstände zum Beispiel nach ihrer Farbigkeit. So benennt der Klient dann fünf blaue, vier grüne, drei gelbe, zwei rote und einen weißen Gegenstand. Er orientiert sich dabei im Hier und Jetzt innerhalb des Raumes und kommt auch mit seinen Gedanken in diesen Raum, der im Hier und Jetzt ist. Es gibt neben dieser Übung auch Übungen zur Stabilisierung, die auf Körperebene agieren, wie zum Beispiel traumasensitives Yoga oder Qigong. Was ich persönlich auch sehr gerne anwende ist Body2Brain.

Aber generell arbeitet man immer auf allen Ebenen, individuell auf den Klienten eingehend. Also man arbeitet mit der Stabilisierung über die Gedanken und über den Körper, um im Endeffekt das Gefühl zu beeinflussen. Gedanken, Körpererleben und Gefühl bewirken schließlich das Handeln.

Die Stabilisierungsphase ist mitunter ein sehr langer Prozess und die Dauer der Phase hängt von der Schwere des Traumas ab - also handelt es sich um ein Monotrauma oder um sequentielle Traumatisierungen in der Kindheit. Bei Zweitem braucht man eine viel längere Stabilisierungsphase. Die Stabilisierungsphase ist ganz wichtig bevor man in die zweite Phase – also zur Traumakonfrontation oder Traumaverarbeitung übergeht. Manche Menschen genügt auch die Stabilisierung und sie wollen keine Traumaverarbeitung machen . #00:07:01#

I: Wie geht man die Traumakonfrontation an? #00:07:09#

BT: Zum Beispiel gibt es da die Bildschirmtechnik nach Luise Reddemann, Somatic experiencing nach Peter Levine oder aber auch EMDR nach Francine Shapiro. Beim EMDR arbeitet man mit der bilateralen Stimulation beider Gehirnhälften durch Augenbewegungen von links nach rechts, dadurch werden Ressourcennetzwerke im Gehirn im Verarbeitungsprozess angestoßen. Shapiro hat dabei ein Protokoll entwickelt, wonach schrittweise vorgegangen wird und alle Erlebnisebenen miteinbezogen werden – Kognition, Emotionen und Körperebenen. Und man arbeitet dabei mit der belastenden Szene und dem intensivsten Bild und sucht dabei auch die dazu passende negative Kognition. Dann sucht man als Gegenpol eine positive Kognition: so wie man heute lieber über sich denken können würde, wenn man das vergangene Bild anschaut. Neben der Augenbewegung können als bilaterale Stimulation auch Tapping und Töne verwendet werden. Während der bilateralen Stimulation prozessiert das Gehirn von selber, dann wird der Klient angeleitet auszublenden, tief durchzuatmen und kurz zu berichten was aufgetaucht ist, danach folgt die nächste Sequenz. Dies geschieht solange, bis etwas neutrales oder positives kommt. Dann geht man zurück zum Knoten und wiederholt, solange bis etwas verarbeitet ist. Bevor man mit dem Verarbeitungsprozess beginnt, wird mit dem Klienten ein Stoppzeichen vereinbart, sodass dieser jederzeit die Möglichkeit hat, die Sitzung zu stoppen und so die größtmögliche Kontrolle behalten kann.

Voraussetzung für die Arbeit mit EMDR ist es, dass man einen Wohlfühlort imaginieren kann, die Safe-Technik beherrscht und dass der Alltag sicher ist. #00:08:53#

I: Wie funktioniert die Arbeit mit Imaginationen und was ist die Safe-Technik? #00:09:02#

BT: Visualisieren, also die Arbeit mit Imaginationen spielt in der Traumatherapie eine wichtige Rolle. Luise Reddemann sagt: „Phantasie ist Zauberkraft“. Durch Phantasie, Imaginationen, Visualisieren haben wir die Möglichkeit den belastenden Bildern, die „wie von selbst“ auftauchen und im Organismus Stress auslösen etwas entgegensetzen, das heißt wir können selbstwirksam etwas tun, also stabilisierende Bilder generieren, um diese Dynamik abzuschwächen beziehungsweise außer Kraft zu setzen. Das braucht natürlich Übung. Bei der Safe-Technik visualisiert man einen Safe oder sicheren Behälter in dem man schwieriges Material einpacken kann. Man soll selbst bestimmen können, wann man sich damit beschäftigen will und nicht „Es“ soll bestimmen. Man kann imaginativ Fotos, Filmsequenzen, Gedanken und Gefühle, denen man eine Farbe eine Form und eine Konsistenz gibt, in den Safe packen. Damit die Reste des traumatischen Materials, die am Ende der Stunde eventuell noch da sind, den Alltag des Klienten nicht stören, legt der Klient diese in den Safe, verschließt ihn gut und wendet dann dem Safe den Rücken zu und entfernt sich, distanziert sich und begibt sich zum Abschluss der Sitzung mit allen seinen Sinnen an den Wohlfühlort, der eine sichere Umgrenzung hat. Erst bei der nächsten Sitzung wird das Material dann wieder aus dem Safe genommen und man arbeitet weiter daran. #00:10:01#

I: Zum Abschluss beziehe ich mich noch auf die Wirksamkeit mit der Frage, welche Wirkweisen im Zuge oder am Ende einer Traumatherapie zu erwarten sind? #00:10:28#

BT: Die dritte Phase der Traumatherapie ist die Phase der Neuorientierung. Die Energie die vorher in der Vergangenheit gebunden war, wird nun für die Gegenwart und Zukunft frei. Vermeidungsmuster wurden aufgelöst, der Handlungsspielraum erweitert. Man beschäftigt sich mit der Frage, wo es denn hingehen soll.

Das Ziel der Therapie und die Wirkweise, die erwartet wird, ist, dass sich ein Trauma als etwas Geschehenes, etwas Vergangenes anfühlt: es war, es war schlimm, aber es ist vorbei. Der Klient hat das Gefühl von zeitlicher Distanz entwickelt und das traumatische Erlebnis hat für heute keine Bedeutung mehr, da es abgeschlossen ist. #00:11:34#

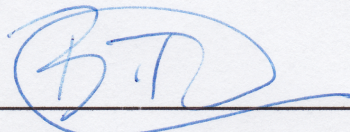
I: Vielen Dank nochmal für das Gespräch und für den interessanten Einblick in die Praxis der Traumatherapie! #00:12:02#

## Einwilligungserklärung

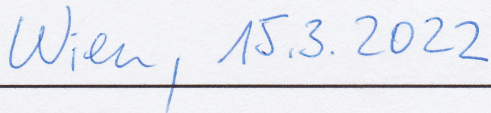
Ich, Birgit Troger, erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung der personenbezogenen Daten und Aussagen, die im Rahmen des Gesprächs für die vorliegende Abschlussarbeit des postgradualen Universitätslehrgangs „art & economy“ an der Universität für angewandte Kunst Wien am 15.03.2022 um 13:00 Uhr erhoben wurden.

Die Daten werden im Rahmen eines Telefongesprächs erhoben, das mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wurde. Zum Zwecke der Datenanalyse werden die mündlich erhobenen Daten verschriftlicht (Transkription).

Die Teilnahme an dem Gespräch erfolgt freiwillig. Das Gespräch kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden. Das Einverständnis zur Weiterverwendung der Daten kann jederzeit widerrufen werden.



Unterschrift



Datum, Ort

## Im Gespräch mit Sabine Baumgartner

09.03.2022 um 18:00 Uhr - Geführt über Zoom - 00:00:00 – 01:04:48

I: Hallo nochmal und herzlichen Dank, dass du dir die Zeit nimmst, für meine Masterarbeit einen praxisnahen Bezug und Einblick in die Traumaarbeit in der Kunsttherapie zu geben. Und da kommen wir gleich zur ersten Frage, nämlich, was ist aus kunsttherapeutischer Sicht eigentlich ein Trauma? Oder wie würdest du ein Trauma beschreiben als Kunsttherapeutin? #00:00:42#

SB: Also Trauma ist ja kein wissenschaftlicher Begriff, sondern eine Beschreibung von etwas Erlebtem. Etwas, was schwer zu verkraften ist. Freud zum Beispiel. Das hat mir sehr gut gefallen und hab ich mir rausgesucht. Der sagt, dass ein Trauma ein Ereignis ist, welches dem Seelenleben innerhalb kürzester Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, dass die Aufarbeitung in normaler gewohnter Weise missglückt und woraus Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen. Und da setzen wir schon in der Kunsttherapie an dem an, dass wir einen Körper haben und ja Kunst durch unseren Körper entsteht, weil es ja ein sinnliches Ausdrücken ist. Und im Körper, durch ein Trauma, ist ja das Nervensystem so hoch erregt worden und dadurch durcheinander geraten. So können wir mit dem Nervensystem in der Kunst sehr gut arbeiten. #00:02:16#

I: Dann passt eigentlich die zweite Frage auch gleich dazu. Nämlich wodurch eignet sich Kunsttherapie in der Arbeit mit Traumata? #00:02:25#

SB: Genau. Also beim Trauma ist es ja so, dass man schon unterscheiden sollte zwischen zwei Hauptunterscheidungskriterien. Einerseits gibt es das Entwicklungstrauma, wo auf der Beziehungsebene sehr viel passiert ist eventuell und Akuttraumatisierungen. Aber im Prinzip sind es Entwicklungstraumatisierungen, die sehr viel machen. #00:02:58#

I: Also quasi ein Entwicklungstrauma ist in dem Sinn ein Ereignis über eine längere Zeit? #00:03:09#

SB: Ja, das ist zum Beispiel, wenn man sehr stark über eine längere Zeit vernachlässigt wurde, alleine gelassen worden ist. Wo das Kind überwältigte Gefühle hat. Wo das System so stark in einen Stress gerät, dass es immer erregt ist. Oder sich das Kind auch hilflos fühlt, ohnmächtig fühlt oder auch Selbstabwertungen stattfanden. Wenn verbale Gewalt ganz stark im Vordergrund ist. Also in Amerika hat es mal eine Studie gegeben, leider finde ich sie nicht mehr, wo man sagt 60% der Traumata resultieren aus Verwahrlosungen. Also passieren im Elternhaus. Das wird noch immer sehr stark unterschätzt. Das hat kein Kind, wie, das und das ist passiert, sondern es geht um eine längere Zeitspur, was ja im Körper abgespeichert ist. Man kann etwas vielleicht lange halten oder mit etwas umgehen. Aber als Erwachsener oder dann im Alter kommen Symptome hoch, sodass man nicht mehr umgehen kann mit zum Beispiel Einsamkeit oder Hassgefühlen, die aber in der Kindheit entstanden sind. Im Gegensatz zu Akuttraumatisierungen, die durch Flucht oder Unfall im Erwachsenenalter entstanden sind. Auch Vergewaltigungen, Übergriffe und Überfälle. Der Mensch hat hier schon eine Basis, wo er

viel besser umgehen kann. Beim Entwicklungstrauma weiß man ja oft gar nicht, dass man eines hat. Man hat nur Symptome. Das da ein Trauma einhergeht, haben die Menschen oft gar nicht am Schirm. #00:05:39#

I: Gerade wenn wir ein Entwicklungstrauma näher anschauen, wie du gesagt hast, dass Menschen das oft gar nicht wissen, woher gewisse Symptome oder Verhaltensweisen kommen. Inwiefern kann man hier mit Kunsttherapie aufarbeiten? #00:06:09#

SB: Mit Symptomen, wie Hilflosigkeit, Sprachlosigkeit, Ohnmacht – wenn man von diesen Symptomen ausgeht, dann kann durch das Herausbringen, also man bringt etwas in ein Werk, ob das jetzt im Ton, in der Skulptur, in der Installation, in ein Bild – man bringt etwas raus und hat dadurch schon mal dieses Sichtbarwerden. Dadurch kann man Benennen, Umgestalten, etwas Versorgendes dazugeben und kann durch das Werk eine Distanzierung schaffen. Dadurch passiert ein Ordnen, ein Klarwerden und das Selbst lernt umzugehen. Hier liegt der Vorteil in der Kunst. Es nutzen ganz viele Psychotherapeuten jetzt schon auch diese Medien, eignen sich das an, wo sie aber selber leider keine Künstler sind. Sie gebrauchen sie sehr Dudenhaft, was ich als Kunsttherapeutin selbst sehr stark ablehne. Weil sie individuell benützt werden sollten. #00:07:36#

I: Gibt es dabei spezielle Methoden, die man anwendet in einem kunsttherapeutischen Setting, die entweder besonders oft Anwendung finden oder in ihrer Effektivität besonders hervorgehoben werden können? #00:07:56#

SB: Also es gibt definitiv in der Kunsttherapie keine Methoden wo man sagt, das wende ich genau für diese Art von Trauma an. Kunsttherapie heißt ja, ich als Therapeutin mit meinen Beziehungsfähigkeiten bei der therapeutischen Gestaltung, bin wahrnehmend, bin geschult und gehe auf die Bedürfnisse ein und geh auch auf die Ziele ein und gehe erst dann auf ein Gestaltungsangebot ein. Das ist ja das spannende. Methoden kommen im Tun, im Fühlen, im Miteinander, in der Hilfestellung, in der möglichen Gestaltung – dieser Prozess ist so wirksam. Hier passiert etwas komplett neues. #00:09:10#

I: Also die Individualität steht stark im Vordergrund? Könntest du dies bitte kurz anhand eines Beispiels aus der Praxis erläutern. #00:09:47#

SB: Ich beschreibe ein Beispiel aus der Psychiatrie: Eine junge, depressive, schüchterne und zarte Patientin kommt zu mir in die Kunsttherapie. Ihre Biographie beinhaltet Gewaltelemente, über die wir in ihrem kurzen Aufenthalt nie gesprochen haben. Sie liebt malen, es ist ihr Medium. Sie zeichnet in der ersten Einheit dunkel und natürlich könnte ich sie in dieser Dunkelheit drin lassen. Aber Traumatherapie wäre das nicht. Wir begleiten sie aus der Dunkelheit, aus diesem „State“, aus diesem Zustand raus. Alleine schafft sie das nicht, sonst wäre sie auch nicht im Krankenhaus. In der nächsten Einheit, gebe ich einen starken Gedankenimpuls, dass wir Menschen auch einen heilen, also gesunden Anteil in uns hätten, wo das Dunkle nicht hin komme. Diese Neuausrichtung, dieses Wissen um diesen gesunden Anteil brauchen wir, um uns von beschädigten, beschämten und eventuell beschmutzten Anteilen sprich

Dunklem und Schwerem zu lösen. Sie malte mit Aquarellfarben ein strahlendes Auge ohne Tränen. Es war ein so feiner Prozess, der uns beide berührte. Die Patientin meinte, sie habe schon sehr lange nicht mehr hell und strahlend gemalt, habe zum ersten Mal Hoffnung, Entspannung erlebt und ein Aufatmen gekriegt. Der Fokus wurde auf das Gegenteil gelenkt. Nur in der Kunst alleine ohne Begleitung zu tun, schafft das bei TraumatpatientInnen nicht. Die Kunsttherapie lenkt behutsam den/die PatientIn weg von der Schwere, hin zur Ressource. Das ist das besondere an der therapeutischen Begleitung. #00:12:17#

I: Während des Behandlungsprozesses sieht man schon die ersten Wirkweisen, wie soeben im Beispiel bemerkbar. Kann man sagen, wenn die Therapie beendet wurde gibt es die und die Wirkweisen oder bezieht man sich hier eher auf den Verlauf? #00:12:43#

SB: Traumabehandlung heißt nicht, zack gesund oder fünf Behandlungen und die große Veränderung ist da. Ein Trauma ist das Massivste, was einem Mensch widerfahren kann und ein Trauma braucht ein gutes stützendes tragfähiges Beziehungsfundament. Durch traumatherapeutische Begleitung passiert kontinuierlich ein neuer Umgang mit dem über- oder untererregten Nervensystem, den dysfunktionalen Symptomen, die durch ein Trauma verursacht worden sind.

Ich möchte jetzt kurz vom Entwicklungstrauma weggehen und über ein Akut-Trauma sprechen. Nehmen wir ein Akuttrauma im Erwachsenenalter. Das wird ganz anders behandelt. Erwachsene haben gut ausgebildete Wurzeln, sprich sie haben gelernt sich gut zu versorgen, zu nähren und haben Ressourcen aufgebaut. Hier ist die therapeutische Beziehung weniger wichtig, es kann viel schneller an den Ressourcen angebunden werden und die Kunst kann das Dunkle viel schneller in Gold verwandeln.

Bei Entwicklungstrauma jedoch ist die Beziehungsebene verletzt worden und hier gilt, je früher jemand verletzt worden ist, desto mehr „Wurzelerbeit“ muss in der Traumatherapie geleistet werden. Das schafft die Kunsttherapie recht gut. Hier können durch sinnliches Tun frühere verletzte Selbstanteile aus der Kindheit nachversorgt werden. Das Nachversorgen ist ein wichtiger Bestandteil in der Therapie. In der Kunsttherapie schaut das Praktisch so in etwa aus: Der Patient formt mit Ton eine Figur, die den verletzten Anteil darstellt, wir besprechen was diesem Anteil jetzt gut tun würde, was wäre dieser Gestaltung hilfreich! Und dann formt der Patient etwas Helfendes, Stützendes, Wohlwollendes dazu. Die vorherige Gestalt bekommt also eine Umgestaltung. Das passiert in der Kunstwelt auch. Etwas Altes hat ausgedient, und wird eventuell übermalt; etwas Neues entsteht. Hier im geschützten Kunsttherapiesetting ist das auch möglich. Diese Neuausrichtung mit viel Bewusstheit und somit mit Absicht. #00:15:28#

I: Kann man dann also mit Kunst ein Trauma nachhaltig heilen? #00:15:45#

SB: Das ist eine gute Frage, weil man heilt ja nicht ein Trauma, sondern die Folgestörungen. Wir stellen uns die Frage, wie wir mit alten schrecklichen inneren Bildern neu umgehen können. Aber Heilen ist ein großes Wort. Als Therapeut kann man ja gar kein Heilsversprechen abgeben – darf man auch gar nicht. Wir beziehen uns hier eher auf den Umgang mit dem Trauma. Durch die Kunst steigen wir ein – Schau du kannst! – als Aufforderung – Du kannst damit umgehen! Das hat diese unglaubliche Wirkkraft. Man kann nicht in die Vergangenheit zurückgehen und das Trauma löschen, sondern wir können nur neu

umgehen und wir können lernen diese Spannungszustände im Nervensystem selbst zu regulieren. Und wir können durch die Kunst super regulieren. #00:18:06#

I: Was spielt das Werk als Medium für eine Rolle? Gerade wenn man bildende und darstellende Kunst miteinander vergleicht. #00:18:22#

SB: Je mehr Körpereinsatz, desto schneller ist etwas griffiger. Also weil etwas einfach viel stärker sichtbar wird. Im Malen kann man sich zum Beispiel verstecken. Und im körperlichen Darstellen kann man es nicht mehr, außer der Patient ist zum Beispiel Tänzer oder Schauspieler, dann könnte er sich schon verstecken, weil er es bereits gelernt hat. Ein normaler Klient hat dieses Werkzeug nicht und kann sich nicht verstecken. Einer ist mal gekommen in der Psychiatrie und hat gesagt, dass er nichts braucht, dass es ihm eh gut geht. Ich habe ihn dann gebeten, er soll mit seinem Körper darstellen, wie es ihm jetzt gerade geht, wie gerade sein Ist-Zustand ist. Er ist dann aufgestanden, ist zum Kasten gegangen, hat sich runtergebeugt und zusammenfallen lassen, den Kopf eingezogen und die Hände über den Kopf gelegt. Es war im Raum eine Erschütterung spürbar. Er hat dann aufgeschaut und gesagt, dass es ihm überhaupt nicht gut geht. Er hat erst durch die körperliche Darstellung begriffen, dass es ihm selber nicht gut geht. #00:20:12#

I: Wie ist es dann weitergegangen? Wurde weiterhin sehr körperlich gearbeitet oder wurde ein weiteres Medium hinzugezogen? #00:20:29#

SB: Ja genau, also bei ihm war es so, dass wir dann schon ins Malen gegangen sind. Ich arbeite sehr ganzheitlich, also Malen, Tanzen, Bewegen, Darstellen. Wir sind schon in die Malerei gegangen, also haben ein Bild miteinbezogen, aber dann je nach Prozess. Also wir sind auch ins Darstellen, ins Gehen gegangen, ins Sätze rufen, die Ziele mit dem Körper darzustellen. Zum Beispiel statt, ich bin erschüttert - ich bin stabil, ich kann mich umschaun, ich muss mich nicht fürchten – solche Sätze kommen dann hoch. Und mit dem Körper – das Trauma ist ja im Körper drin, passiert hier eine Neuorientierung direkt im Körper. Man kann sich so ausrichten und sagen ich bin jetzt gegenwärtig da, das ist was Altes und ich kann mich von dem lösen. #00:21:54#

I: Macht genau die Mischung aus darstellender und bildender Kunst die Therapie in ihrer Effektivität aus? Also man sucht etwas nicht angelerntes, damit sich die/der PatientIn nicht verstecken kann und führt dann vom einen Medium ins andere, wodurch Wirkweisen in der Vielseitigkeit entstehen? #00:22:27#

SB: Ja genau. Kunst ist für mich sinnliches Tun und durch dieses sinnliche Tun passiert im Körper etwas. Und natürlich in der Psyche, aber hängt ja zusammen. Ohne Körper hätte man keine Psyche. Durch dieses selber tun und selber erleben, passiert so viel. In der kognitiven Gesprächstherapie ist man nur oben, aber ein Trauma ist im Körper gespeichert. Die Folgen sind im Körper sichtbar. Mit den Folgen kämpft ja der Körper. Es geht darum, durch den Körper zu erfahren, ich gestalte was, ich kann was. Nach x Stunden wird oft sichtbar – ah in mir gibt es einen Anteil von früher, der sich abgewertet

hat und dem darf ich nicht immer glauben, sondern ich darf auch beginnen einen anderen an mich glaubenden Anteil aufzubauen. Das ist natürlich ein stetiges lernen, wenn man sich vorstellt, jemand kommt in die Therapie, der sich 27 Jahre abgewertet hat. Das Gegenteilige muss man langsam aufbauen. Das waren ja Schutzmechanismen, sich klein zu machen, sich zurückzuziehen, weil Papa oder Mama gewalttätig waren, abwertend waren. Darum benehme ich mich so und lebe so klein, weil es ja früher ein Schutz war. Und man kann nicht sagen, ah in drei Therapiestunden geben wir diesen Schutz auf und du wirst komplett neu. Das hört sich ja bei esoterischen Veranstaltungen immer so gut an, weil die atmosphärisch arbeiten. Atme aus und lasse los. Aber es steht vielmehr ein ausgeklügeltes Schutzsystem im Hintergrund und eine Gegenkraft muss erst langsam aufgebaut werden. Therapie braucht Zeit. Gerade Traumatherapie ist schon auch anders als Kunsttherapie, also reine Kunsttherapie ohne Traumaschehen, weil es viel strukturierter ist. Viel mit Arbeitsbündnis ist. Hauptanteil von Traumatherapie in der Kunsttherapie ist Sicherheit, das Gefühl von Sicherheit zu geben. Und auch Struktur und Orientierung zu geben. Das sind ganz wesentliche Elemente in der Traumatherapie und Kunsttherapie. #00:25:50#

I: Findet dann die Traumaufarbeitung rein innerhalb der Therapiesitzung statt oder gibt es auch abseits davon Techniken, mit denen PatientInnen arbeiten können? #00:26:20#

SB: Mit den Traumafolgestörungen umzugehen, lernt der Patient zunächst im gestützten Therapiesetting. Beispiel: wie er mit starken hyperarousalen Zuständen umgehen lernt, indem er sie im Körper wahrnimmt, sie lokalisieren lernt und dann gezielt auf dem Papier rauslässt. Aber damit ist nicht unbewusstes Rauskritzeln aufs Papier gemeint, auch keine wie sie früher genannt wird, Entladungprozesse, sondern gut begleitete Regulierungsprozesse! Ich gehe da gerne nochmal in der Beschreibung rein. Ein Patient hat hohe Spannungszustände, vielleicht ist viel Wut da. Er äußert den Wunsch diese Rauszumalen. Ich gebe diesen Wunsch nach, jedoch sage ich ihm, dass ich ihn darin begleite. Er muss wie oben schon genannt, sich im Körper orientieren, wo ist denn die Wut/die Spannung und dann malt/kritzelt er sie kurz einmal raus. Dann stoppe ich den Prozess, lenke seine Aufmerksamkeit auf seinen Körperzustand und orientiere ihn wieder mit der Frage, wo und wie stark ist die Wut, die Spannung jetzt. Dieses Stoppen und Orientieren zum Körper hat etwas mit Bewusstsein zu tun. Er bemerkt jetzt eine Veränderung. Dass es gut ist, auf seinen Körper zu hören, der ihm eventuell sogar Signale in Form von Körperempfindungen gibt. Wenn sie diese Regulierungsfertigkeit in der Therapie gelernt haben, bekommen sie abgesprochene gut erklärte Prozesse zum Einüben für daheim. Sie können dann bei überfordernden Gefühlen gezielt dies in Bildern zum Ausdruck bringen. Sie können für ihre verletzten Selbstanteile daheim wohlwollende Briefe, Gedichte oder Texte schreiben und so wertvolle Versorgungsarbeit leisten. Verwandlungsgeschichten entstehen und die Klienten bemerken, dass sie heute nicht mehr hilflos sind. Märchen oder Heilsgeschichten werden so daheim weiter geschrieben und in den nächsten Therapien besprochen und vertieft. Es entsteht eine Selbstwirksamkeit und sie kommen in die heilende Eigenmacht zurück. „Macht“ im positiven Sinne kommt auch von „machen“. Sie machen es jetzt anders. Viele Möglichkeiten gibt es da. #00:27:24#

I: Welche Wirkweisen sind bereits während der Therapie zu sehen und welche Wirkweisen sind am Ende der Therapie zu erwarten? Ist es generell möglich, obwohl jede Therapie sehr individuell gestaltet wird, vorauszusagen, welche Wirkweisen zu erwarten sind, wenn man eine Therapie angeht? #00:28:07#

SB: Naja schon! Es gibt ja vorher immer ein Therapieziel. Bei Traumatherapie legt man immer ein Ziel fest, wo man hin will, wo man sich hinarbeitet. Also ich arbeite generell immer mit Therapiezielen. Weil ich auch Therapeutin bin und nicht Künstlerin, also Künstlerin bin ich zwar auch, aber vielmehr in der Rolle der Therapeutin drinnen. Also die Wirkweisen am Ende der Therapie sind daran zu erkennen, dass man an das Therapieziel herangekommen ist, was man sich vorher ausgemacht hat. Die Therapieziele sind zum Beispiel das Gefühl von Sicherheit und dass man dieses Gefühl wieder in sich spüren kann. Therapieziel ist, dass ich mit starken Gefühlen, die mich überfluten, umgehen kann, gerade bei Traumatisierungen. Therapieziel ist, dass ich weiß, wie ich mich selbst reguliere, wenn ich sehr angespannt bin oder dass ich mich aktivieren kann. Zum Beispiel eine Privatpatientin bei mir, die schreibt Märchen und zeichnet dazu und macht Verwandlungsgeschichten. Oder als Patientinnen zu zweit gearbeitet haben. Das waren Jugendliche. Die haben dann aus der Ist-Situation einen Film gemacht. Wie könnte es neu enden? Könnte es gut werden? Innerhalb des Videofilms wurde mit Text, mit Bild, mit Musik gearbeitet. Mit Perspektiven und Hoffnung herauszugehen wäre so ein Therapieziel. Und das kann die Kunst sehr wohl. Da ist ja so viel daran beteiligt, ein Video zu machen. Da muss man sich den Text überlegen. Da man muss sich die Gefühle überlegen. Da muss man sich die inneren Bilder heranholen. Und dann wie im Beispiel zu zweit. Dabei lernt man so viele neue Fähigkeiten - Austausch, Reden können, darüber besprechen können. Wir brauchen auch ein Zwischenbild. Wir brauchen ein Story Boarding. Also aber im Grunde geht es immer darum eine neue Perspektive zu haben. Oder speziell beim Trauma, sich wieder rauszutrauen und nicht mehr isoliert zu leben. Und sich selber auch zu glauben und sich selber gut versorgen zu können. Viele funktionieren nur. Die sind zum Beispiel auch Manager oder Diplomaten oder was auch immer in die Richtung und funktionieren in der Arbeitswelt voll gut. Aber kaum sind sie daheim, kollabieren sie, brechen zusammen. Und dass sie sagen, wir haben den gesunden Anteil durch die Lebendigkeit der Kunst kennengelernt ist schon etwas. Es gibt ja sogar noch einen Körper, nicht nur das Oben. Ich bin wieder ganz, im Sinne von Ganzheitlich – Körper, Geist und Seele. Der Körper, wenn ich ihn wahrnehme, wie er Signale aussendet, sprich Körperempfindungen, die mir sagen, dass ich das und das Bedürfnis habe und ich das und das ausprobieren könnte. Eine Patientin von mir hat zum Beispiel erst nach zwei Jahren gelernt, was Selbstfürsorge heißt und das man das mal probiert. #00:32:50#

I: Wenn man als TherapeutIn während der Therapie erkennt, dass der Patient überfordert ist mit sich selbst, mit seinen Erinnerungen, wie geht man dann vor? Stoppt man den Prozess? #00:33:09#

SB: Ja, sofort. Also wenn jemand überfordert ist und von Gefühlen überflutet ist, dann ist das Angstzentrum, die Amygdala, wo die Gefühle sitzen, überflutet. Und dann würde sofort im Körper eine Erregung stattfinden, die der Patient selber nicht steuern und kontrollieren kann. Ich als Therapeutin stoppe den Prozess sofort, also ich schau, dass der Patient nicht in einen hohen Erregungs- oder

Hilflosigkeitszustand reinkommt. Das wäre eine Retraumatisierung. Sondern wir tasten uns wirklich gesteuert vor und das ist ja das, was Therapie ausmacht. Wir TherapeutInnen schicken den Patienten nicht in die Hölle und in die Überforderung hinein, sondern wir begleiten ihn gezielt in ein angenehmes Gefühl und orientieren ihn in die Gegenwart. #00:34:17#

I: Und das macht man durch die Wahl einer anderen Methode? #00:34:23#

SB: Das sind traumatherapeutische Orientierungsprozesse. Du kannst nur im Hier und Jetzt die Gegenwart wahrnehmen. Und von der Gegenwart aus, kann er mit seinem Körper in Kontakt kommen. Wenn der Patient wegdriftet beziehungsweise dissoziiert, dann ist er nicht da. Er ist nicht anwesend. Ich arbeite aber nur mit einem anwesenden Patienten. Wenn ein Reiz ihn aus der Gegenwart rauskatapultiert, muss ich ihn wieder mit Orientierungsprozessen zurückholen. Da hilft „Sehen sie mich“? damit sie wieder mit mir in Kontakt kommen. Also es ist auf jeden Fall ein sehr vorsichtiges Arbeiten. Vor allem bei Dissoziationen, also wenn der Patient wegdriftet. Sonst findet eine Retraumatisierung statt und wir retraumatisieren keine Klienten. #00:35:36#

I: Was geschieht gerade bei dissoziativen Zuständen? #00:36:01#

SB: Also wenn sie dissoziieren, gibt es ja einen Reiz, entweder einen inneren oder äußeren Reiz. Wenn etwas zu viel ist, driften sie weg. Sie sind nicht mehr orientiert und nicht mehr gegenwärtig da. Und dann sind sie vielleicht in irgendetwas drinnen, was den Menschen nicht weiterbringt. Dann muss man reorientieren, also wieder zurückholen mit ganz einfachen Orientierungsprozessen. Schauen Sie, Sie sind gerade in der Kunsttherapie. Sie sehen mich. Wie ist denn das Wetter draußen? Was haben Sie denn gegessen? Und so ist der Patient dann wieder orientiert. Wichtig ist, dass die Kontrollfähigkeit wieder da ist. Beim Trauma haben die Patienten nämlich verloren. Und das andere ist, wenn Patienten Flashbacks haben, dann kommen Schreckensbilder hoch. Meistens können sie damit nicht umgehen und da muss man sie auch rausbringen. In der Fachsprache heißt das auch Orientierungsprozesse. Also wir haben einen inneren Orientierungsreflex und bei jedem Traumageschehen, ist das das erste, was passiert. Wenn du in der Nacht zum Bahnhof gehst und hinter dir knackst was, dann schreckst du zuerst zusammen und dann orientierst du dich zur Gefahrenquelle hin. Mit dem Hinwenden zur Gefahrenquelle, aber dort keine ist, passiert das Aufatmen und die Entspannung. Beim Trauma ist man da drin steckengeblieben in diesem Schrecken und dadurch muss man erst immer orientieren. Schauen Sie, Sie sind hier in Sicherheit. Heute ist der 9. März, ich bin da, Sie sind da. Man lässt Patienten auf keinen Fall in einer Dissoziation oder einem Flashback. Also wenn sie eine Gefühlsüberflutung kriegen, da muss ich sie sofort, wie die gute Mutter, der gute Vater, als Helfer herausziehen. Also Sicherheit und Orientierungsprozesse sind die zwei Schlagwörter in der Traumatherapie. #00:39:16#

I: Also und wie effektiv ist dann die Verwendung von Kunst in der Traumatherapie aus der eigenen Erfahrung oder generell aus Erfahrungsberichten? #00:39:54#

SB: Es gibt ja Psychotraumatologen, wie zum Beispiel Luise Reddemann, die ja die Imagination, also die Vorstellungskraft verwenden. Also die Kunst oder der Ausdruck wird schon verwendet. Aber man erkennt generell, dass viele aus dem Therapiefeld auf den Zug aufspringen. Neue Therapierichtungen gehen ganz stark dazu, dass sie den Körper verwenden, weil im Körper, im Nervensystem das Trauma drin ist. Zum Beispiel Peter Levine verwendet nur Körperprozesse – also seine Methode ist, mit dem Körper, mit Bewegungen und Hinfühlen zu arbeiten. Und Kunsttherapeuten arbeiten quasi mit den sinnlichen Medien. Also ich merke schon in Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten in der Klinik, dass sie sagen, ich schneide das Thema an, aber kannst du einen Platz geben, dass der Patient hier noch einen Sicherheitsprozess macht. Das ist das tolle, wenn man mit verschiedenen anderen Berufsgruppen in der Psychiatrie zusammenarbeitet, dass mit einem Therapiethema angefangen wird und danach vertieft oder darauf aufgebaut werden kann. In der Klinik arbeite ich mit anderen Berufsgruppen zusammen und es ist sehr wertschätzend, wenn meine Kollegen sagen, ich solle an den Therapiethemen tiefer hineingehen, denn das Hineingehen ist bei mir sinnlich gemeint. Draußen in der Traumatherapie wird auf jeden Fall mit dem Körper gearbeitet, um mit Traumafolgen besser umzugehen. Aber wir als Kunsttherapeuten haben natürlich mit den Gestalten etwas. Wir gestalten mit allem, was die Kunst zu bieten hat. Die Kunst ist frei. Ich habe einen Traumatherapielehrgang nur für KunsttherapeutInnen konzipiert. Auch, damit wir in der Traumatherapiewelt bemerkt werden. Die Traumatherapiewelt ist eine Welt der Psychotherapeuten und die erkennen immer mehr die Wirkkräfte der Künste. Aber das fatale ist, sie sind nicht so wie wir, im Hintergrund KünstlerInnen. Wir kennen die Wirkkraft der Künste. Sie verwenden sie Methodenhaft und dadurch passiert auch viel Missgeschick. Interpretieren und bewerten Werke, wie in schlechten amerikanischen Psycho-Filmen. So wüten wir KunsttherapeutInnen nicht. Als Kunsttherapeuten haben wir das wirklich sauber gelernt, wie man mit dem Werk tut und wie würdevoll man damit umgeht. #00:43:19#

I: Das heißt in der Kunsttherapie darf keine Bewertung da sein, sondern nur eine neutrale Begleitung?  
#00:43:40#

SB: Ja genau, also eine helfende und unterstützende Begleitung. Also das Werk wird gemacht – das ist prozessorientiert. Dann ist das Werk da und dann frage ich, wie ist es Ihnen denn gegangen beim Tun? Und wie geht es Ihnen beim Betrachten? Ich suche nicht nach der Bedeutung, sondern nach der Wirkung für den Klienten. Der Patient dürfte interpretieren, aber nie ich. Also ich frage immer danach was er drin sieht und was es mit ihm gemacht hat. Dann sagt er zum Beispiel, ja die Kreide hat am Papier nicht gegriffen. Dann frage ich, ob ihm das öfters auch im Leben so passiert, also das etwas nicht greift. – „Ja die ganze Zeit, das war schon die letzten Monate so!“ Im Prozess wird sichtbar, was im Leben ist. Immer. Ein großer Fehler von missverstandener Kunsttherapie ist, dass man Symboliken interpretiert und sagt – „ah im Hintergrund ist ein schwarzer Rabe – da muss ein Trauma versteckt sein.“  
#00:45:18#

I: Das ist wirklich spannend! Und auch ein schöner Abschluss unseres Gesprächs! Zusätzlich zum vorher erläuterten Fallbeispiel mit dem Herrn, möchte ich noch gerne fragen, ob du noch kurz einen Fall aus der Maltherapie anschneiden könntest? #00:45:59#

SB: Aus Verschwiegenheitspflicht heraus, darf ich hier kein entstandenes Werk zeigen, aber beschreibe gerne einen Fall. Also es hat einer mal mit Bleistift auf einem relativ glatten A4-Zettel seinen Vater gemalt mit Schlagstock. In dem Moment, wo er geschlagen wird. Dadurch hatte er ein Bedürfnis zu beschreiben, wie es ihm gegangen ist. Ich fundiere somit als Zeugin von seiner Gewalterfahrung. Der zweite Prozess war von mir angeleitet mit der Frage, „Was er denn brauchen könnte, damit es gut wird?“ Damit dieser Schwere und dem Trauma ein Gegenbild, also Gegengewicht, gesetzt wird. Das war dann das nächste Bild. Es war auf jeden Fall bunter. Das neue Werk war das gute Gegenstück zum Trauma. Das ist wichtig, den Fokus auf das Helfende zu haben. #00:47:17#

I: Das heißt es wurde etwas Neues positives in das Bild eingefügt? #00:47:21#

SB: Nein, daneben. Also man kann was einfügen auch. Die Submethode zum Beispiel, dass man im Bild zu diesem Trauma etwas einfügt, sodass das Bild gut wird. Vor kurzem war auch eine Klientin bei mir, die hat Trauer mit Pastellkreiden gemalt und alles war sehr dunkel. Ich hab dann zu ihr gesagt, wie kann das Bild jetzt gut werden, sodass es für sie angenehm wird. Dann hat sie gelb dazu gemalt und so hat es sich für sie besser angefühlt. Aber auf jeden Fall werden Bilder auch nach einander gemalt, also wie eine Wandlungsserie. Wie ein Film und ein Storyboarding. Das bildet ab, wie sich etwas verändern könnte, wie sich das Leben verändern könnte. Also als Anfangsszene die Ist-Situation mit ihren Eigenschaften und Mängeln und man will was finden, wie es besser werden könnte. Wie es sich zu etwas Guten wandeln könnte. #00:49:17#

I: Dann ist mir gerade noch eingefallen, dass ich darüber gelesen habe, dass als Methode auch der Therapeut gleichzeitig mit oder neben dem Patientin malt. #00:49:41#

SB: Also im Grunde kommt es auf den Patienten an. Ich hatte mal wen mit einer Aphasie/Sprachlosigkeit und ich habe angeboten – also Therapeuten bieten immer nur an und die Wahl liegt beim Patienten – etwas gemeinsam zu machen. In dem Fall hat sie dann genickt und wir haben gemeinsam gemalt. Gemeinsames Malen passiert ganz selten, war aber in diesem Falle sehr beziehungsstärkend. Im Grunde malt der Patient und ich male auf jeden Fall nie in das Bild hinein, damit seine Gestaltung auf jeden Fall erhalten bleibt. Da wo das darüber reden zu invasiv ist, ist dann eher das nebeneinandersitzen, das gemeinsam atmen und auch gemeinsam malen das, wo man in Beziehung tritt. So spürt man auch was im Nervensystem des anderen ist, also wie es dem anderen geht. Hier geht es stark um das Erleben, wie sich eine gute Beziehung anfühlen kann. #00:51:38#

I: Ok dann sind wir nun am Ende angelangt. Auf jeden Fall nochmal vielen Dank für das Gespräch! #00:51:56#

SB: Bitte gerne! Sarah, jetzt würde mich noch interessieren, wie du denn zu dem Thema gekommen bist? #00:53:42#

I: Ich hab mich schon immer sehr für die Verbindung von Kunst und Psychologie beziehungsweise Therapie interessiert. Und zusammen mit meiner Betreuerin, Mag. Krassnitzer, die ja auch selber Kunsttherapeutin ist, habe ich mich zu diesem Thema hingearbeitet. Das für mich spannende ist bei dem Thema, wie man an etwas arbeiten kann, ohne direkt nur an die Sprache gebunden zu sein oder wenn man sich an gewisse Sachen, die einen aber im Erwachsenenalter beeinflussen, sogar gar nicht mehr erinnern kann. Also mich hat stark interessiert, was es denn für Möglichkeiten abseits des Wortes gibt. Durch Recherche bin ich dann auf Traumatherapie gekommen, die ja auch mit Bildern, aber in dem Fall mit Imagination arbeitet, und so wollte ich die Thematik mit Kunsttherapie in Verbindung setzen. Also da wo die Imagination zu einem „Kunst“werk wird. Auch weil ich aus der Kunstgeschichte komme. So wollte ich hier eine Verbindung schaffen. Mir ist auch aufgefallen, dass immer Psychotherapie in der Gesellschaft stark im Vordergrund steht, wenn es um Therapie geht, obwohl es ja im Grunde auch alternative Therapiemöglichkeiten gibt. #00:55:05#

SB: Stimmt. Ja, es braucht auf alle Fälle den Körper. Weil das Broca-Zentrum gerade während eines Traumageschehens nicht arbeitet. Oder auch als Kind in den ersten drei Lebensjahren, wenn da etwas passiert ist und das Nervensystem des Kindes so erregt ist und mit Furcht besetzt ist. Aber der Erwachsene kann später darüber gar nicht reden, weil ja auch das Kind hier noch keine Worte hatte. Das Erinnerungsvermögen war hier auch noch nicht ausgebildet und darum ist auch das schwierige bei Entwicklungs Traumata, dass man nicht andockt an Geschehnisse, sondern sich auf die Jetzt-Zustände und Symptome bezieht. Aber nicht nur auf Symptome, sondern auch auf States, also Anteile und auch Täterintrojekte. Wo ja diese Täterintrojekte im Erwachsenenalter wirken, aber gar nicht bewusst wahrgenommen werden. Gerade ist es ja auch schwierig mit verletzten inneren Selbstanteilen, oder dem verletzten inneren Kind umzugehen und in Kontakt zu kommen, wenn alles nur über das Gehirn passiert. #00:59:08#

I: Ja, ich fand schön, auch was du vorher gesagt hast, dass ja eben alles im Körper auch gespeichert ist und nicht nur im Gehirn. Und das finde ich an Kunsttherapie so spannend, dass man hier eine Möglichkeit hat, mit dem gesamten Körper zu arbeiten. #00:59:36#

SB: Ich vergleiche zum Beispiel Kunsttherapie auch recht gerne mit einer sechsspurigen Autobahn. Das ist das gute aber auch schwierige, weil ja Kunsttherapie dadurch auch bis heute keine gesetzliche Anerkennung hat. Das Berufsbild hat leider keinen Berufsschutz und das macht es schwierig, weil es verschiedene Ausbildungsrichtungen gibt und es Ausbildungsstätten gibt, wo man die Ausbildung schon in eineinhalb Jahren machen kann. Daneben dauern andere Ausbildungen sogar bis zu fünf Jahre und da lernt man halt schon was anderes. Bei der Beschäftigung mit Traumata braucht man egal ob Psychotherapeut oder Kunsttherapeut aber auf jeden Fall eine Traumatherapiefortbildung, wo man speziell die Tools von Traumatherapie lernt. Weil es ist ganz wichtig, sich auf Sicherheit und Orientierung, auf denen der Fokus der Traumatherapie liegt, zu beziehen. Man lernt auch wie man mit Täterintrojekten und mit überfordernden Gefühlen umgeht. Auch in der Fortbildung die ich anbiete, sind diese Punkte ausschlaggebend. Gefährlich ist es, mit Traumata ohne diese Spezialausbildung zu arbeiten. #01:02:09#

I: Kann man sagen, wo denn der aktuelle Trend hingeht, in Bezug auf die rechtliche Berufsausübung von Kunsttherapeuten in Österreich? #01:02:40#

SB: Hörst du meinen Seufzer? Ich bin ja schon ziemlich lange im Österreichischen Berufsverband für Kunsttherapie und ich hab mir das schon auch einfacher vorgestellt, also dass man sich schneller einig wird. Also ich denke mir schon, voran liegt das denn und frage mich zum Beispiel auch manchmal, ob es anders wäre, wenn Kunsttherapie auch eine Männerdomäne wäre. Kunsttherapie braucht aber auf jeden Fall ein gesichertes Arbeitsverhältnis. #01:04:12#

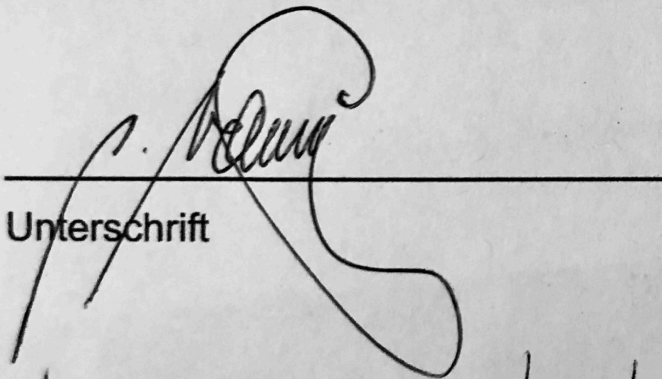
I: Ja ich hoffe sehr, dass sich hier in absehbarer Zeit etwas tut. #01:04:48#

## Einwilligungserklärung

Ich, Sabine Baumgartner, erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung der personenbezogenen Daten und Aussagen, die im Rahmen des Gesprächs für die vorliegende Abschlussarbeit des postgradualen Universitätslehrgangs „art & economy“ an der Universität für angewandte Kunst Wien am 09.03.2022 um 18:00 Uhr erhoben wurden.

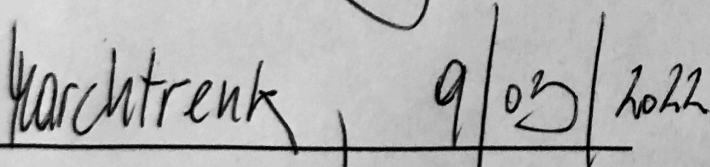
Die Daten werden im Rahmen eines Telefongesprächs erhoben, das mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wurde. Zum Zwecke der Datenanalyse werden die mündlich erhobenen Daten verschriftlicht (Transkription).

Die Teilnahme an dem Gespräch erfolgt freiwillig. Das Gespräch kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden. Das Einverständnis zur Weiterverwendung der Daten kann jederzeit widerrufen werden.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Baumgartner', written over a horizontal line.

Unterschrift



Handwritten text 'Marchtrenk' followed by a date '9/03/2022' written in a vertical format, separated by a vertical line.

Datum, Ort