



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ
ZENTRUM FÜR WEITERBILDUNG

MASTERTHESIS
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts MA

Hochschullehrgang mit Masterabschluss
Kunsttherapie und Pädagogik

*Kunsttherapie im psychiatrisch klinischen Setting
und ihre Wirkfaktoren*

Monika Giegler

Erstbetreuer: OA Dr. Heinrich Wolfmayr
Zweitbetreuerin: Dr. Nina Jelinek

Matrikelnummer: 08185095

Wortanzahl: 21813
Linz, am 14. April 2021

Abstract

Ausgehend von einer fragmentarischen historischen Betrachtung wird basierend auf Literaturanalyse in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, inwieweit Kunsttherapie in ihren Wirkungsweisen einen Einfluss auf die Behandlung von Patient*innen im psychiatrisch klinischen Setting hat. Der Beschreibung von drei ausgewählten Krankheitsbildern in Kapitel 3.4 folgen die Ergebnisse der Gespräche mit vier in diesem Feld tätigen Expertinnen. Die Ergebnisse dieser Recherche sind die Grundlage für die Bearbeitung und Beantwortung der Forschungsfrage. In der Analyse der Ergebnisse in Kapitel 5.3 werden Organisationsstruktur, Berufsbild und Arbeitsbedingungen ebenso thematisiert, wie die Möglichkeit der weiteren Implementierung und allfällige notwendige Entwicklungsperspektiven.

Abstract

Based on a fragmentary historical assessment the question is to what extent art therapy has an impact on the treatment of patients in psychiatric clinical setting. The description of three selected illness images in Chapter 3.4 follow the results of the talks with four experts working in this field. The results of this research are the basis for dealing and answering the research question. The analysis of the results in Chapter 5.3. raises the issue of organisational structure, professional and working conditions, as well as the possibility of further implementation and any necessary development perspectives.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	iii
1 Einleitung und persönliche Motivation.....	1
1.1 Zielsetzung und Forschungsfrage	2
1.2 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit.....	2
2 „In der Anstalt“	3
2.1 Ein kurzer Blick auf die Psychatriegeschichte.....	4
2.2 Begründung einer klinischen Einweisung.....	9
2.3 Strukturen im Krankenhaus	11
2.3.1 Stationärer Aufenthalt.....	12
2.3.2 Tagesklinischer Aufenthalt.....	13
2.3.3 Die Akutstation	13
3 Was ist Kunsttherapie	15
3.1 Entwicklung der Kunsttherapie aus kunsttherapeutischer Sicht.....	17
3.1.1 Ein Blick auf andere Länder:.....	26
3.2 Wirkfaktoren in der Kunsttherapie	29
3.2.1 Therapeutische Wirkfaktoren in der Kunsttherapie	34
3.3 Haltung von Kunsttherapeut*innen.....	39
3.4 Kunsttherapie anhand von speziellen Krankheitsbildern.....	41
3.4.1 Depression, somatoforme Störungen	41
3.4.2 Schizophrenie.....	55
3.4.3 Persönlichkeitsstörungen mit Borderlinestörungen.....	66
4 Zwischenfazit	73
5 Empirische Erhebung.....	74

5.1	Methodik und Stichprobe	74
5.2	Aufbau des Leitfadens	75
5.3	Analyse der Ergebnisse	75
6	Literaturverzeichnis.....	91
7	Anhang	96
7.1	Leitfaden.....	97
7.2	Eidesstattliche Erklärung	101
7.3	Prüfbericht der Plagiatssoftware.....	102
7.4	Gutachten zur Masterthesis.....	104

1 Einleitung und persönliche Motivation

Ich arbeite seit 2008 als Lehrerin in der Heilstättenschule in der Jugendpsychiatrie am Neuromed Campus (vormals Wagner Jauregg Krankenhaus). In dieser Funktion bin ich auch in einem interdisziplinären Team tätig. Viele unterschiedliche Berufsgruppen wie Ärzt*innen, Psycholog*innen, klinische Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Pflegepersonal, Heilpädagog*innen, Ergotherapeut*innen, Musiktherapeut*innen, Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen und wir Lehrkräfte der Heilstättenschule arbeiten eng zusammen. Der Austausch erfolgt regelmäßig und ist für ein gutes Zusammenarbeiten sehr wichtig. So habe ich das Arbeiten im psychiatrisch klinischen Setting kennengelernt.

Entscheidend bei unserer Arbeit in der Klinik ist, dass die Ärzt*innen ihre Patient*innen versorgen, die Therapeut*innen mit ihren Klient*innen arbeiten und wir Lehrkräfte unsere Schüler*innen während des Aufenthaltes im Krankenhaus schulisch begleiten. Der Blickwinkel ist jeweils ein anderer, doch das Ziel ist ein gemeinsames, nämlich die eine Person als Patient*in oder Klient*in oder Schüler*in bestmöglich zu versorgen und zu betreuen.

Im Laufe der Jahre wuchs mein Interesse für die therapeutische Arbeit immer mehr.

Dann bin ich auf die Möglichkeit der Ausbildung zur Kunsttherapeutin gestoßen. Ich habe mich umgehört und war neugierig, da es bei mir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Angebot von Kunsttherapie nicht gibt.

Ich habe mich entschieden, die Ausbildung zu absolvieren. Und nachdem ich den Alltag auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Neuromed Campus kenne, lag es nahe, dass ich mich bei meiner Masterarbeit mit einem Thema befasse, welches auch mit Krankenhaus und Psychiatrie zu tun hat.

Das Thema „Kunsttherapie im psychiatrisch klinischen Setting und ihre Wirkfaktoren“ wurde von mir auch deshalb gewählt, um dem Grund für den doch eher geringen Bekanntheitsgrad der Behandlungsmethode nachzugehen.

1.1 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die Frage nach der Daseinsberechtigung von Kunsttherapie im klinischen Alltag und der damit einhergehenden Erweiterung des Teams und des Therapieangebotes soll in der vorliegenden Masterarbeit behandelt werden. In Zusammenhang damit wird speziell Augenmerk auf die Wirkfaktoren der kunsttherapeutischen Arbeit gelegt. Daraus hat sich folgende Forschungsfrage mit drei Unterpunkten ergeben:

*Inwieweit kann Kunsttherapie die psychiatrische Arbeit mit Patient*innen im klinischen Alltag unterstützen?*

1. Was sind erkennbare Vorteile der kunsttherapeutischen Arbeit?
2. Inwieweit kann Kunsttherapie andere Behandlungsformen ergänzen?
3. Was sind erkennbare Grenzen / Limitierungen in der Kunsttherapie?

1.2 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

In Kapitel 2 wird anhand von bestehender Literatur eine Bestandsaufnahme der Psychiatrie und ihrer Geschichte abgebildet. Es wird auf den Aufnahmegrund einer klinischen Einweisung der Patient*innen Bezug genommen und ein spezielles Augenmerk auf die Strukturen im Krankenhaus gelegt. Darunter fallen unter anderem die Beschreibung der Stationen und interdisziplinären Teams. Kapitel 3 widmet sich der Kunsttherapie im Speziellen. Von der Entwicklung des Begriffs bis hin zur heutigen Definition und ihren Wirkfaktoren wird die Therapieform

literaturbasiert aufgearbeitet. Es werden drei spezielle Krankheitsbilder beleuchtet. Anschließend folgt das Kapitel rund um die empirische Erhebung. Das Studiendesign und der Aufbau des Leitfadens werden erläutert. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse präsentiert und analysiert. Daraus ergibt sich die Beantwortung der Forschungsfragen. Abschließend werden die Ergebnisse im Fazit zusammengefasst und ein Ausblick in die Zukunft wird gegeben.

2 „In der Anstalt“

Männer und Frauen lebten in einer psychiatrischen Anstalt, weil sie als „geisteskrank“ galten. Viele Jahre und oft auch gegen ihren Willen verbrachten sie in einem großen zwangsläufig zusammengestellten Kollektiv, wo der Tagesablauf streng reglementiert war und sie dennoch oft auch sich selbst mehr oder weniger überlassen waren (Hirsch, Luchsinger, & Röske, 2018, S. 7).

Menzen schreibt von den sogenannten „Idiotenanstalten“ im frühen 19. Jahrhundert, wenn er auf diese Zeit zurückblickt (Menzen, 2016, S. 15).

Im damaligen gesellschaftlichen System galten psychisch Kranke als gefährlich und störend. Sogenannte „Irrenanstalten“ entstanden oftmals in alten Klöstern und Schlössern. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts stieg die Zahl der in psychiatrischen Anstalten verwahrten Menschen so an, dass von einem „Anstaltsboom“ die Rede war. Die individuelle Versorgung der Insassen war nicht gegeben und Ängste vor einer Zunahme der „Geisteskrankheiten“ kursierten in der Bevölkerung genauso wie in politischen und ärztlich-psychiatrischen Kreisen. Die Anstalten lagen häufig weitab von bewohnten Zentren und wuchsen zu großen Institutionen heran, die zeitweise mehr als tausend Menschen beherbergten. Diese psychiatrischen Institutionen hatten eine doppelte Funktion auszuüben: Einerseits die Heilung der psychisch Kranken zu bewerkstelligen und sich andererseits auch um die Verwahrung der als nicht heilbar geltenden oder sich nicht heilen lassen

wollenden Personen zu kümmern. Dies war notwendig, da die Gesellschaft nicht bereit war, Menschen wieder aufzunehmen, die sich störend, befremdlich oder eigentümlich verhielten (Titze, 2012, S. 6).

2.1 Ein kurzer Blick auf die Psychiatriegeschichte

Schon in der Antike und auch im Mittelalter gab es Bestrebungen, Geisteskrankheiten zu erklären und zu behandeln. Es waren die ersten Versuche, sich dem Thema Krankheit, insbesondere der psychischen Krankheit zu nähern und sich von der Annahme, seelische Beeinträchtigungen seien eine Strafe Gottes, zu lösen. Im späten Mittelalter und in der frühen Neuzeit wurden die Geisteskrankheiten als Ausdruck des Wirkens dämonischer Kräfte oder auch als Strafe Gottes für begangene Sünden gesehen. Viele psychisch Kranke wurden als Konsequenz dieser Anschauung während der Inquisition verfolgt, gefoltert oder bei einem Hexenprozess verbrannt. Mit der Französischen Revolution und dem Zeitalter der Aufklärung begann eine neue Epoche im Verständnis und in der Behandlung psychischer Krankheiten. Man ging weg von der Vorstellung der Besessenheit und Sündhaftigkeit als Ursache seelischer Auffälligkeiten, und es erfolgte die Abkehr vom christlich-religiösen Sündenverständnis.

Doch trotz erster Ansätze einer humaneren Psychiatrie im Geiste der Aufklärung blieben die Zustände in den Einrichtungen menschenunwürdig. Das Therapiekonzept von damals lautete, die erkrankte Seele durch physische Gewalt zu erschüttern, um eine Heilung herbeizuführen. Zur Behandlung eingesetzt wurden zum Beispiel der Drehstuhl oder der Stuhl mit Strom (Elektroschocks).

Peitschen, Fixierbetten, Eintauchen in eiskaltes Wasser, Verabreichung von Brech- und Abführmitteln waren an der Tagesordnung. Das waren die dunkelsten und traurigsten Kapitel in der Geschichte der Psychiatrie. Geisteskranke wurden

zusammen mit Straftätern, Alkoholikern oder Prostituierten in der Anstalt zusammengepfercht und fristeten dort den Rest ihres Daseins.

Um 1800 begannen sich die psychiatrischen Institutionen und somit auch die Psychiatrie als eigene Fachrichtung zu entwickeln. Psychisch Kranke wurden zuvor entweder von ihren Familien versorgt oder in Arbeitshäusern, Gefängnissen oder ähnlichen Institutionen untergebracht. Es stieg der Anteil der in psychiatrischen Anstalten verwahrten Menschen, die individualisierte Versorgung der Insassen war nicht gegeben. Während des ersten Weltkrieges sind in den Anstalten Tausende von Insassen verhungert. Nach dieser Zeit verstärkten sich Reformbestrebungen. Diese betrafen in der Weimarer Republik vor allem die Orientierung am Lebensumfeld der Patient*innen. Insbesondere aber war die wirtschaftliche Komponente ausschlaggebend dafür, dass eine Arbeitstherapie zielgerichtet eingesetzt wurde, um anfallende Kosten durch die Arbeit der Insassen preisgünstiger zu gestalten (Hohendorf & Rotzoll, 2012, S. 5f).

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts liegt das Hauptaugenmerk auf dem handwerklichen Aspekt der Beschäftigungstherapie. Eine Beschäftigungstherapie soll gegen die geistige Verwirrung und den körperlichen Verfall wirken. Eine Beschäftigung bringt geistige und motorische Anregung, Erholung und auch Unterhaltung. Die Arbeitstherapie hingegen will aktivieren, um der abstumpfenden Bettlägerigkeit der Insassen entgegenzuwirken. Die Arbeitstherapie soll anfordernd, leistungsfördernd und produktionsorientiert sein. Die beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen sind genauso wie die arbeitstherapeutischen Maßnahmen zweckorientiert (Menzen, 2016, S. 16f).

Die Menschen in stationärer psychiatrischer Behandlung waren meist Langzeitinsassen mit schweren Beeinträchtigungen der psychischen aber auch der intellektuellen Fähigkeiten. Die damalige Ideologie war, die Patient*innen vor den Gefahren der Umwelt zu schützen und auch umgekehrt (Schöny, 2019, S. 9).

Zur Zeit des Nationalsozialismus kam die Erblehre auf. Es sollten sich Menschen nicht vermehren, deren Erbanlagen als negativ bewertet wurden. Dies betraf vor allem auch Individuen mit körperlichen und geistigen Behinderungen sowie psychisch Kranke. Die Eugenikbewegung führte zu Zwangssterilisationen und Kindereuthanasie. Hunderttausende Menschen mit Behinderungen oder psychischen Krankheiten wurden Opfer einer Vernichtungsmaschinerie lebensunwerten Lebens. In den Konzentrationslagern wurden außerdem Menschenversuche durchgeführt.

In der Zeit nach dem Nationalsozialismus sprach man von „chemischen Zwangsjacken“, da die ersten Psychopharmaka auftauchten. Die verabreichten Mittel stellten die Patient*innen zwar ruhig, die Nebenwirkungen führten allerdings zu Dauerschäden und irreversiblen Störungen. Der Vorwurf, dass die Psychiatrie lediglich der wissenschaftlichen Legitimation der Ausgrenzung und als Instrument zur Disziplinierung unliebsamer Individuen diene, blieb lange Zeit erhalten.

In vielen Anstalten gibt es im Laufe der Zeit eine Küche, eine Wäscherei, Fleischhauerei, Bäckerei, Schlosserei, Gärtnerei und Zimmerei. Sofern es der gesundheitliche Zustand erlaubt, sollen die Patient*innen in allen Bereichen der Anstalt und auch in der Landwirtschaft tätig sein. Allerdings geht aus einigen Krankenakten hervor, dass die Insassen lieber eigenen Beschäftigungen nachgehen wollen. Solch ein Eigenantrieb wird nicht besonders geschätzt und künstlerisches Schaffen wird in der damaligen Zeit generell nicht durch Ärzt*innen gefördert.

Eine künstlerische Aktivität kann laut Werner Schöny, dem langjährigen Leiter der Landesnervenklinik Wagner Jauregg, aber auch als Ausbruch aus dem eintönigen Anstaltsleben aufgefasst werden oder als Befreiungsschlag von den vorangegangenen Erlebnissen gesehen werden. Meist waren die Menschen Autodidakten. Für ihn führen besondere Lebensumstände zu besonderen

Verhaltensweisen und Erlebnissen wie auch zu besonderen Ausdrucksformen (Schöny, 2019, S. 8f).

Zu den aufbewahrten Artefakten aus früherer Zeit zählen Briefe, Konstruktionszeichnungen, Handarbeiten, Zeichnungen und schriftliche Notizen. Sie geben Aufschluss über das Leben aus Sicht der Patient*innen und auch über ihr individuell erfahrenes Leid und Schicksal. Mit ihren Werken haben sie ihre persönlichen Ansichten, Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck gebracht. In einigen Hervorbringungen finden sich Berichte über Missstände im Krankenhaus und können somit auch als gesellschaftsrelevant betrachtet werden (Reutner, 2019, S. 5f).

Dokumente aller Art sind vom Pflegepersonal, von den Ärzt*innen und auch von den Verwandten oftmals konfisziert oder zerstört worden. Den entstandenen Arbeiten wird kein Augenmerk geschenkt und die Arbeiten werden als harmloser Zeitvertreib oder als ein sonderbares Schauspiel zur Belustigung der Menschen gesehen (Réja, 1997, S. 22).

Im Laufe der Zeit öffneten immer mehr Kliniken ihre historischen Archive. Dadurch gab es die Möglichkeiten der Rückschau und Rückverfolgung. Es wurde den vergessenen Sammlungen oder Ansammlungen künstlerischer Patientenwerke von ehemaligen Anstalten und Kliniken oder auch aus dem Privatbesitz nachgegangen. Auch einzelne kunstinteressierte Psychiater*innen haben die während ihrer Berufstätigkeit entstandenen Werke zusammengetragen. Doch mancherorts lässt eine geringe Anzahl von Funden an eine nachträgliche „Reinigung“ der Akten denken (Röske, 2018, S. 32).

Die Situation der Patient*innen verbesserte sich langsam, aber kontinuierlich.

Die Entwicklung im Bereich der Medizin und die professionelle Ausbildung des Personals in einem Krankenhaus leisteten einen wichtigen Beitrag.

Die Bettenanzahl in den Schlafsälen wurde verringert, die personelle Ausstattung verbessert, die stationäre Versorgung regionalisiert, die Dauer der stationären Aufenthalte verkürzt und ambulante Dienste wie zum Beispiel der sozialpsychiatrische Dienst ausgebaut.

Ab den 1990er Jahren wurde die Entwicklung der Psychopharmaka in der Fachwelt gefeiert. Sie „heilen“ zwar keine Krankheiten. Doch mittlerweile werden psychische Krankheiten als ein Zusammenspiel aus genetischen, sozialen und psychologischen Faktoren gesehen und die Betreuung und Versorgung nach diesen Kriterien gewährleistet (Babic, 2019).

In Bezug auf die Veränderung und die Öffnung der Psychiatrie darf die historische Leistung von Franco Basaglia in Italien nicht unerwähnt bleiben. Die italienische Psychiatriereform markiert einen Meilenstein im neuen Blick auf psychiatrische Erkrankungen und vor allem auf die betroffenen Menschen. Nicht mehr die Krankheit, sondern der Mensch in seinen gesellschaftlichen Bezügen, steht im Mittelpunkt. Im schulischen Kontext argumentierte Ludwig O. Roser gegen die *Logik der Sondereinrichtung* und Adriano Milani Comparetti prägte als Vertreter der Gesundheitsreform in Italien sinngemäß den Begriff „Vorsorgen statt Heilen“. Die italienische Gesundheits- und Psychiatriereform wurde ab den späten 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts auch auf legislativer Ebene zum Vorbild für die Entwicklung von psychiatrischen Einrichtungen in zahlreichen Ländern (Roser, S. o.J.) (Sauer, S. o.J.).

Als Beispiel für diese Entwicklung sei hier die Landesnervenklinik Wagner Jauregg in Linz erwähnt. Bis in die Achtzigerjahre des vorigen Jahrhunderts wurde das Haus im Volksmund noch als „Irrenhaus“ bezeichnet. Weit über die Grenzen von Oberösterreich und Österreich hinaus ist der Ruf von einer Verwahranstalt zur Spezialklinik von europäischem Format gewachsen. Der Imagewandel zum hochqualifizierten Kompetenzzentrum für Neuromedizin und Psychiatrie ist

gelingen. Der Wandel von einer „geschlossenen Anstalt zur offenen Psychiatrie“ ist vollzogen. Ein sachlicher Diskurs führt vielmehr dazu, die Menschen in der Gesellschaft zu sensibilisieren, Barrieren abzubauen, und auch Vorurteile und Ängste zu bekämpfen. Die Psychiatriereform wirkt im heutigen Neuromed Campus dem Stigma entgegen, indem ein Bewusstsein in der Gesellschaft geschaffen wird, dass psychische Krankheiten genauso sozialadäquat sind wie Kopfschmerzen oder Rückenprobleme. Schließlich gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit (Hahn & Obermüller, 2015, S. 4ff).

2.2 Begründung einer klinischen Einweisung

Erfolgt eine Aufnahme in eine psychiatrische Klinik, so haben sich die Patient*innen in der Zeit davor häufig krankheitsbedingt zurückgezogen und sind den alltäglichen Tätigkeiten nicht mehr nachgekommen. Ein sozialer Rückzug und die Reduktion von Aktivitäten sind in vielen Fällen zu beobachten (Pitschel-Walz, 2018, S. 32) . Wenn die Betroffenen die belastenden Lebensereignisse und besonderen Belastungssituationen aus eigener Kraft und eigenen Ressourcen nicht mehr bewältigen können, entstehen Krisen. Sie sind das Resultat von stressbedingten Störungen des inneren Gleichgewichts und führen zum Anstieg innerer Anspannung. Je nach Disposition, Vulnerabilität, Vorerfahrungen und nutzbaren Ressourcen zeigt sich das Ausmaß der individuell erlebten Krise. So muss jede Krise im Kontext der jeweiligen Lebenssituation eines Menschen verstanden werden. Versagen alle bisherigen Bewältigungsstrategien, so kann das Missverhältnis zwischen Belastung und Bewältigungsmöglichkeit die psychische Krise hervorrufen. Der/Die Betroffene beginnt, sich hilflos, überfordert, und alleingelassen zu fühlen. Die Symptome, die Betroffene in Krisensituationen zeigen, sind Ausdruck von Überforderung des inneren Bewältigungssystems (Schleuning, Menzel, & Kirchlehner, 2019, S. 300f).

„Die Aufnahme an einer psychiatrischen Station ist häufig das Resultat eines gesellschaftlichen und institutionellen Prozesses und die Antwort auf den Zusammenbruch intra- und interindividueller Strategien des Patienten“ (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 6).

Da Patient*innen mit schweren psychischen Störungen im Akutstadium nicht paktfähig sind, muss erst durch entsprechende pharmakologische und psychotherapeutische Maßnahmen eine Stabilisierung abgewartet werden. So übernimmt zunächst der betreuende Arzt/die betreuende Ärztin beziehungsweise das betreuende Team die Verantwortung für den Patienten/die Patientin. Eine schrittweise gemeinsame Erarbeitung der weiteren Therapieziele dient als Basis für einen rationalen realitätsbezogenen Behandlungsverlauf. Die herbeigeführte Mitverantwortung und Selbstverantwortung des Patienten soll der Chronifizierung der Störung entgegenwirken.

Psychiatrische Patienten flüchten sich oft in den schützenden Bereich psychiatrischer Institutionen bei auftauchenden Problemen und Schwierigkeiten. Das Unvermögen, eine Selbstverantwortlichkeit zu erkennen und sich den Konflikten zu stellen, macht einen stationären Aufenthalt notwendig. Allerdings erwähnt Steinbauer auch, dass darauf zu achten sei, dass Patient*innen nicht in ihrer Opferrolle bestätigt werden und in ihrer Hilflosigkeit belassen bleiben.

„Auch Sehnsucht nach Entlastung aus einer bedrückend erlebten sozialen Wirklichkeit spielt bei einer stationären Aufnahmen [sic] häufig eine wichtige Rolle.“ (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 7)

Eine Klinikeinweisung aufgrund einer psychischen Erkrankung wird häufig als spürbarer Einschnitt in das eigene Leben empfunden. Auch heute noch sind Erkrankungen mit der Vorsilbe „Psych“ mit Scham behaftet und mit einem Tabu belegt. Bei einem Großteil der Bevölkerung existieren Berührungängste gegenüber psychischen Krankheiten. Diese auszuräumen bedarf vieler Bemühungen von Betroffenen, Ärzt*innen und Anti-Stigma-Initiativen, da die

Befürchtungen, ein nicht zurechnungsfähiges oder wertloses Geschöpf zu sein, in vielen Fällen noch vorhanden sind.

Lange Zeit war ein Aufenthalt im Krankenhaus oftmals eine belastende Erfahrung sowohl für die Patient*innen als auch für Angehörige.

Patient*innen zu begleiten und aus der Krise herauszuführen soll das Ziel eines stationären Aufenthaltes sein. Unter Berücksichtigung aller Bewältigungsressourcen (sowohl innere als auch in der sozialen Umwelt) kann das Team zur Stabilisierung der Patient*innen beitragen (Sprei & Marten, 2018, S. 528).

2.3 Strukturen im Krankenhaus

Eine Klinik ist eine Institution, ein komplexes System aus unterschiedlichen Strukturen und verschiedenen Interessenslagen. Die Trägerschaft spielt dabei genauso eine Rolle wie die zuweisenden Instanzen mit ihren Zielvorgaben und Behandlungsaufträgen. Auch Faktoren wie Kostenzusagen, Tagessätze, Behandlungszeiten und Behandlungsinhalte können je nach Standort Einfluss nehmen.

Die Klinikleitung hat die wichtige Aufgabe, mit weitsichtiger und konstruktiver Lenkung alle im Team beteiligten einzubinden, um die Behandlungsaufträge zu erfüllen und die daraus resultierenden Therapieziele zu erreichen. Auch die Erwartungen der Patient*innen, ihre Hoffnung auf Gesundheit oder zumindest auf Verbesserung ihres momentanen Krankheitszustandes sind Herausforderungen, die an die Institution herangetragen werden (Sprei & Marten, 2018, S. 529).

Nach Terminvereinbarung wird ein Erstgespräch in der Ambulanz geführt, bei dem der Arzt/die Ärztin entscheidet, ob es zu einer stationären oder einer tagesklinischen Aufnahme kommt.

2.3.1 Stationärer Aufenthalt

Wird eine stationäre Aufnahme vereinbart, so bedeutet dies, dass der Patient/die Patientin ein Bett zugewiesen bekommt und sich für eine gewisse Zeit aus dem üblichen Umfeld herausbegibt. Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung bedeutet Struktur im Sinne von geregelten Abläufen. Für alle Patient*innen ist eine zuverlässige Tageseinteilung mit festen Essens-, Therapie- und Ruhezeiten ein wesentlicher Bestandteil des Stationsalltags. Das Stationsleben findet während eines Tages vorwiegend in Aufenthalts- und Therapieräumen statt. Meist werden die Mahlzeiten von den Patient*innen gemeinsam eingenommen.

Eine umfassende medizinische Versorgung inklusive regelmäßiger Gespräche mit dem fallführenden Arzt/der fallführenden Ärztin gewährleisten eine effiziente klinische Behandlung (Sprei & Marten, 2018, S. 530).

Parallel zur medikamentösen Behandlung und diagnostischen Abklärung ist auch ein unterstützendes beziehungsweise begleitendes Therapeut*innenteam von entscheidender Bedeutung (Rentrop, 2012, S. 244f).

Im interdisziplinären Team sind neben Ärzt*innen und Pflegekräften auch unterschiedliche Berufsgruppen wie Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen, Musiktherapeut*innen, Mal- und Kunsttherapeut*innen, Heilpädagog*innen, Logopäd*innen, Sozialpädagog*innen wie auch Sozialarbeiter*innen tätig. Da das Pflegeteam oft die erste Anlaufstelle für die Patient*innen ist, kommt diesem eine hohe Bedeutung zu. Sie nehmen in der Funktion als Manager und Ansprechperson auf einer Station eine wichtige Rolle ein. Das Bezugspflegesystem gewährleistet überdies die für einen kontinuierlichen Verlauf nötige intensive Beziehungsarbeit (Sprei & Marten, 2018, S. 530f).

Die während des Aufenthaltes stattfindende diagnostische Phase ermöglicht es dem Patienten/der Patientin, genaue Auskunft über die Krankheit, ihre Symptome und Auswirkungen zu erhalten. Die Gewissheit darüber erleichtert vielen Patient*innen den Umgang mit ihrer Krankheit. Sie können sie einordnen und

dementsprechend agieren. Die medizinische und sozialtherapeutische Begleitung unterstützt sie beim Verlauf.

2.3.2 Tagesklinischer Aufenthalt

In der Tagesklinik werden in der Regel die Patient*innen von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr betreut. Im Unterschied zu einem stationären Aufenthalt verbringen sie die Nacht zuhause in der gewohnten Umgebung. Die Aufenthaltsdauer kann auch sehr unterschiedlich sein, in vielen Fällen wird eine Zeitspanne von zum Beispiel 4-6 Wochen vereinbart, die sich je nach Therapieverlauf ändern kann. In den gesamten Behandlungsplan können auch die näheren Bezugspersonen miteinbezogen werden. Ein wichtiger Aspekt ist in der Tagesklinik genauso wie bei einem stationären Aufenthalt die Kultivierung der Beziehungsarbeit, die zwischen den Patient*innen und den jeweiligen Therapeut*innen abläuft.

Auch innerhalb des Therapeut*innenteams ist viel Kommunikation und Vernetzungsarbeit notwendig (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 10).

2.3.3 Die Akutstation

Es hängt nicht vom jeweiligen Krankheitsbild ab, ob eine Zuweisung zu einer Akutstation erfolgt. Es werden die Patient*innen auf eine Akutstation verlegt, von denen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Auf psychiatrischen Akutstationen sind in aller Regel die Eingangstüren geschlossen.

Dieser Umstand einer geschlossenen Tür auf einer Station kann als „Schutzraum“ oder aber als „Bürde des Eingeschlosseneins“ erlebt werden. Die Patient*innen mit einer hohen Gefahr für selbstgefährdende Handlungen werden in einem gut überschaubaren Bereich überwacht (Rentrop, 2012, S. 243).

Da Patient*innen mit schweren psychischen Störungen im Akutstadium nicht paktfähig sind, muss erst durch entsprechende pharmakologische und

psychotherapeutische Maßnahmen eine Stabilisierung abgewartet werden. So übernimmt zunächst der betreuende Arzt/ die betreuende Ärztin beziehungsweise das betreuende Therapeut*innenteam die Verantwortung für den Patienten/die Patientin. Eine schrittweise gemeinsame Erarbeitung der weiteren Therapieziele dient als Basis für einen rationalen realitätsbezogenen Behandlungsverlauf. Die herbeigeführte Mitverantwortung und Selbstverantwortung des Patienten/der Patientin soll der Chronifizierung der Störung entgegenwirken (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 7).

Für eine engmaschige Betreuung ist ein entsprechend höherer Personalschlüssel vorgesehen und notwendig. Ein geregelter Tagesablauf mit festen Essens-, Therapie- und Ruhezeiten sorgt vorerst für Struktur. Neben einer ärztlichen Behandlung und, je nach Indikation, einer Einzel- oder Gruppentherapie sorgt auch das Pflegepersonal für eine intensive Betreuung. In vielen Kliniken hat sich bereits das Bezugspflegesystem etabliert. Auch eine geringere Zahl von Ansprechpersonen und weniger Personalwechsel sind für den Stabilisierungsfortschritt sehr förderlich (Rentrop, 2012, S. 245).

Zusammenfassend können die Strukturen in einer Klinik auf eine individuelle Patient*innen-Ebene, auf das behandelnde Team und auf die Verwaltungsebene aufgeteilt werden. Der Patient/die Patientin ist aufgefordert, sich an die vereinbarten Regeln zu halten. Aktive Teilnahme kann das Erreichen von Therapiezielen und somit eine Verbesserung der krankheitsbezogenen beziehungsweise störungsbezogenen Probleme bewirken.

Das Krankenhaus-Team stellt ein Behandlungsangebot zur Verfügung, um mit den Patient*innen gemeinsam an den realistischen Zielen zu arbeiten.

Die Verwaltung sorgt dafür, dass an dem Standort ein gesicherter Ablauf stattfindet. Gemeint ist damit die bedarfsgerechte Bereitstellung der Arbeitsplätze und des Personals, die Regelung zur Patientenverwaltung, die Abrechnung und Erfüllung gesetzlicher Auflagen genauso wie die Einhaltung der

Hygienevorschriften und der gesetzlich festgesetzten Arbeitszeiten (Martius & Spreti, 2019, S. 17f).

Heutzutage leistet die stationäre Versorgung in vielen Fällen einen wichtigen Beitrag zur Gesundung und ermöglicht den Erkrankten, sich während des Aufenthaltes zu stabilisieren, um dann nach der Entlassung den Alltag zuhause mit seinen Anforderungen wieder bewerkstelligen zu können.

3 Was ist Kunsttherapie

Der Begriff „Kunsttherapie“ entzieht sich einer raschen Erklärung. In der Literatur finden sich die unterschiedlichsten Ansätze, sich einer Definition zu nähern.

Schuster beschäftigt sich mit der Bezeichnung Kunsttherapie vorerst so, dass er das Wort Kunsttherapie in zwei Teile zerlegt: in den Begriffsteil „Kunst“ und in den Begriffsteil „Therapie“.

Der Therapiebegriff kann einen Symptom-Bereich oder einen Gegenstand benennen, wie er zum Beispiel beim Gebrauch von Sprachtherapie oder Kinderspieltherapie angewandt wird. Der Therapiebegriff kann auch eine therapeutische Methode beschreiben, damit klar ist, dass es sich etwa um Gesprächstherapie oder Tanztherapie handelt. Die Kunsttherapie ist laut Schuster genauso eine Form der Psychotherapie wie andere bekannte Formen: also ein Verfahren, das psychische und psychosomatische Leiden auch ohne Medikamente oder physikalische Eingriffe zu lindern versucht. Wenn der Zustand eines Patienten/einer Patientin durch Therapie erträglicher wird oder die zu erwartende Verschlechterung sich hinauszögert und die Änderung darüber hinaus anhält, dann ist das Ziel einer Therapie im Sinne von Linderung oder Verbesserung gegeben.

Beim Begriff „Kunst“ in der Bezeichnung Kunsttherapie nimmt Schuster auch eine Unterteilung in eine geschichtliche Entwicklung und in eine Therapieform vor, die

sich der Methodik der bildenden Künste bedient: Die Übersetzung des Buches von Edith Kramer „Kunst als Therapie mit Kindern“ aus dem Jahre 1975 bewirkte im deutschsprachigen Raum eine Wandlung von der Bezeichnung Maltherapie oder Beschäftigungstherapie zur Verwendung des Begriffs Kunsttherapie. Der Begriff Kunst wird auch im Sinne von besonderer Fertigkeit in einem beliebigen Kompetenzbereich wie zum Beispiel auch bei der Reitkunst verwendet. Schuster betont, dass es in der Kunsttherapie um die Gestaltung von Werken geht (Schuster, 2014, S. 2f).

Kunsttherapie ist für Menzen ein vielversprechendes Wort. Es bezieht sich als Begriff auf die Verquickung von zwei gegenläufigen Intentionen. Sie stehen im Spannungsfeld zueinander, die Kooperation der beiden miteinander ist allerdings auch sehr entscheidend. Therapien bieten sich an, um haltgebende Bezüge zu vermitteln. Wenn in der Folge Kunst die therapeutischen Handlungsfelder erschließt, dann können mittels künstlerischer Therapieverfahren kreative und fantasievolle andere Bilder des Lebens erschlossen werden. Menzen versucht den Begriff vom Wesen und der Methode der Kunsttherapie zu erfassen, indem er die Wirkung der inneren Bilder auf die Psyche und auf das Verhalten hervorhebt. Bilder können therapeutisch wirksam sein und der Gestaltungsprozess spiegelt und beeinflusst in seiner bildnerischen Dynamik die Befindlichkeit eines Menschen (Menzen, 2016, S. 9).

Für Dannecker sind die beiden Pole Kunst und Therapie verwandt und manchmal auch höchst gegensätzlich. Im Mittelpunkt steht der Künstler/die Künstlerin und auch der künstlerische Prozess. Die Künstler*innen als auch die Therapeut*innen besitzen die Fähigkeit, sowohl kognitive als auch emotionale Erfahrungen zu transformieren und zum Ausdruck zu bringen. Die Identität eines Kunsttherapeuten/einer Kunsttherapeutin ist in dem Beziehungsgefüge zwischen

Kunst und Therapie angesiedelt. Das Finden der Identität gelingt, wenn beide Bereiche zu einer Synthese gelangen (Dannecker, 2015, S. 174ff).

Die Kunsttherapie ist die Idee eines gemeinsamen Ortes sowohl für die Kunst als auch für die Therapie. Dabei gilt es, die künstlerischen von therapeutischen Aktionen zu unterscheiden. Die Übergänge sind fließend, meinen Titze und Falk. Sie stellen bei der partizipatorischen Arbeit die Kunst mithilfe der Menschen ins Zentrum und nehmen bei der therapeutischen Arbeit den Menschen mithilfe der Kunst in den Focus (Titze & Falk, 2019, S. 107).

Für Schuster ist Kunsttherapie eine Psychotherapie, in der Werke aus dem Bereich der bildenden Künste entstehen, zum Beispiel Werke der Bildhauerei, der Malerei, oder der Fotografie (Schuster, 2014, S. 3).

Im nächsten Kapitel wird die Entwicklung der Kunsttherapie aus kunsttherapeutischer Sicht beleuchtet und es wird versucht, die vorgefundenen Elemente aus den unterschiedlichen Literaturbeiträgen zusammenzutragen.

3.1 Entwicklung der Kunsttherapie aus kunsttherapeutischer Sicht

Die Kunsttherapie ist eine junge Disziplin. Die Anfänge gehen zurück auf die Jahre um 1920. Allerdings sind bereits von der Frühzeit über die Antike, das Mittelalter bis zur Neuzeit Beispiele bekannt, dass künstlerische Aktivitäten für therapeutische Zwecke zum Einsatz kamen.

Beispielsweise zeigen Höhlenmalereien Themen des menschlichen Lebens, die Geburt, den Tod, die Fruchtbarkeit oder die Jagd. Auch bei den nordamerikanischen Ureinwohnern finden sich bereits Darstellungen, die die Einbeziehung der Malerei in die rituelle Krankenbehandlung erkennen lassen. Der

Medizinmann stellt während eines Rituals Bilder her. Die Familie und der ganze Stamm sind bei dem Zeremoniell dabei. Die Kranken selbst nehmen jedoch passiv teil, sie leiden und erleiden die Krankheit. Während des gesamten Verlaufs singen und tanzen alle Anwesenden. Die Prozedur des Geschehens ist mythischen Ursprungs und Bedarf der Kenntnis der indianischen Mythen. Wie bei jeder Heilung geht es um die Wiederherstellung der gestörten Ordnung. Der Schamane führt den Weg ins Jenseits. Er ist der Kundige, in dem die Funktionen des Priesters, des Arztes und des Künstlers noch untrennbar miteinander verbunden sind. Auch Nachweise über die Heil- und Zaubergesänge aus dieser Zeit sind überliefert (Biniek, 1982, S. 10ff).

Marcel Reja führt an, dass die verwendete archaische Bilderschrift eine dokumentarische Bedeutung hat und bei den *Wilden* als Ausdrucksmittel verwendet wird, um ihren Stammesgenossen eine Mitteilung zu machen (Réja, 1997, S. 88).

Aus diesem Verständnis der Kunst der *Wilden*, der primitiven Völker, richtet sich seine Aufmerksamkeit auch auf die Kinderkunst. Reja beobachtet eine Gemeinsamkeit im Ausdruck beim Malen. Weder das Kind noch der *Wilde* versuchen, ein bestimmtes Muster umzusetzen oder nachzuahmen. Das Bedürfnis beider besteht darin, Grundlegendes und Archetypisches wahrzunehmen und auszudrücken. Für ihn gibt es unübersehbare Analogien zwischen Arbeiten der Kinder und denen der *Wilden* (Réja, 1997, S. 98).

Eberhard Biniek erwähnt in Bezug auf J. H. Schultz (1884-1970) in seiner Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Kunsttherapie, dass für ihn Psychotherapie eine Krankenbehandlung mit seelischen Mitteln ist. In allem Handeln richtet sich der Focus nicht bloß auf Krankheiten, sondern auf die Behandlung von kranken Menschen. Psychotherapie bezeichnet die Art eines therapeutischen Vorgehens und sagt nichts über die Verursachung der Krankheit

aus. Falsch sei der Schluss, dass Psychotherapie sich ausschließlich auf Krankheiten seelischen Ursprungs richte. Besonders bei der stationären Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder spielt Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln eine wesentliche Rolle.

Biniek stellt die Frage, was denn Gestaltungstherapie sei? Seine einfache und umfassende Antwort lautet: „Gestaltungstherapie ist Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln.“ (Biniek, 1982, S. 2).

Als gestalterische Mittel gelten für Biniek Mittel, die eine Gestaltung zulassen. Malen, Kneten, Zeichnen, Modellieren mit Papier, Farben, Ton, Stein, Holz und Abfälle sind damit genauso gemeint, wie sprachliche und schriftliche Ausdrucksformen, instrumentale und vokale Musik und auch die Bewegung des eigenen Körpers. Gestalterische Mittel sind vorwiegend nonverbaler Natur und spielen sich im Raum des Vor-, Nicht- oder Noch-nicht-Sprachlichen ab. Der gestalterischen Möglichkeit der Sprache und des schriftlichen Ausdrucks können in Form eines Tagesbuchschreibens, im Erzählen oder Niederschreiben der Lebensgeschichte und auch im Briefeschreiben Ausdruck verliehen werden.

Im Umgang mit Kindern sind gestalterische Mittel als Ausdrucks- und Kommunikationsform angemessen. Bei den Erwachsenen wehrt sich oft die Vernunft. Das spielerische Gestalten kennen die Erwachsenen noch aus dem Kindergarten und der Schule. Dort gehört es hin, über diese Phase sei man längst hinweg. Biniek spannt den Bogen weit, indem er betont, dass gestalterische Mittel Begegnung und auch Heilung ermöglichen. Er spricht von Gestaltungstherapie und verwendet gestalterische Mittel. Er legt sich dabei nicht auf eine bestimmte Arbeitsweise fest. Gestaltungstherapie ist offen für verschiedene Arbeitsweisen und therapeutische Ziele (Biniek, 1982, S. 2ff).

Hans Prinzhorn war Assistent an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik und als solcher vom damaligen Direktor Karl Wilmanns dazu angehalten, die begonnene

Sammlung von bildnerischen Produkten Geisteskranker zu vergrößern und wissenschaftlich zu bearbeiten. Aus dieser Sammlung erschien 1922 das Werk „Bildnerei der Geisteskranken“. Es umfasst an die 5000 Zeichnungen, Gemälde, Skulpturen und textile Arbeiten. Es sind Exponate, die er aus dem gesamten deutschsprachigen Raum von psychiatrischen Anstalten, Kliniken und Sanatorien zusammengetragen hat (Röske, 2018, S. 28).

Die zeichnerischen, malerischen und bildhauerischen Produkte aus der Sammlung Prinzhorn stammen in der überwiegenden Zahl von künstlerisch ungelernten und ungeübten Anstaltsinsassen. Er schreibt vom Antrieb zu einer gestaltenden Tätigkeit, die erst durch den Ausbruch einer Geisteskrankheit erfolgt. Das Buch umfasst Bildwerke von kranken Menschen, die in der anregungsarmen, sozial isolierenden Atmosphäre geschlossener Anstalten lebten. Es handelt sich um gänzlich spontan entstandene Werke und nicht um Ergebnisse beschäftigungstherapeutischer und psychotherapeutischer Anregung von außen.

„Die Bildnerei der Geisteskranken“ von Hans Prinzhorn nimmt auch heute noch einen wichtigen Platz im Grenzgebiet von Psychiatrie und Kunst, Krankheit und schöpferischem Ausdruck ein. Prinzhorn war vor allem an den formalen Gestaltungsprinzipien interessiert. Als Beispiel legt er besonderes Augenmerk auf die Symbolbedeutung und auch auf die sich immer wiederholenden Ordnungstendenzen in den Bildwerken (Prinzhorn, 2016, S. 4f).

Der französische Maler Jean Dubuffet hat in Anlehnung an Prinzhorn ab 1945 Bilder gesammelt. Vierzig Jahre lang, bis zu seinem Tod im Jahr 1985, hat er Kunstwerke gekauft, ausgestellt, publiziert und für deren Anerkennung gekämpft. Er war beeindruckt von der Eigenständigkeit der Werke, die ohne Beziehung zu künstlerischen Vorbildern und fernab vom Kunstbetrieb in der Abgeschlossenheit des Anstaltslebens entstanden sind. Er prägt den Begriff des „*Art Brut- Künstlers*“, eines Künstlers ohne jede künstlerische Ausbildung und ohne genauere Kenntnis

traditioneller und zeitgenössischer Kunst. Dubuffet verlangt für die Bezeichnung einer Produktion als *Art Brut* eine völlige Unabhängigkeit vom allgemein anerkannten Kunstströmungen.

Das Schaffen aus einer inneren Notwendigkeit und einer extremen Spannung begleitet den Schöpfer, sodass etwas Überraschendes oder Selbsterfundenes entsteht. Er meint, dass echtes künstlerisches Schaffen nie „normal“ sei und immer etwas mit Wahnsinn und Manie zu tun habe.

Prinzhorn und Dubuffet sammelten nur Arbeiten von Patient*innen, die spontan und ohne Einflussnahme von Ärzt*innen entstanden waren. Die Schaffenden galten wahrscheinlich in den Anstalten, in denen sie lebten, als „Künstler“, wenn auch als „irre Künstler“. Künstlerische Leistungen im Sinne von *Art Brut* sind dann künstlerisch interessant, wenn die Patient*innen keine künstlerische Ausbildung haben und mit moderner Kunst nicht in Berührung gekommen sind. Für den *Art Brut* – Begriff und auch für die Möglichkeit des Entdeckens weiterer *Art Brut*–Künstler ist diese Tatsache von großer Bedeutung (Navratil, 1998, S. 1ff).

In den 1950iger Jahren regte der Psychiater Leo Navratil die Patient*innen in der Nervenheilanstalt in Maria Gugging zum Zeichnen an. Er erkannte bald die besondere Begabung einiger Insassen, förderte diese und stellte die Arbeiten der Kunstwelt vor. Die Kunst der Gugginger Gruppe wird seit den 1970er Jahren der *Art Brut* zugerechnet. Ihre Werke sind neben der *Collection de l'Art Brut* in Lausanne und in vielen anderen Museen Moderner Kunst vertreten (Museum-Gugging, 2021).

Unter dem Namen "*Art Brut*" und später "*Outsider Art*" hat diese Entwicklung einen unschätzbaren Einfluss ausgeübt.

Erfindungsreichtum, ungebrochene Fantasie, Schöpfung aus dem inneren Erleben und ihre unkonventionelle Bildsprache kennzeichnen die Werke von *Outsider*-Künstlern. Als geistig oder psychisch behinderte Menschen leben sie am Rande der Gesellschaft und schaffen abseits der kulturellen Öffentlichkeit Kunstwerke von

großer Eindringlichkeit und Überzeugungskraft. Bilder, die in erster Linie als Dokumente eines ungeahnt reichen geistigen Lebens verstanden werden müssen. *Outsider* sind akademisch ungeschulte, quasi semi-professionell tätige Künstlerinnen und Künstler. Sie bilden eine eigenständige künstlerische Szene, sofern sie sich, unberührt von den Tendenzen jeweils zeitgenössischer Kunstentwicklung, eine besondere Ursprünglichkeit des Bilderschaffens bewahrt haben.

Eine mittlerweile über hundertjährige Tradition außergewöhnlicher Bildschöpfung wird durch museale und private Sammlungen auch im deutschsprachigen Raum belegt.

Fortschrittliche Psychiater*innen gelten als Wegbegleiter und Vorläufer der Kunsttherapie. Karin Dannecker schreibt über die Anfänge des visuellen Ausdrucks. Das Kritzeln, auch auf Papierfetzen, das Malen auf Wände, das Formen von Figuren zum Beispiel aus Brotkrumen und auch das Gestalten von Gebilden aus Draht und Metall wird von den Ärzt*innen beobachtet. Sie unterstützen die künstlerischen Aktivitäten, schaffen Malräume, schreiben die Beobachtungen nieder und versuchen sie diagnostisch einzuordnen.

Am beginnenden 20. Jahrhundert spielen gesellschaftliche und kulturelle Entwicklungen basierend auf den psychoanalytischen Theorien von Sigmund Freud und Carl Gustav Jung auch eine wichtige Rolle für die Entwicklung der Kunsttherapie.

Dannecker erwähnt auch Entwicklungen zur Zeit des Expressionismus und Surrealismus, da sich in dieser Zeit die Künstler*innen sehr subjektiv äußern. Der Mensch und seine Psyche ist als Individuum Gegenstand künstlerischer Auseinandersetzungen. Und auch in der Pädagogik ändert sich der Blickwinkel. Fortschrittliche Lehrkräfte orientieren sich am Kind, um die psychische und geistige Entwicklung bestmöglich zu fördern. So erfolgt in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Entwicklung auch unter der Perspektive der psychischen

Gesundheit, doch die Fortsetzung progressiver Entwicklungen fand zurzeit des Nationalsozialismus ein jähes Ende (Dannecker, 2003, S. 13ff).

Am Ende des 19. beziehungsweise Anfang des 20. Jahrhunderts erfolgte die Beschäftigung mit der Psychologie des Unbewussten.

Die Geschichte der modernen, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie beginnt nicht mit Sigmund Freud (1856-1939), aber durch ihn kommt es zu einem Durchbruch. Freud hat Interesse am Unbewussten und seinen Erscheinungen, dem Traum, dem Symbol und dem Mythos. Sein Weg führt über die Entdeckung der Abwehr, des Widerstands, der Übertragung und deren therapeutischer Bedeutung. Die Wirkung des Unbewussten erkennt er an der Symptombildung, den Fehlleistungen und dem Traum.

Mit der „Traumdeutung“ schuf er das Werk, das ihm eine entscheidende und bleibende Anerkennung einbrachte. Damit schuf er die Grundlagen zur Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Er bereitete den Boden der Entwicklung auch insofern auf, indem er das Gestalten in der Gestaltungstherapie an die Stelle des Träumens und das hervorgebrachte Produkt, die Gestalt, an die Stelle des Traumes stellte. Freud sah die engen Beziehungen zwischen kindlichem Spiel, freier Fantasie und künstlerischer Gestaltung. Im Fantasieren sah Sigmund Freud ein Äquivalent zum kindlichen Spielen. Damit sah er in der künstlerischen Gestaltung eine Ersatzbildung (Biniek, 1982, S. 17ff).

Die Schüler*innen von Freud beginnen die psychotherapeutische Nutzung spielerisch-gestalterischer Möglichkeiten einzubeziehen, was Freud selbst nicht machte. Beim Analysieren von Kindern wurde Spiel und Gestaltung in das Repertoire der Psychoanalyse aufgenommen. Spiel und Aktivität waren für die Analyse wichtige Ausdrucksmittel und nahmen die Stellung ein, die bei den Erwachsenen Worte haben.

Das Experimentieren mit gestalterischen Mitteln wurde fortgesetzt, um den Widerstand der Patient*innen in den Griff zu bekommen. Das Traumdeuten, das freie Zeichnen, freies Fantasieren, Tagträumen, das Ergänzen von begonnenen Geschichten und das freie Erzählen wurden dabei eingesetzt. Die entstandenen Geschichten waren das Rohmaterial für die klassische Psychoanalyse. Was im Umgang mit Kindern gut funktionierte, verlief eher zögerlich bei dem Versuch, gestalterische Mittel in die Analyse von Erwachsenen einzubeziehen.

Der früheste Bericht über die Verwendung von spontanen Zeichnungen bei einer erwachsenen Person erschien unter C. G. Jung (1875-1961). Er hat den nachhaltigsten Anstoß zur Verwendung gestalterischer Mittel in der Psychotherapie bei Erwachsenen gegeben. Er war es, der seine Patient*innen zum Malen anhielt und das Gestaltenlassen zu einer eigenen tiefenpsychologisch fundierten Technik werden ließ. Er entwickelte die Technik der aktiven Imagination. Unbewusste Inhalte wurden wirksam und bewusstseinsfähig durch das Malen, das Zeichnen, Modellieren oder auch durch das Tanzen. C. G. Jung geht es um Inhalte, die noch nie im Bewusstsein waren. Der dialektische Prozess zwischen dem Ich und dem Unbewussten wird durch das Gestaltenlassen in Gang gebracht. C. G. Jung gab seinen Patient*innen Pinsel, Stift oder Feder und wollte dabei Wirkungen erzeugen.

Jung beschreibt die Angst zu Beginn jeder Behandlung, die rationale Kontrolle zu verlieren und sich dem Unbekannten zu überlassen. In der Gestaltungstherapie ist dies der Moment vor dem ersten Strich. Das Gestalten ist ein Sich-einlassen in eine noch unbekannte Tiefe. C. G. Jung sagte aus, dass die Zeit, in denen er selbst den inneren Bildern nachging, die wichtigste in seinem Leben waren. Alles, was aus dem Unbewussten aufgebrochen war und ihn zunächst überflutete, versuchte er später aufzuarbeiten. Seine aktive Imagination ist Ausgangspunkt der therapeutischen Prozedur: das Auffinden gefühlsbetonter Inhalte, das Versenken in den Affekt, das Aufschreiben, das Malen oder Zeichnen, das plastische

Modellieren bis hin zum Verstehen. Das bedarf einer Auseinandersetzung mit dem Ich. Die Integration erfolgt, wenn sich das Ich mit dem Unbewussten und seinen Inhalten auseinandersetzt. Die Auseinandersetzung ist ein dialektischer Prozess, eine Vereinigung bewusster und unbewusster Inhalte. Der Prozess der Reifung und Integration bedeutet das Erreichen einer neuen Stufe des Seins. C. G. Jung hat selbst immer wieder portraitiert, aber lange gezögert, über seine therapeutischen Methoden der Gestalttherapie in der Öffentlichkeit zu berichten. Und das, obwohl er der erste war, der sich konsequent gestalterischer Mittel im psychotherapeutischen Prozess bediente (Biniek, 1982, S. 28).

Steinbauer und Taucher schreiben über C.G. Jung, dass er als Begründer einer analytisch orientierten Kunsttherapie gilt. Allein schon das In-Fluss-Kommen der seelischen Energie und die Möglichkeit, ihr Form zu verleihen, hat lösende und heilende Effekte. Aber eine dauerhafte und durchgreifende Wirkung ist dann zu erwarten, wenn die emporgehobenen und gestalteten Inhalte auch mit dem Bewusstsein aufgenommen werden (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 13).

Neben Freud und Jung hat J. L. Moreno (1890-1974) wesentlichen Anteil an der Entwicklung einer Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln. Er will die Seele nicht mit Worten, sondern durch Handeln ergründen. Ihm ist aufgefallen, dass die Kinder nicht nur die Rolle der Erwachsenen im Spiel einnehmen, sondern auch deren Konflikte spielen. Sein Stegreifspiel befasst sich mit akuten Konfliktsituationen und deren Lösungen. Moreno begann sich für das Phänomen „Gruppe“ zu interessieren und er ist der erste, der sich der Möglichkeit des Gestaltens in der Gruppe bediente. (Biniek, 1982, S. 17ff).

Auf Basis des Konzepts von Jung entwickelt sich eine Richtung der Kunst- und Maltherapie, die besonders mit Symbolen arbeitet. In Gesprächen, in nächtlichen Träumen, in freien Fantasien und auch in der Imagination tauchen Symbole auf. In

der gemeinsamen Betrachtung und Interpretation der Bilder geht es um eine Verbindung zwischen dem, was in symbolischem Gewand aus dem Unbewussten aufgetaucht ist und dem Bewusstsein beziehungsweise der bewussten Lebenseinstellung und Lebenssituation der jeweiligen Gestalter*innen. (Riedel, 2019, S. 44).

Dannecker erwähnt, dass C.G. Jung dazu beigetragen hat, die traditionelle Bedeutung von Symbolen mit wichtigen kulturellen und psychologischen Perspektiven zu erweitern (Dannecker, 2015, S. 56).

3.1.1 Ein Blick auf andere Länder:

Die ersten Impulse kamen zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus den USA und aus Großbritannien.

In England war es Adrian Hill, ein englischer Maler, der als Patient in einer Lungenheilstätte an sich selbst die segensreiche Wirkung des aktiven gestalterischen Tuns bemerkte. Nach seiner Entlassung regte er auch andere Patient*innen zu gestalterischen Tätigkeiten an und gab seine Erfahrungen nach der Genesung weiter. Das Interesse am bildnerischen Schaffen der psychisch Kranken wuchs.

Der Begriff Kunsttherapie (*Art Therapy*) wurde in den 1940iger Jahren von ihm geprägt. Seither ist er in England allgemein in Verwendung. Kunsttherapie ist in England auch die Bezeichnung für einen staatlich anerkannten Beruf (Biniek, 1982, S. 13ff)

In den Vereinigten Staaten entwickelten ziemlich zeitgleich die Pionierinnen Edith Kramer und Margaret Naumburg eine eigene Ausrichtung der Kunsttherapie. Für Kramer war der therapeutische Wert der künstlerischen Betätigung

ausschlaggebend (Kunst als Therapie). Naumburg hob die diagnostischen und interpretativen Möglichkeiten (Psychotherapie durch Kunst) hervor. In den USA ist der Berufsstand gut organisiert, die Ausbildung erfolgt an Universitäten auf der Ebene des Magisters. Wenn wir in Europa über Kunsttherapie sprechen, so können wir nicht davon ausgehen, dass wir nur annähernd dasselbe meinen, schreibt Diane Waller (Waller, 2015, S. 54).

J. Chr. Reil fielen in Deutschland die Missstände in den damaligen Irrenanstalten auf und er versuchte, die Behandlung der Geisteskranken rational auf die Bedürfnisse der Kranken anzupassen. Reil schuf den Begriff der Psychiatrie und legte damit den Grundstein zur wissenschaftlichen Entwicklung in Deutschland. Sein Grundgedanke war, den psychisch kranken Menschen zu aktivieren und einer seelischen Krankenbehandlung zuzuführen. Die ersten Ansätze zu einer Arbeits- und Beschäftigungstherapie machten den trostlosen Alltag eines Geisteskranken erträglicher und ermöglichten es, auf die „höheren Seelenkräfte“ einzuwirken. J. Chr. Reil legte Wert auf die „Prinzipien der Pädagogik“. In seinem Sinne war dies ein moralischer Appell, indem durch Argumente mit Überredung, Beeinflussung und Überzeugung ein Übertragen der Vorstellungen, Begriffe und Urteile auf die Patient*innen geschah.

Im deutschsprachigen Raum stehen erste kunsttherapeutische Ansätze mit der Entwicklung der anthroposophischen Medizin in Zusammenhang.

Bei der Lehre der Anthroposophie handelt es sich um eine Geisteswissenschaft, die vom Philosophen und Naturwissenschaftler Rudolf Steiner 1913 begründet wurde. Seine Lehre knüpft an das Goethe'sche Weltbild an. Nach Steiner sind in jedem Menschen Seelenkräfte verborgen, die durch bewusste Schulung wie Meditation und Konzentration geweckt und entwickelt werden können. So kann der Mensch zu höheren Erkenntnissen gelangen. Er lehrt die Dreigliederung des Menschen in Leib, Seele und Geist. Später entwickelte Steiner eine Sinneslehre,

die sowohl in der Waldorfpädagogik als auch für die anthroposophische Kunsttherapie von Bedeutung ist. Die Kenntnisse der Anthroposophie finden sich in vielen Bereichen des praktischen Lebens und künstlerischen Schaffens wieder: in der Pädagogik in Form von Waldorfschulen, in der Landwirtschaft als bio-dynamische Wirtschaftsweise, in der Bewegungskunst als Eurythmie, in der Medizin als Naturheilverfahren (Homöopathie) und auch beim künstlerischen Arbeiten in der anthroposophischen Kunsttherapie. Schwerpunkt ist das Interesse am Menschen und an seinen Entwicklungsprozessen. Das Wissen um die Ganzheitlichkeit des Menschen und die Prozesse der Krankheitsentstehung regen in der therapeutischen Beziehung gezielt die Entwicklungs- und Heilungsprozesse an. Die anthroposophische Kunsttherapie integriert die Künste Malerei, Plastik, Musik und Sprachgestaltung. Über künstlerische Mittel und Prozesse werden nachhaltige therapeutische Wirkungen auf körperliche, vitale, seelische und geistige Funktionen erzielt (Pietsch, 2003).

In den deutschsprachigen Ländern wurden Mitte der 80er Jahre die ersten Schritte unternommen, die Kunsttherapie als ein neues Berufsfeld zu definieren. Kunsttherapeutische Praxis ist häufig im pädagogischen und heilpädagogischen Feld mit geistig beeinträchtigten Menschen anzutreffen. Im Zentrum verschiedener Ansätze der Reformpädagogik steht die Überzeugung, dass das eigenverantwortliche schöpferische Tun die Grundlage für die Entwicklung des Menschen ist. Das Lernen durch kreatives Gestalten tritt anstelle der Trennung von Wissen und Erfahrung. Die kunsttherapeutischen Konzepte beziehen sich auf die Förderung sozialer und kreativer Fähigkeiten und die Schulung und Ausbildung der sinnlichen Wahrnehmung (Menzen, 2016, S. 112ff).

Die junge Disziplin Kunsttherapie ist in Entwicklung. Die Bestrebungen, kreative und gestalterische Mittel zu therapeutischen Zwecken einzusetzen, sind aufgezeigt. Im Mittelpunkt steht nicht das Produkt der künstlerischen Tätigkeit und sein ästhetischer Wert, sondern der Vorgang selbst und der Künstler oder die

Künstlerin. Die ästhetische Wertung kann zusätzlich erfolgen, ist aber zweitrangig und unbedeutend für das Wesen der Kunsttherapie.

3.2 Wirkfaktoren in der Kunsttherapie

Im folgenden Abschnitt versuche ich, unterschiedliche Beiträge zusammenzutragen, um in Summe ein Bild von der Vielfalt zu zeigen. Es hat sich bei der Recherche ergeben, dass es keine einfache, eindeutige und klare Antwort auf die Frage nach den Wirkfaktoren gibt.

Als Beispiel sei hier gleich Martin Schuster angeführt, der erwähnt, dass es nur wenige Studien gibt, die Vergleiche in einer Kontrollgruppe anstellen über die Wirksamkeit der Kunsttherapie. Eine Überprüfung in Studien wurde immer zusammen mit anderen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Somit ist jedes Ergebnis als eher unscharf zu sehen. Er konnte keinen Vergleich der Wirksamkeit der Kunsttherapie mit anderen klassischen Therapieformen finden (Schuster, 2014, S. 129).

Spreti und Marten geben an, dass eine Zuweisung zu einer Kunsttherapie im klinischen Setting nicht per Verordnung erfolgt. Es fehlen immer noch Richtlinien für eine überprüfbare Indikation. Nicht recht schmeichelhaft oder sogar diskriminierend für die Kunsttherapie ist die Aussage, dass davon ausgegangen wird, dass Kunsttherapie einfach allen Patient*innen guttut oder jedenfalls nicht schadet (Spreti & Marten, 2018, S. 531).

Zu den sogenannten allgemeinen Wirkfaktoren, die auch als unspezifische Einflussfaktoren bezeichnet werden, zählen laut Bernhard Strauß die Qualität der therapeutischen Beziehung, die richtige Zuordnung der Patient*innen zu einem Behandlungsverfahren und der Zielkonsens zwischen Patient*innen und Therapeut*innen. In letzter Zeit wird immer mehr deutlich, dass auch den

Therapeut*innen als Personen ein viel größeres Augenmerk zukommt. Strauß führt an, dass Merkmale von Therapeut*innen einen beträchtlichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Diese potentiellen Einflussfaktoren sind sowohl für den Prozess als auch für das Ergebnis einer therapeutischen Behandlung wichtig. Damit Wirkmechanismen besser untersucht werden können, soll sich die Kunsttherapie aber auch der Mainstream-Psychotherapieforschung bedienen. Bernhard Strauß schreibt davon, dass es eine beträchtliche Anzahl von Studien der kunsttherapeutischen Forschung gibt, die unter anderem die Wirksamkeit von kunsttherapeutischen Maßnahmen zumindest andeuten. Dies gilt hauptsächlich für Interventionen bei Personen mit körperlichen Erkrankungen. Die Schlussfolgerung auf Basis von Fallstudien und kleineren systematischen Studien ist die, dass Kunsttherapie die Aufmerksamkeit erhöht und angenehme Gefühle vermittelt, aber auch neuropsychiatrische Symptome genauso wie das soziale Verhalten und das Selbstwertgefühl von Patient*innen positiv beeinflusst.

Auch mögliche Wirkfaktoren bei Kunsttherapie im Kontext psychischer Erkrankungen sind untersucht worden. Als besonders typisch werden von Bernhard Strauß folgende Kernfaktoren angeführt:

- Förderung der Selbstexploration und Selbstexpression
- Kommunikation
- Verständnis und Klärungsmodelle
- Integration
- Symbolisches Denken
- Kreativität und sensorische Stimulation

(Strauß, 2019, S. 13)

Strauß bemerkt dazu, dass diese Wirkfaktoren auch die Funktionskategorien des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) positiv zu beeinflussen scheinen.

Und die Schlussfolgerung ist für Strauß, dass sich der häufig beschriebene Widerspruch zwischen Praxis und Forschung gerade in der Kunsttherapie deutlich verringert. Mehr Befunde und mehr Forschung können mehr Aussagekraft über kunsttherapeutische Wirkfaktoren geben und belegen (Strauß, 2019, S. 11ff).

Petersen geht der Frage nach Wirkfaktoren in der Kunsttherapie insofern nach, indem es ihm speziell um die Wirksamkeit im Sinne von Effektivität von künstlerischen Therapien geht. Das Erfassen verbalisierter Begriffe in der Medizin und in der Psychotherapie wird erweitert durch das Spektrum der sinnlichen Wahrnehmung. Die psychosomatische Wirkung erfährt in der Kunsttherapie eine Vertiefung und Intensivierung der therapeutischen Intervention. Die therapeutische Beziehung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen, der therapeutische Prozess und das ästhetische Medium bilden miteinander ein Fundament, welches umfassender ist als die methodische Einseitigkeit der nur auf das Wort bezogenen Therapieformen (Petersen, 2002, S. 11ff).

Für Dannecker ist eine lange und anhaltende Wirkung einer therapeutischen Intervention dann gegeben, wenn sie im richtigen Moment an der richtigen Stelle geschieht (Dannecker, 2015, S. 186).

Henningsen stellt neben der Frage nach der Wirksamkeit von Kunsttherapie auch die Frage nach der Wirkungsweise. Es geht um Kunsttherapie, aber die Rede ist speziell von kunsttherapeutischem Handeln. Am kunsttherapeutischen Handeln sind Körper und Seele gleichermaßen beteiligt. Die Handlungen sind zielgerichtete Aktivitäten und verschränken motorische, sensorische, kognitive und emotionale Anteile. Das Verständnis für das Zusammenspiel körperlicher und psychischer Prozesse hat sich in den letzten Jahren geändert. Denkendes, fühlendes und

allgemein interagierendes Handeln geschieht in enger Verwobenheit und im Zusammenspiel von körperlichen und psychischen Prozessen (Henningssen, 2018, S. 186f).

Das bildnerische Handeln kann sich auch als Rettungsanker in traumatischen und bedrohten Lebenssituationen erweisen. Der Schrecken vor menschlichen Grausamkeiten wie zum Beispiel zur Zeit des Nationalsozialismus in den Vernichtungslagern wurde von den Insassen mit Zeichnungen dargestellt, halten Spreti und Marten in ihrem Artikel fest. Es ist der Versuch, vom erlebten Grauen abzulenken und die Situation auszuhalten. Die entstandenen Werke retteten zwar keine Leben, aber die Menschen konnten sich ihre Seele bewahren (Spreti & Marten, 2018, S. 528f).

Als Merkmale einer erfolgreichen Kunsttherapie führt Martin Schuster die prozessuale Aktivierung und die Ressourcenaktivierung an und bezieht sich dabei auf Grawe (2004). Die Patient*innen bringen ihre künstlerischen Kompetenzen ein und machen während des Prozesses neue emotionale Erfahrungen, die ein Umlernen ermöglichen. Eine gute Beziehungsebene zwischen den Therapeut*innen und den Patient*innen führt zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und zu Erfahrungen, die den Selbstwert erhöhen können. Schuster weist darauf hin, dass eine emotionale Aktivierung in der Kunsttherapie gerade bei schwierigen Patient*innen besser gelingt als in den verbalen Therapien. Er erwähnt das neue Konzept des *Mentalisierens* in Zusammenhang mit der Kunsttherapie. Unter *Mentalisieren* ist die Fähigkeit gemeint, eigenes Verhalten als Folge mentaler Prozesse zu verstehen. Als Folge eines künstlerischen Prozesses werden aufgetauchte Gedanken, Wünsche, Gefühle und auch Pläne gesehen und verbalisiert. Sie werden als Grundlage für den weiteren Verlauf herangezogen (Schuster, 2014, S. 128f).

Fuchs schreibt in seinem Artikel über künstlerische Responsivität, dass Menschen ständig bestrebt sind, sich Umwelten zu schaffen, auf diese einzuwirken, um von ihrem Wirken eine Antwort zu bekommen. Das lässt sich bereits bei einem Säugling beobachten, welcher seine Selbstwirksamkeit durch ein Lächeln, einen Schrei, eine Geste oder anderes erfahren möchte. Das beantwortete Wirken und damit die Erfahrung von Selbstwirksamkeit ist auch in einer responsiven Therapie zu beobachten. Eine Wechselseitigkeit, die Ko-Respondenz, ist die Voraussetzung für produktive und befriedigende Interaktion. Dem Rückzug in eine Eigenwelt der Patient*innen kann eine Kunsttherapie, eine responsive Therapie, entgegenwirken. Im Wesentlichen geht es Fuchs darum, einen konkreten Umweltbezug und reales Wirken zu fördern. Künstlerische Therapien sprechen Reize an. Die sensorische und auch die atmosphärische Wahrnehmung, das propriozeptive und viszerale Leibempfinden, sind unmittelbar mit dem emotionalen Erleben gekoppelt. So wird die Selbstwahrnehmung gefördert als Basis für das Selbsterleben und für die Selbstgewissheit. Anders als zum Beispiel bei kognitiv orientierten Verfahren unterstützt die künstlerische Therapie den intuitiven Spürsinn, das In-sich-Hineinspüren. Ein unmittelbar beantwortetes Wirken wird im Umgang mit dem Material, im Gestalten innerer Entwürfe und Bilder ermöglicht. Und die entstandenen Werke vermitteln nicht nur eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Sie stellen auch ein Kommunikationsangebot für Therapeut*innen oder andere Beteiligte dar, auf die sie antworten können (Fuchs, 2019, S. 25).

Für Dannecker äußern sich im kunsttherapeutischen Prozess sowohl ungeformte Inhalte als auch künstlerische Expressivität. In der Kunst tritt diese Doppelfunktion als Form-Inhalt-Problem auf. Dieses Problem lässt sich in der Therapie mit der Fähigkeit zur Symbolbildung erfassen. Hier treffen sich Kunst und Therapie und begründen die Wirksamkeit der Kunsttherapie mit den Eigenschaften der Kunst und des kreativen Prozesses (Dannecker, 2015, S. 179).

3.2.1 Therapeutische Wirkfaktoren in der Kunsttherapie

Im folgenden Abschnitt wird auf einen Beitrag von Gabriele Pitschel-Walz Bezug genommen. Darin widmet sie sich sehr umfassend den therapeutischen Wirkfaktoren in der Kunsttherapie und beruft sich dabei auf Ergebnisse aus Deutschland, wo Kunsttherapie als Therapieform schon mehr und länger etabliert ist als vergleichsweise in Österreich.

In Deutschland gehört neben Musiktherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie auch die Kunsttherapie zu den Spezialtherapien beziehungsweise zu den komplementärmedizinischen Methoden, welche regelmäßig in vielen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie angeboten werden. Sie betont, dass von der Kunsttherapie erwartet wird, dass die gestalterischen Aktivitäten eine therapeutische Wirksamkeit erzielen und so die Stabilisierung und Gesundung unterstützen (Pitschel-Walz, 2018, S. 31f).

Es gibt laut Pitschel-Walz zwar empirische Studien, doch sie gibt an, dass sie bei der Suche nach den Wirkfaktoren kaum Ergiebiges findet.

Dennoch filtert sie **drei Dimensionen der Wirksamkeit** aus dem wenigen Material heraus und nennt folgende Komponenten:

1. ein entspannender oder stimulierender Effekt der kreativen Tätigkeit selbst
 2. die therapeutische Beziehung im Sinne von sich aussprechen können und dem Gefühl, dass jemand zuhört
 3. das Ausdrücken von Gefühlen und seine symbolische Funktion
- (Pitschel-Walz, 2018, S. 32)

Bei der nachfolgenden Auflistung bezieht sich Pitschel-Walz wiederum in ihrem Artikel auf Grawe et al. (1994), in welchem Wirkfaktoren angeführt sind, die in den

verschiedenen Therapieverfahren in unterschiedlicher Gewichtung sichtbar werden. Es sind dies:

- Die Beziehungsperspektive Therapeutische Beziehung
Motivation zur gestalterischen Tätigkeit, ehrliches Interesse für die Patient*innen und ihre Arbeiten, Einfühlungsvermögen und der Dialog sind für eine therapeutische Beziehung wichtig. Die persönliche Ausdrucksweise durch das entstandene Werk kann als Ausgangspunkt für Themen genommen werden, da die Patient*innen sich nonverbal oder symbolisch ausgedrückt haben. Die Reaktionen der Therapeut*innen und das daraus entstehende Gespräch geben den Patient*innen Rückmeldung in Form von Akzeptanz und Erstaunen.
- Die Bewältigungsperspektive Tagesstruktur
Der soziale Rückzug und die Reduktion von Aktivitäten sind bei Patient*innen in einer psychiatrischen Klinik oft zu beobachten. Diese fördern Angst und Depression. Die tagesstrukturierenden Maßnahmen geben den Patient*innen Halt und Sicherheit, um der meist vorangegangenen Inaktivität entgegenzuwirken. Auch Kunsttherapie kann ein Bestandteil im Tagesablauf sein und zur Strukturierung beitragen.
- Die Bewältigungsperspektive Aktivierung
Um an einer Kunsttherapiestunde teilzunehmen, müssen die Patient*innen vom Bett aufstehen, sich zum Kunsttherapieraum begeben, sich gedanklich mit einem Thema auseinandersetzen und gestalterisch tätig werden. Auch eine Kommunikation zumindest mit dem Therapeuten/mit der Therapeutin und gegebenenfalls auch mit den anderen Teilnehmer*innen ist notwendig. Das kann die Stimmung verbessern und helfen, wieder in die Alltagsaktivität zu finden.

- Die Bewältigungsperspektive Ablenkung
Die Patient*innen können auch den Sinn in einer Kunsttherapie für sich finden, indem sie durch die Tätigkeit abgelenkt sind vom Grübeln, von negativen Gedanken und Gefühlen, von Schmerzen oder anderen Einschränkungen. Diese Ablenkung wird in vielen Fällen als Erleichterung erlebt.
- Die Bewältigungsperspektive Konzentrationsförderung
Unter Konzentrationsstörungen leiden viele Patient*innen in psychiatrischen Kliniken. Beim bildnerischen Gestalten kann die Konzentrationsfähigkeit langsam aufgebaut werden, ohne der Gefahr ausgesetzt zu sein, irgendwelche Sanktionsmaßnahmen erfahren zu müssen.
- Die Bewältigungsperspektive Problemaktualisierung
Gefühle wie Wut, Trauer oder Verzweiflung können in den künstlerischen Werken zum Ausdruck kommen. Die emotionale Entlastung wird manchmal leichter erreicht als in einem therapeutischen Gespräch.
- Ressourcenorientierung Salutogenetische Perspektive
Die Patient*innen führen beim Aufnahmegespräch meist an, was nicht mehr geht, was nicht mehr gelingt und welche Krankheitssymptome sie haben. Für die Gesundung ist wichtig, dass die Perspektive geändert wird. Die im Vordergrund stehenden Defizite bekommen Nachrang, die Orientierung geht in Richtung eigene Ressourcenfindung. Kunsttherapie bietet die Möglichkeit, eine salutogenetische Perspektive einzunehmen und die Patient*innen dabei zu unterstützen, die eigenen Ressourcen zu erkennen oder wieder zu finden und auch zu nutzen. Kunsttherapie ermöglicht es, die eigene Kreativität, bildnerische Fähigkeiten und die Freude am Tun wieder

beziehungsweise neu zu entdecken und auszubauen. Kreativität und Kunst können Hilfestellung für die Alltagsbewältigung sein und zu einem festen Bestandteil im Leben werden.

- **Ressourcenorientierung Selbstwertsteigerung**
Viele psychisch Kranke haben einen geringen Selbstwert, der Teil der Symptomatik aber auch Folge der Erkrankung sein kann. Durch die in der Kunsttherapie gemachten Erfahrungen während des kreativen Gestaltens kann eine Selbstwertsteigerung gelingen. Die mögliche Anerkennung und positive Rückmeldung von den Therapeut*innen, von anderen Mitarbeiter*innen auf der Station, von anderen Teilnehmer*innen in der Gruppe oder auch von Angehörigen tut gut und fördert die Selbstwertsteigerung auch über die neu entdeckten Fähigkeiten.
- **Ressourcenorientierung Neue Lernerfahrungen**
„Malen in der Schule im Zeichenunterricht“ haben viele Patient*innen in nicht guter Erinnerung. Künstlerisches Gestalten ermöglicht die Chance, die oftmals gemachten negativen Erfahrungen aus der Schulzeit abzulegen. Es kann zu einer angenehmen und befriedigenden Beschäftigung und auch zu einem neuen Hobby werden. Nachhaltige und präventive Effekte können sich durch die Kunsttherapie einstellen.
- **Ressourcenorientierung Einsicht Klärung Problemaktualisierung**
Die psychisch Kranken können sich beim künstlerischen Gestalten mit dem entstehenden Werk nonverbal ausdrücken. Der Ausdruck von bewusst oder unbewusst dargestellten Inhalten oder Symbolen wird sichtbar. Im Gespräch mit den Therapeut*innen kann eine Analyse zu neuen Einsichten und Erkenntnissen führen.

- **Problemaktualisierung Klärungsperspektive**
Das entstandene Werk kann zu einer Konfrontation und Auseinandersetzung der Patient*innen mit den im eigenen Bild ausgedrückten Emotionen führen. Im Gespräch können Bezüge zur weiteren therapeutischen Arbeit hergestellt werden und für das Erlangen der gesetzten Therapieziele von Nutzen sein. Als Beispiel und zur Verdeutlichung sei hier der mögliche veränderte Umgang mit Wut oder die Trauerarbeit bei Verlusterfahrungen erwähnt.
- **Beziehungsperspektive Gruppentherapie**
Weitere Wirkfaktoren können im Gruppensetting dazukommen. Der Aufenthalt in einer Klinik lässt bei vielen Patient*innen das Gefühl einer „Schicksalsgemeinschaft“ entstehen. In der Gruppe ist ein Üben in der sozialen Interaktion möglich wie zum Beispiel beim Erhalten und Geben von Feedback. Im Modelllernen profitieren die Gruppenteilnehmer*innen hinsichtlich der gestalterischen Techniken, kreativer Ideen und des Umgangs mit dem Material. Lernfelder für Arbeitshaltung, Sozialverhalten und persönliche Einstellungen sind in der Gruppe zu finden (Pitschel-Walz, 2018, S. 31ff).

Es ist anzunehmen, dass nicht alle hier angeführten Faktoren in einer Kunsttherapieeinheit zur Wirkung kommen. Auch wenn nur einzelne Komponenten oder Teile davon realisiert werden, lässt dies den Schluss zu, dass vor allem in einem kunsttherapeutischen Prozess eine Verbesserung in Richtung Gesundheit gelingen kann.

Wenn der Kunsttherapeut oder die Kunsttherapeutin aufmerksam ist, von den vielen möglichen Wirkfaktoren Notiz nimmt und sie auch artikuliert, so kann das ein Beitrag zur Bewusstseins-schaffung über die Bedeutung und Wirkung von Kunsttherapie sein.

Bei guter Zusammenarbeit und Koordinierung der unterschiedlichen Berufsgruppen in einer Klinik können außerdem synergistische Effekte erzielt und somit auch die Wirksamkeit der Behandlung verbessert werden. Es kann zum Beispiel das in der Kunsttherapie entstandene Kunstwerk zu diagnostischen Zwecken herangezogen werden, wenn die erhaltenen Informationen sowohl auf die Mikro- als auch auf die Makroanalyse Einfluss nehmen. Ein Bild kann zur Erkenntnis der Entstehungsgeschichte eines Problems beitragen, ein besseres Verständnis der aktuellen Lebenssituation bewirken und als Ausgangspunkt für weitere Schritte genommen werden. Dabei gilt es, durch eine gute berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit dieses synergistische Potenzial zu erkennen und besser auszuschöpfen (Pitschel-Walz, 2018, S. 34).

3.3 Haltung von Kunsttherapeut*innen

Bevor nun der Themenkomplex über Kunsttherapie und spezielle Krankheitsbilder angeführt wird, widme ich noch einige Zeilen den wichtigen Gedanken zur grundsätzlichen Haltung eines Therapeuten/einer Therapeutin. Flora von Spredi betont, dass sich im speziellen auch die Kunsttherapeut*innen einmal selbst die Frage nach den eigenen inneren Besetzungen stellen sollen:

„Was befähigt denn gerade mich, dass ich für den kranken Menschen hilfreich wirken kann?“

„Verstehe ich komplexe psychodynamische Zusammenhänge?“

„Erkenne ich in der Begegnung mit schwerkranken Menschen auch die Grenzen meiner therapeutischen Wirksamkeit?“

„Oder brauche ich den Kranken zum Ausleben meiner therapeutischen Ansprüche und Größenfantasien?“

„Kann ich mich in der therapeutischen Beziehung als hilfreich erleben?“

Mit diesen ernsthaften Überlegungen sollten sich die Kunsttherapeut*innen auseinandersetzen, auch um sich des eventuell überzogenen Ehrgeizes bewusst zu werden und um den Anspruch, ein*e ganz besonders erfolgreiche*r und effektive*r Kunsttherapeut*in sein zu wollen, zu hinterfragen.

Als tragende Säule eines kunsttherapeutischen Selbstverständnisses beschreibt Spreti die kunsttherapeutische Haltung wie folgt:

- Die Therapeut*innen sind dann authentisch, wenn sie die tiefe Überzeugung in sich tragen, dass in den Künsten heilsame Potenziale stecken. Bildnerisches Gestalten bringt fast jedem Menschen fast zu jeder Zeit, aber insbesondere in Zeiten seelischer Not und Krankheit, Entlastung und schöpferische Freude. Die verstehende Begleitung der selbstreflektierenden und einfühlsamen Kunsttherapeut*innen aktiviert die in Summe vorhandenen verfügbaren Mittel, Möglichkeiten, Fähigkeiten und Energien.
- Die Akzeptanz der Vielfältigkeit des menschlichen Ausdrucks und das von liebevollem Verstehen geprägte Staunen über den Mitmenschen ist von Bedeutung und kann die Therapeut*innen immer wieder überraschen, neu begeistern oder auch aufs Tiefste erschrecken.
- Die dritte und gar nicht so unwichtige Facette einer therapeutischen Haltung ist für Spreti der Humor, der auf jeden Fall in einer therapeutischen Beziehung Platz haben sollte. Das gemeinsame Lachen ist auch in den unglücklichen Zeiten einer schweren psychischen Erkrankung ein wertvolles therapeutisches Instrument.

Der Blick auf die eigenen Merkwürdigkeiten und Ticks wäre dann möglich. Die gemeinsame Sicht auf die Unzulänglichkeiten der eigenen Person und insbesondere auch auf die von Therapeut*innen kann von Leistungsdruck entlasten und auch Quelle für Heiterkeit sein (Sprei, 2012, S. 83).

Das oberste Prinzip im Sinne einer therapeutischen Intervention ist das „Gestaltenlassen“. Es kann am Anfang eines Prozesses stehen und den Prozess selbst in Gang bringen. Es kann auch während der gesamten Dauer die Therapieeinheit begleiten. Es kann aber auch im Laufe einer verbal begonnenen Therapie sein, dass der ins Stocken geratene Prozess wieder in Bewegung gerät. Es kann die Abwehr der Patient*innen unterlaufen oder ein beabsichtigtes Mittel für den Umgang mit Widerstand sein. Neugierde und Experimentierfreude können beim Gestaltenlassen geweckt werden. Auch die Patient*innen selbst können zu diesem Mittel greifen.

Die Situation, in der gestaltet wird, kann auch sehr unterschiedlich sein: alleine, gemeinsam mit dem Therapeuten oder in der Gruppe. Die Atmosphäre, das Milieu, in dem das Gestalten geschehen kann, müssen die Therapeut*innen schaffen, das Tun liegt bei den Patient*innen (Biniek, 1982, S. 39).

3.4 Kunsttherapie anhand von speziellen Krankheitsbildern

Im nächsten Abschnitt dieser Arbeit wird speziell auf drei Krankheitsbilder, die auf einer psychiatrischen Station häufig zu finden sind, näher eingegangen.

Patient*innen mit depressiven Symptomen, psychotischen Merkmalen und auch Persönlichkeitsstörungen durchlaufen während ihres Aufenthaltes in einer Klinik den Prozess der Diagnose und der möglichen und notwendigen Interventionen in Richtung Verbesserung und Gesundung.

3.4.1 Depression, somatoforme Störungen

Gemütskrankungen treten in allen Kulturen und Ethnien auf und sind seit dem Altertum als Begleiter des menschlichen Daseins anzusehen. Es werden Episoden krankhaft niedergedrückter Stimmung, den Depressionen, und den Phasen übermäßig gehobener Stimmung, den Manien, unterschieden. Die Ursachen dafür

sind bis jetzt noch nicht befriedigend erklärt. In der westlichen Welt leiden bis zu 25 % der Bevölkerung zumindest einmal im Leben an einer medizinisch relevanten Depression und davon müssen 3 % psychiatrisch behandelt werden. Im Verhältnis 2:1 erkranken Frauen häufiger als Männer, auch hierfür gibt es keine ausreichende Erklärung. Thomas Fuchs führt an, dass nach Angaben der WHO depressive Störungen als weltweit häufigste psychische Erkrankungen mit steigender Tendenz in den industrialisierten Gesellschaften ausgewiesen werden (Fuchs, 2012, S. 75).

Christian Schubert schreibt über Kunst, Kapitalismus, Krankheit und die zu beobachtenden Veränderungen. Er gewinnt den Eindruck, dass wir heutzutage bessere materielle Umweltbedingungen wie zum Beispiel verbesserte Hygiene vorfinden und dadurch real länger leben, aber größere Zeiträume in schlechter Gesundheit erleben. Im Kapitalismus zu Zeiten von Karl Marx wird schon die Entfremdung des Subjekts von sich selbst und von anderen kritisiert. Das Scheitern und die einhergehende Erschöpfung kann als Ursache für eine Häufung von psychischen Erkrankungen gesehen werden. Neben den depressiven Erkrankungen sind die Körperfunktionsstörungen Ausdruck eines Unbehagens in der Industriekultur. Das Gesundheitssystem soll als eine Art soziales Immunsystem zur Bewältigung der Krankheitsgefahren beitragen. Gemeint ist damit das Heilen der Wunden in der jeweiligen gesellschaftlichen Epoche. Gesundung erfährt der kranke Mensch dann, wenn er sich kognitive, kommunikative und kooperative Sichtweisen in der Auseinandersetzung mit der Kunst aneignet (Schubert, 2018, S. 53f).

In einer psychiatrischen Klinik ist die Kunsttherapie das klassische Einsatzfeld für depressive Patient*innen. In vielen Fallbeispielen ist zwar das künstlerische Gestalten dokumentiert, wobei es nicht so einfach ist, Depressive zur Teilnahme an einer Kunsttherapie zu gewinnen. Martin Schuster beschreibt auch, dass es gar nicht leicht sei, die besonderen Merkmale der Kunst bei Geisteskranken

insbesondere bei Depressiven herauszuarbeiten. Die Merkmale sind nicht so zuverlässig, dass man aus ihnen eine Diagnose stellen kann. Dennoch hebt er hervor, dass die Kunst depressiver Patient*innen sich in der Verwendung von dunklen oder gar keinen Farben äußere. Der Gestaltungsdrang sei bei depressiven Patient*innen sehr gering. Er beobachtet auch eine Leere und wenige Affektdarstellungen (Schuster, 2014, S. 72ff).

Depressive Patient*innen leiden in besonderer Weise unter ihrer narzisstischen Bedürftigkeit, ihrer negativen Selbsteinschätzung und ihren vielen Selbstzweifeln, heben Steinbauer und Taucher hervor. Geringes Selbstwertgefühl und die nicht zu erreichen scheinende Sehnsucht nach stabilen Beziehungen sind oftmals Inhalt einer depressiven Störung. Auch die Trauer über das versäumte Wagnis des Lebens und die Schwermut des „Sich-selbst-Verfehlens“ bringen die strengen Über-Ich-Forderungen eines Depressiven zum Ausdruck. Durch das künstlerische Gestalten entsteht ein selbstgeschaffenes Werk und das wiederum ermöglicht es, dass die Vorstellung des Nicht-Könnens als Ausdruck des depressiven Lebensgefühls am eigenen Werk durchbrochen wird (Steinbauer & Taucher, 1997, S. 49f).

Fuchs nennt als Leitsymptome der Depression die herabgesetzte Stimmung und den gehemmten Antrieb begleitet von Freud- und Interesselosigkeit wie auch Ängsten und innerer Unruhe. Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Versagensängste gehen einher mit dem reduzierten Selbstwertgefühl. Wenig Konzentrationsvermögen und Gedächtnisleistung können die Patient*innen so beeinträchtigen, dass es zur Arbeitsunfähigkeit kommen kann. Eine tiefe Verzweiflung führt zu dem Wunsch, durch den Tod erlöst zu werden. Gedanken, sich das Leben zu nehmen, kreisen bis hin zu konkreten Plänen und Handlungen zur Selbsttötung. Es fallen auch reduzierte Mimik und eine spärliche Sprache hinsichtlich der Psychomotorik auf. Die Ausprägung einer depressiven

Symptomatik kann so sein, dass nichts mehr gefühlt und empfunden wird, Merkfähigkeitsstörungen treten ähnlich wie bei Demenz auf. Auch wahnhaftige Vorstellungen, beispielsweise am Elend der Welt schuld oder unheilbar krank zu sein, werden angeführt.

Körperliche Symptome empfinden depressive Patient*innen häufig als belastend. Sie fühlen sich müde, leer und kraftlos, empfinden alltägliche Verrichtungen als erschöpfend, sind appetitlos, verlieren Gewicht und klagen über diffuse Schmerz-, Druck- oder Schweregefühle im Kopf, in der Brust oder im Bauch. Als besonders quälend führen Depressive die Schlafstörungen an, besonders Einschlafstörungen oder Früherwachen. Das Stimmungstief und die depressiven Beschwerden sind in den Morgen- und Vormittagsstunden ausgeprägter.

Fuchs betont für das Verständnis der Depression insbesondere ihre Unterscheidung von normalpsychologischer Traurigkeit. Depressive Patient*innen fühlen sich nicht traurig, sondern stumpf, versteinert, leer, unlebendig oder tot.

Depressionen beginnen selten „über Nacht“ sondern schleichend und verlaufen meist über Wochen bis Monate. In den ersten Phasen des Auftretens kann eine Depression häufig im Anschluss an ein belastendes Ereignis erfolgen. Fuchs gibt an, dass die Prognose für eine Gesundung gegeben ist, wenngleich die Depression bei 15 % der Betroffenen einen langen oder chronischen Verlauf nimmt. Depressiv Erkrankte erleiden in ihrem Leben meist mehrere Episoden (Fuchs, 2012, S. 75ff).

Der/Die Depressive erlebt sich ausgeschieden aus dem Lebensstrom, ohne erfüllende Gegenwart und abgeschnitten von der Zukunft. Der Vitalitätsverlust in allen Lebensbereichen macht es den Patient*innen oft nicht möglich, sich verbal entsprechend auszudrücken. Über kreative Therapieformen wie zum Beispiel künstlerisches Gestalten gelingt es den Depressiven leichter, sich auf nonverbale Weise mitzuteilen. Häufig wird beim Zeichnen nur der Bleistift verwendet oder eine geringe Farbintensität bemerkt. Auch nur einzelne oder wenige Formelemente

finden sich auf einer weitgehend leeren Bildfläche. Dem Zustandsbild des/der Depressiven entsprechend ist die aktive Zuwendung von Ärzt*innen sowie Therapeut*innen von großer Bedeutung. Sie ist das Fundament für ein tragfähiges Netz, um sich dem aversiven Fluchtverhalten dem Leben gegenüber entgegenstellen zu können. Es gilt in der therapeutischen Arbeit, die Bilder als kathartische Produkte für den geheimen Sinn, der hinter jeder Depression steckt, aufzulösen (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 38ff).

Leo Navratil, ein Psychiater an der niederösterreichischen Landesnervenklinik Maria Gugging, begann, seine Patient*innen zu begleiten und zu beobachten, weil es auch damals üblich war, dass die stationären Aufenthalte in einer Klinik sehr lange andauerten. Er stellt fest, dass in der Phase der Erkrankung die depressiven Personen für eine künstlerische Betätigung schwer zugänglich sind. Laut Navratil werden die depressiven Patient*innen nur dann künstlerisch tätig, wenn sie nicht zu sehr gehemmt sind und wenn bereits Ansätze zur Überwindung der Depression vorhanden sind. Navratil bemerkt, dass depressive Kranke von selbst wieder beginnen, künstlerisch aktiv zu werden, wenn die Depression zu schwinden beginnt (Navratil, 1998, S. 32).

Flora von Spreti befasst sich in einem Beitrag speziell mit der Kunsttherapie bei depressiven Patienten und hält fest, dass die Einweisung in die geschlossene Abteilung wegen der hohen Suizidgefahr oft notwendig ist. Einer unsagbaren Leere und der sprachlosen Erstarrung kann während eines stationären Aufenthaltes durch künstlerisches Gestalten entgegengewirkt werden. Depressive Patient*innen überwinden die Sprachlosigkeit und die krankheitsbedingte innere Isolation eher im gestalterischen Tun. Das innere Dilemma eines Depressiven ist die hinter der Antriebslosigkeit und dem Minderwertigkeitsgefühl schlummernde Agitiertheit/Aggression und die daraus resultierende Entwertung dessen, was als entlastend und als heilsam angeboten wird. Auch wenn die Kunsttherapie eine

Therapie ohne Leistungsanspruch ist, so können Depressive sie oftmals schwer annehmen. Es ist eine Entwertung dabei, wenn sie das Argument „ich kann nicht malen“ äußern und damit die eigene depressive Handlungsunfähigkeit und die gefühlte eigene Wertlosigkeit zeigen. Spreiti erwähnt, dass die Therapeut*innen in der Begegnung mit depressiven Patient*innen oftmals den inneren Konflikt der Gefühle erleben. In dem manches Mal abwertenden Kommentar „das ist doch alles Kinderei“ findet sich eine gleichzeitige Abwertung des Therapieangebotes. Dem Zwiespalt der Gefühle geht die Kränkung über die Zumutung einer Kinderei ebenso einher wie die große Verzweiflung über die eigene Unfähigkeit.

Diese Ambivalenz beeinflusst auch die therapeutische Haltung, denn die zwiespältigen Empfindungen der Kranken übertragen sich auch auf die Therapeut*innen und sind wichtige Hinweise für die weitere Beziehungsgestaltung. Eine Verstrickung in die Störungen der Patient*innen kann einerseits das Auftreten von Mitleid anstelle von empathischem Mitgefühl sein und macht die Therapeut*innen selbst handlungsunfähig und leidend. Auf der anderen Seite können in der Gegenübertragung aggressive Gefühle entstehen. Die quälende Hilflosigkeit und die ohnmächtige Wut spüren die Therapeut*innen und müssen sie von den eigenen Empfindungen trennen. Als Beispiel sei hier angeführt, dass die ewige Jammerei und die starre Ablehnung aller therapeutischen Angebote die Therapeut*innen nicht selbst wütend machen sollen. Übertragungsgefühle wie Mitfühlen, Mitleiden und Entwerten treten in der Begegnung mit schwer depressiven Patient*innen auf, und die Therapeut*innen müssen sehr achtsam sein, diesen Momenten sehr professionell zu begegnen (Spreiti, 2012, S. 81f).

Wenn sich Patient*innen in einer therapeutischen Beziehung geschützt und getragen fühlen, können sie sich dem Schmerz und der manchmal mit Grauen erfüllten wahnhaften Innenwelt stellen, sich mitteilen und damit auch ihr Leid teilen. Die Fähigkeit der Verbalisierung, Kommunikation und Distanzierung von den depressiven Erlebnisinhalten kann als Folge einer kathartischen

Ausdrucksmöglichkeit der Gefühle in den Bildern gesehen werden. Steinbauer und Taucher weisen darauf hin, dass in der Konkretisierung depressiver Inhalte von den Patient*innen in den Bildern ein Gegenüber geschaffen wird, von dem sie sich distanzieren können. Die Auseinandersetzung mit dem Gegenüber ermöglicht eine emotionale Entlastung. In der Bearbeitung des bildhaft externalisierten Konfliktmaterials können von den Patient*innen die in den Bildern nach außen projizierten Anteile als Teile ihres Selbst erkannt und erlebt werden. So entwickelt sich aus dem kathartischen Prozess allmählich ein konstruktiver Rückkoppelungsprozess. Steinbauer und Taucher zeigen auf, dass der Grundkonflikt der depressiven Haltung, der Konflikt zwischen Abhängigkeitsbedürfnissen und Autonomieansprüchen, sich in den entstandenen Bildern widerspiegelt. Als Ausgangspunkt wird in der therapeutischen Arbeit das Bild hergenommen, welches meist auf die aktuelle Lebenssituation hinweist. Die Bearbeitung der Konfliktbilder und das konsequente Bewusstmachen, Hinterfragen und das Durchbrechen der Verhaltensmuster ermöglichen Entwicklungsschritte in Richtung größerer Eigenverantwortung. Ziel eines therapeutischen Prozesses soll die Entschärfung der Erkrankungssymptome und das Einüben neuer Lebensmuster sein. Steinbauer und Taucher betonen, dass mit der Aufhellung der depressiven Stimmungslage auch eine Veränderung in der Bildgestaltung zu beobachten ist: eine Erweiterung der Farbpalette, die Zunahme der Farbtintensität und die bessere Nutzung der Bildfläche sind ersichtlich. So kann die Zunahme des Selbstwertgefühls und der Integrationsfähigkeit in den Bildern erkannt werden. Dies ist auch sichtbar, wenn sich die Patient*innen selber im Zentrum ihres Bildes sehen und auch die Befreiung aus der Erlebniswelt der Depression spüren (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 44ff).

Flora von Spreiti geht in ihrer Aussage darauf ein, dass die Kunsttherapie eine Befreiung von der Depression nicht leisten kann. Aber zu den erlittenen Qualen und der damit verbundenen starken Einengung der Lebensperspektive kann das

kreative Gestalten zu jeder Zeit ein entlastender Nebenschauplatz zum Hauptfeld der Erkrankung Depression sein (Spreti, 2012, S. 90).

Und Steinbauer und Taucher bemerken, dass die deutliche Aufhellung der Stimmungslage zu einer Zunahme des Selbstwertgefühls führt. Die Patient*innen nehmen wieder auch außerhalb des stationären Bereichs Kontakte auf und gehen auf Beziehungen ein (Steinbauer & Taucher, 1997, S. 53).

Anne Maria Möller-Leimkühler widmet einen Artikel dem Thema „Männer in der Psychosomatik und in der Psychiatrie“ mit besonderem Blick auf die Depression. Ich denke, dass es wert ist, sich dem vernachlässigten Geschlecht, so wie sie es formuliert, speziell zu widmen und damit einen kleinen Exkurs weg vom Blickwinkel der Kunsttherapie zu nehmen. Möller-Leimkühler diskutiert dabei die geschlechterspezifischen Unterschiede am Beispiel der Depression.

Männliche Selbstwahrnehmung erfolgt unter weitgehender Abkoppelung des Psychischen und damit einem geringeren Bewusstsein für psychosomatische Zusammenhänge. Außerdem treten bei Männern oftmals eine geringere Selbstaufmerksamkeit, eine höhere Symptomtoleranz und die Tendenz zur Bagatellisierung und Verleugnung auf. Als Folge wirkt es so, dass Männer ihre Gesundheit als subjektiv besser einschätzen als Frauen und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen geringer ist.

Für Möller-Leimkühler scheint es so, dass gefährdete Männer sehr lange ihren Zustand als nicht depressiv oder behandlungsbedürftig einschätzen. Interessant ist der Faktor, dass Depressionen bei Männern kaum von Männern erkannt werden, denn sie selbst führen die somatischen Symptome nicht auf eine Depression zurück. Die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe in allen Altersgruppen liegt bei Männern signifikant unter der von Frauen. Eigenartigerweise erhalten Männer bei gleichen Symptomen auch seltener eine Depressionsdiagnose. In der depressionsspezifischen Behandlung bekommen Frauen häufiger

Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva, verschrieben. Möller-Leimkühler stellt in diesem Zusammenhang die Frage nach der Unterbehandlung von Männern mit Antidepressiva. Sie hinterfragt auch kritisch, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl der Versicherten mit Depressionsdiagnose steigt, die Verordnungen von Antidepressiva und Therapien aber eher gegen Null tendieren. Sie sieht eine Diskrepanz zwischen der Versorgungslage psychisch kranker Männer und dem objektiven Versorgungsbedarf. Die vorzeitige Sterblichkeit von Männern einschließlich ihrer hohen Suizidrate sind Indikatoren für eine dysfunktionale Bewältigung von Stress beziehungsweise für das Nichtwahrnehmen oder das Verleugnen eines Behandlungsbedarfs.

Das genetische Depressionsrisiko ist für beide Geschlechter vergleichbar und es gibt keine Hinweise für ein erhöhtes hormonell bedingtes Risiko bei Frauen. Biologische Faktoren spielen eine Rolle, es muss aber ein multikausaler Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren gesehen werden. Als psychosoziale Risikofaktoren bei Männern werden von ihr folgende Faktoren angeführt:

Niedriger sozioökonomischer Status, alleinlebend, Scheidung/Trennung, Arbeitslosigkeit, berufliche Gratifikationskrisen, Berentung, chronische Erkrankungen, Geburt eines Kindes und Homosexualität. Als dominierende Stressquelle wird bei Männern die Berufsrolle genannt. Männer haben nicht nur die gefährlicheren Berufe, sondern auch ein höheres psychisches Erkrankungsrisiko infolge ungünstiger psychosozialer Arbeitsbedingungen. Männer sind stärker von einer zunehmenden Arbeitsplatzunsicherheit betroffen und bei Arbeitslosigkeit stärker belastet. Als hohen Stressfaktor führt Möller-Leimkühler auch die heutzutage höhere Erwerbstätigkeit der Frauen und die damit einhergehende Unabhängigkeit und Trennungsbereitschaft an.

Männer tarnen ihre Depression durch die Orientierung an traditioneller Maskulinität. Nach wie vor wird Männlichkeit durch ein Statusstreben charakterisiert, bei dem das Leistungs- Konkurrenz- und Erfolgsstreben im Vordergrund steht. Die narzisstische Illusion der Unverletzlichkeit und die hohe

emotionale Kontrolle lassen keine Schwächen zu. Angst, Traurigkeit, Unsicherheit oder auch Tränen sind weiblich besetzt. Eine depressive Störung zuzugeben und um Hilfe zu bitten, bedeutet einen Status-, Männlichkeits- und Identitätsverlust, was so lange wie möglich hinausgeschoben werden muss. Zu den externalisierten Formen zählt Möller-Leimkühler auch folgende auf: Schweigen, Rationalisieren, Aktionismus, Körperferne und Kontrollbedürfnis. Dies kann dazu führen, dass die typisch depressive Symptomatik sich hinter einer gesteigerten Aggressivität, antisozialem Verhalten oder Sucht- und Risikoverhalten verbergen. Die Identifizierung von Depression bei Männern müsse verbessert werden, auch um eine gezieltere Suizidprävention voranzutreiben.

In Anbetracht dieser Überlegungen spricht Möller-Leimkühler auch die therapeutischen Vorlieben bei Männern mit einer Depressionsdiagnose an. So bevorzugen sie ein Abwarten und eine Medikation anstelle von Therapie. Die Anforderungen und Herausforderungen seien somit für die Therapeut*innen sehr hoch, denn Möller-Leimkühler beschreibt Männer nicht immer als Wunschkandidaten für die Therapeut*innen. Der „reale traditionelle Mann“ sei nämlich verschlossen, gebe sich undurchschaubar, behalte die Kontrolle, zeige keine Gefühle, vermeide Beziehungskonflikte, sei handlungsorientiert und wisse immer, was zu tun sei. Wenn Männer sich bereits in einer Therapie befinden, dann werden sie von den Therapeut*innen als schwierig beschrieben, da ihre emotionale Abwehr, Angst vor Abhängigkeitsbeziehungen und die Nichtzulassung von Schwächen sich als sehr große Herausforderungen darstellen. Der mangelnde Zugang zu Emotionen, der Umgang mit Autonomie, das Akzeptieren von Schwächen oder der Einsatz von Stressverarbeitungsstrategien sollten laut Möller-Leimkühler beim Behandlungsplan als männerspezifische Therapieansätze gesehen werden. Sie hebt dabei auch die Rolle von Kunsttherapeut*innen hervor, weil sich bei dieser Form der Therapie gerade bei „schweigenden Männern“ eine ideale Herangehensweise zeige. Probleme und Krisen werden in der Kunsttherapie oftmals nicht übers „Sprechen“ kommuniziert. Verschüttete

Lösungen und Potenziale könnten in einer Kunsttherapie zutage gefördert werden und dem Mann helfen über das entstandene Werk „zur Sprache“ zu kommen (Möller-Leimkühler, 2019, S. 271ff).

In der Literatur wird noch eine andere Form von Erkrankung beschrieben.

Es handelt sich um somatoforme Störungen, die Ausdruck einer zugrunde liegenden Depression sind.

Mit somatoformen Störungen sind körperliche Beschwerden gemeint, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Somatoforme Beschwerden treten häufig auf. Sie machen etwa zwanzig Prozent aller hausärztlichen Konsultationen aus.

Bisher kennt man noch keine eindeutige Ursache für die Entstehung von Somatisierungsstörungen. Die Symptome liegen meist schon seit Monaten oder auch schon seit Jahren vor. Trotz ergebnisloser medizinischer Befunde fordern Patient*innen immer wieder neue Befunde ein. In Fachkreisen wird dies als „Ärztelisting“ beschrieben. Die Patient*innen fühlen sich von den Ärzt*innen schlecht betreut, da die Beschwerden weiterhin anhalten. Und trotz negativer körperlicher Befunde verweigern sich die Kranken oft einer seelischen Ursachenforschung. Diese Konstellation ergibt ein schwieriges Verhältnis zwischen den Ärzt*innen und Patient*innen, was zur Folge hat, dass die Patient*innen mehrmals den Arzt/die Ärztin wechseln, in der Hoffnung, dass eine Besserung eintritt.

Zu dieser Gruppe der somatoformen Störungen werden auch die Hypochonder gezählt. Sie leiden unter anhaltenden unbegründeten Krankheitsängsten.

Für die Symptome gibt es biologische und psychologische Ursachen.

Martius und Gündel führen aus, dass seelische Faktoren zur Entwicklung von Schmerzempfinden und Schmerzstörungen beitragen können. Mit Schmerzstörungen beschreiben sie einen allgemeinen unangenehmen Schmerz in Bezug auf die körperliche Wahrnehmung. Kommt es zu einer Einschränkung in der Lebensführung und in der Lebensqualität, so ist das biologische Gleichgewicht eines Organismus bedroht. Es entsteht Stress. Das Stresssystem reift in den ersten Lebensjahren und kann zu einer lebenslangen dysfunktionalen Stressverarbeitung führen. Eine frühe Bindungsstörung ist ein Beispiel für Stressoren, sowohl psychosozialer als auch körperlicher Natur.

Als Langzeitfolgen von Stressoren geben Martius und Gündel folgende Faktoren an:

- eine schlechte Beziehungsqualität, emotionale Vernachlässigung
- chronische familiäre Disharmonie
- von Kindheit an eine berufliche Anspannungssituation bei den Eltern
- einen geringen Altersabstand (weniger als 18 Monate) bei Geschwistern
- Gewalt in der Familie
- sexueller Missbrauch
- Scheidung/Trennung der Erziehungsberechtigten
- schwierige finanzielle Situation
- ein chronisch kranker Elternteil (Martius & Gündel, 2012, S. 194f).

Ein früh auftretender Stress führt in Folge zu einem gesundheitlichen Risikoverhalten mit Alkohol- und/oder Drogenkonsum, Gewalttätigkeit, verminderter Bewegung oder etwa Fehlernährung. Dies wiederum bewirkt das vermehrte Auftreten von Krankheiten wie Diabetes mellitus, Schlaganfall oder Herzinfarkt. Auch soziale Probleme wie Ablehnung oder Behinderung lassen auf eine verminderte Lebenserwartung schließen. Es wird jedoch angenommen, dass biologische, psychologische, soziale und genetische Faktoren zusammenspielen

und das Ergebnis einer somatoformen Störung darstellen (Martius & Gündel, 2012, S. 195).

Auch das Ungleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren in der Kindheit lassen somatoforme Störungen entstehen. Traumatisierende Erlebnisse können die Bewältigungsstrategien hemmen und eine Chronifizierung von somatoformen Störungen bewirken. Im Erwachsenenalter können somatoforme Störungen bei übermäßigem seelischem Stress zur Überlastung und Störung innerer Organe führen. Unverarbeitete Trauer, unterdrückte Wut oder verdrängte Ängste setzen einen sogenannten Teufelskreis in Gang, bei dem sich körperliche Reaktionen, daraus entstehende Angst und eine sehr sensible Wahrnehmung der eigenen Körpervorgänge abwechseln. Auch Angst, Enttäuschung und Ohnmachtserleben beeinträchtigen die Alltagsaktivitäten mit hohen Fehlzeiten in der Schule oder am Arbeitsplatz (Fröhlich-Gildhoff & Kapaun, 2019, S. 60).

Die Patient*innen sind durch eine jahrelange „Mühle“ von Untersuchungen und Behandlungen gegangen, um dann die Empfehlung zu einer psychologischen Behandlung zu bekommen. Dies empfinden dann viele als Niederlage und Verurteilung (Martius & Gündel, 2012, S. 196).

Als typische Beschwerden werden Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Gliederschmerzen, Blähungen und Durchfall, Schwitzen, leichte Erschöpfbarkeit, Hitze- und Kältewallungen angegeben. Die Betroffenen beschreiben ein häufiges Auftreten, das den Alltag bestimmt. Sie schleppen ihre Krankengeschichte mit sich. Wenn es für andauerndes körperliches Unwohlbefinden keine organischen Ursachen gibt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die überladene Seele Alarm schreit und Entlastung fordert. Je rascher diese Entlastung geschieht, desto rascher lassen sich die Beschwerden bessern.

Es ist Aufgabe der Kunsttherapeut*innen, gemeinsam mit den Patient*innen die seelischen Konflikte aufzuspüren und in Zusammenhang mit den somatischen Störungen zu betrachten. Auf psychiatrischen Stationen werden die Patient*innen mit komplexen Beschwerden mittels medikamentöser und therapeutischer Begleitung versorgt. Es ist nicht immer möglich, sämtliche Symptome zu lindern.

Die Therapiebeziehung ist bei den Patient*innen mit somatoformen Störungen sehr wichtig. Es ist nicht die Frage nach der richtigen oder wirkungsvollsten Technik entscheidend, sondern die „dahinterliegende Frage“ nach einer gut gelingenden Beziehungsgestaltung. Im therapeutischen Prozess müssen Chancen zum Umbau innerseelischer Strukturen oder Schemata gegeben sein, die durch ein entsprechendes Beziehungsangebot unterstützt und gefördert werden (Fröhlich-Gildhoff & Kapaun, 2019, S. 66).

Maria Keresztessy-Hutter beschreibt einen Therapieverlauf bei Schmerzpatient*innen und gibt für einen kunsttherapeutischen Prozess folgende Schritte an:

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit Empathie und Anteilnahme
- bildhafte Beschreibung des Schmerzes
- die wiederholte Darstellung des Schmerzes im Therapieverlauf
- vergleichende Einschätzungen der Schmerzbilder von den Patient*innen selbst
- Erkenntnisse auf Alltagssituationen übertragen
- Bilder nach freier Wahl entstehen lassen, um zu sehen, ob sich der Blickwinkel verändert hat
- Vor- und Nachteile des Schmerzes aufzeigen zur Förderung der Schmerzakzeptanz

- Ausdrücken von bisher verborgenen Emotionen
- Aktivierung von vom Schmerz verdrängten Potenzialen
- wachsende Gefühle von Identität und Selbstachtung bewusst machen
- Pläne für die Zukunft schmieden
- Abschluss der Therapie mit zielorientiertem Ausblick
- Darstellung positiver und negativer Aspekte im Therapieverlauf

(Keresztessy-Hutter, 2012, S. 198)

Schmerzpatient*innen gelten in der Regel als schwierig. Es braucht eine gewisse Erfahrung und Kompetenz der Kunsttherapeut*innen, um diesen Menschen gerecht zu werden. Dieser Auflistung nach zu schließen ist der Behandlungsverlauf langwierig.

3.4.2 Schizophrenie

Zu Beginn dieses Abschnitts wird der Erklärung und der Beschreibung dieser Krankheit mehr Platz eingeräumt, da im Allgemeinen- mit Ausnahme der Ärzt*innen und klinischen Psycholog*innen- wenig Kenntnisse über die Krankheit Schizophrenie existiert. Die therapeutische Arbeit mit Patient*innen in einem Krankenhaus verlangt ein genaueres Wissen gerade über die psychiatrische Diagnose Schizophrenie und die damit einhergehenden Besonderheiten.

In der Gruppe der Psychosen wird die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild angeführt.

Aufgrund ihrer reichhaltigen Symptomatik, der intermittierenden Heftigkeit und der begrenzten Verstehbarkeit der Wahninhalte gilt Schizophrenie als mystisch-fremdartig und geheimnisvoll. Dieses Krankheitsbild hat das Flair des Außergewöhnlichen. Unter den schizophren Erkrankten befinden sich feinfühlig und sensible Menschen mit besonderer Kreativität, Expressivität und Originalität.

Der Volksmund bestätigt die Einschätzung, dass „Genie und Wahnsinn“ ganz eng beieinander liegen.

Bäumli und Martius weisen darauf hin, dass Schizophrenie bei Männern und Frauen etwa gleich häufig auftritt und beziehen sich auf Bleuler, wenn sie die Beschreibung für Schizophrenie übernehmen und sie wie folgt beschreiben: Es ist eine Krankheit, deren Symptome sich in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens äußert. In der Psychose wirkt alles wie „gestellt“, wie verändert, und der Realitätsbezug ist nicht gegeben. Die Symptome und Verhaltensweisen, die aus dieser Störung resultieren, sind für Außenstehende kaum nachvollziehbar. Die Kranken nehmen die Grenze zwischen Innen- und Außenwelt nicht mehr eindeutig wahr, die Umwelt erscheint ihnen unwirklich. Der Kranke ist sich selbst auch fremd. Halluzinationen wie Stimmenhören oder ein Zwang für bizarre Körperbewegungen und -haltungen können auftreten. Schnelle Stimmungsschwankungen wechseln rasch. In der Psychose können die Patient*innen oft bedrohlich wirken. Bäumli und Martius verzeichnen zwar kaum häufigere Straftaten von schizophrenen gegenüber gesunden Patient*innen. Aber es kommt häufiger zum Tod durch Suizid. Sie unterscheiden auch zwischen Negativ- und Positivsymptomen. Eine Aufmerksamkeitsstörung, eine Freud- und Willenlosigkeit und die Verarmung von Sprache, Denken, Affekt und Antrieb gehören zu den negativen Symptomen und gelten als prognostisch weniger günstig. Zu den positiven Symptomen gehören Wahn- und Sinnestäuschungen, psychomotorische Symptome und Denkzerfahrenheit und sind oft recht gut behandelbar (Bäumli & Martius, 2012, S. 51f).

Eine Schizophrenie beginnt in rund drei Viertel der Fälle mit einem Vorstadium. Dieses kann über mehrere Jahre andauern und sich erst später zu einer voll ausgeprägten Schizophrenie entwickeln. Das Zustandekommen schizophrener Erkrankungen wird von mehreren Faktoren bestimmt. Sowohl genetische als auch

psychische Elemente spielen eine Rolle in der Verarbeitung von Beziehungs- und Umweltschwierigkeiten in der Kindheit. Auch das Persönlichkeitsgefüge vor dem erstmaligen Auftreten einer psychischen Störung ist von Bedeutung. Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren beeinflussen die Entstehung und den Verlauf bestimmter psychischer Störungen.

Steinbauer und Taucher beschreiben verbale Kommunikationsstörungen, welche mit Denkstörungen, Angst und Kontaktscheue verbunden sind, als die häufigsten Symptome bei schizophrenen Störungen. In der Regel haben schizophrene Patient*innen Probleme beim äußeren Verhalten, bei der geistigen Leistungsfähigkeit, der Kommunikation, in der Lebensplanung und bei Realitätseinschätzungen. Als Teil der schizophrenen Grundabwehr erwähnen Steinbauer und Taucher Kontaktscheue, Zurückgezogenheit, Passivität und eine geringe affektive Ansprechbarkeit. Die Grundabwehr schützt vor Überforderung, Reizüberflutung und Angst vor Desintegration. Die hochgradige Verunsicherung ist das Resultat eines Mangels an inneren Strukturen. Der schizophrene Patient versucht sich abzuschließen und eine Eigenwelt zu schaffen, während aus der Projizierung der negativen Selbstanteile auf die Umwelt Mächte der Verfolgung, der Beeinflussung und der Entfremdung entstehen.

Schizophrene Patient*innen haben Schwierigkeiten, in Symbolen zu denken, zu fühlen, Metaphern zu bilden und zu abstrahieren. Die metaphorische Bedeutung wird nicht erkannt, das Bild kann der Kranke nicht vom Sinn unterscheiden. Das wesentliche Symptom der psychotischen Erlebenswelt ist der Mangel an Symbolisationsfähigkeit und der Fähigkeit zur Abstraktion (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 90f).

Flora von Spreti betont die wichtige Funktion des gestalteten Werkes während einer akuten Psychose. Der Patient ist dem entgrenzten Erleben der wahnhaften Störung durch eine Überflutung von inneren Bildern ausgesetzt und kann dem durch Schaffung von Ordnung und Struktur auf der begrenzten Fläche des Papiers

entgegenwirken. Die kreative Tätigkeit bringt Entlastung von chaotischen inneren Bildern, indem das Wahnhafte auf ein bildnerisches Objekt übertragen wird. Dabei vollzieht sich die Wandlung des diffusen Wahnerlebens zu einem sichtbaren Gegenüber der Gestaltung. Das in der Akutphase entstandene Werk eines Schizophrenen kann zwischen der fremden, psychotischen Erlebniswelt und der Realität des Gesunden vermitteln. Das Bild ist etwas Greifbares und bildet eine Brücke zwischen den kranken und gesunden Anteilen der Patient*innen. Selbst bei zerfallender Sprache und psychotischem Ich-Verlust ist das kreative Gestalten eine Möglichkeit der Artikulation eines sonst unsagbaren inneren Erlebens (Sprei, 2012, S. 61f).

Gaetano Benedetti entwickelte sein Therapiekonzept der Schizophrenie über 60 Jahre lang. Ihm ging es vor allem darum, mit dem Kranken in Beziehung zu treten. Schon in den frühen 80er- Jahren erweiterte er sein Therapiekonzept weg von der rein verbalen hin zur gestaltenden bildnerischen Therapie. Er beschreibt, wie der Kranke zum Pinsel greift und dabei ahnt, dass das Bild tiefer reicht als das Wort. Die kreativ tätigen Patient*innen erleben das eigene Gestalten als psychische Kraft. Eine Distanzierung von den quälenden psychischen Ansichten, Wertvorstellungen und Glaubenssystemen kann durch die Projektion auf das Bild erlebt werden. Er spricht auch von Kunsttherapie, weil die „Kunst“, die von den kranken Menschen in Bildern dargestellt wird, Ausdruck findet in ihrem Kampf um Leben und Tod. Oftmals finden sich in sehr einfachen Darstellungen erschütternde Bilder (Waser , 2018, S. 234f).

Thomas Prinzhorn hat mit seinem Werk „Bildnerei der Geisteskranken“ für Aufsehen gesorgt. Auch außerhalb der psychiatrischen Fachwissenschaft erlangte es Bekanntheit. Alles, was Geisteskranke an räumlich-körperlichen und flächenhaften Gebilden im Sinne der Kunst hervorbrachten, hat Prinzhorn gesammelt und dokumentiert. Arbeiten von den Geisteskranken waren meist für

Psychiater bestimmt. Die Heidelberger Sammlung beinhaltet zu 75 % Bildwerke, die der Schizophrenie-Gruppe zuzuordnen sind. Und nicht nur die prozentuale Häufigkeit ist zu erwähnen. Auch Mannigfaltigkeit, Reiz und Ergiebigkeit stechen hervor und ziehen die Aufmerksamkeit des Betrachters sehr stark an. Sogar der unbefangene Betrachter wirkt beeindruckt von der schizophrenen Bildnerie. Das Gefühl, begnadet zu sein, eine Mission zu haben, die Welt erlösen zu müssen oder ein Fürst oder ein Gott zu sein wird als Größenwahn bezeichnet. Der Kranke erlebt seine zwangsmäßige Selbstherrlichkeit im Verlangen nach aktiver Einwirkung auf die Umwelt. Der schizophrene Patient baut sich in völliger Vereinzelung seine eigene Welt. Er ist ganz in sich selbst gekehrt, seine Einfälle sind triebhaft und hemmungslos in der Willkür. Prinzhorn beschreibt Gefühlsstauungen, die zu unerwarteten Ausbrüchen bei nichtigen Anlässen führen. Für den Beobachter ist es so gut wie unmöglich, mit dem/der Schizophrenen in gefühlsmäßigen Kontakt zu kommen. Bei der Schizophrenie ist es so, wie wenn zwei Personen in verschiedenem Gefühlsverhältnis zum selben Objekt stünden. Und doch spielen sich beide Gefühlserlebnisse in einem Menschen ab (Prinzhorn, 2016, S. 61ff).

Die tiefgreifenden Störungen des affektiven Verhaltens führen zu Spaltungen unter der Wirkung von Ausnahmeerlebnissen, von Wahnvorstellungen, von Halluzinationen auf dem Gebiet der Sinnesorgane und des Körpergefühls und den damit zusammenhängenden Erregungszuständen. Bei fortschreitender Krankheit führt die Verschrobenheit oder Verrücktheit zu einem Zerfall der Persönlichkeit. Die „Verblödung“, wie der frühere Krankheitsname *Dementia praecox* bezeichnet wurde, ist ganz was anderes als die organische Demenz bei Gehirnkrankheiten. Den seltenen Zugang zur Psyche des verschrobenen Endzustandes schaffen nur die Bildwerke (Prinzhorn, 2016, S. 65).

Prinzhorn hatte in Frankreich einen Vorläufer, dem er sich verpflichtet fühlte. Es handelte sich um Marcel Reja, der für einen Literaten gehalten wurde, welcher mit der Medizin nichts zu tun hatte. Hinter diesem Pseudonym verbarg sich allerdings

der Psychiater Paul Meunier. In seiner Jugend schrieb er Gedichte und als Arzt galt sein Interesse der Kunst der Verrückten. Meunier veröffentlichte unter dem Pseudonym Marcel Reja einen Artikel mit Patient*innenbildern und erregte die Neugier vieler Künstler*innen und Leute aus der Öffentlichkeit, die sich für die Werke der Verrückten interessierten. Die Tatsache, dass er sich bis zu seinem Lebensende für ein Pseudonym entschieden hatte, zeigt, dass es in seinem Hauptwerk *L'Art chez les Fous* nicht um ein Gebiet der Medizin, sondern um Ästhetik geht. Meunier zeigte bis zum Schluss kein Bedürfnis, die Urheberschaft für sein Buch zu beanspruchen. Selbst Prinzhorn dürfte von seiner Identität nichts gewusst haben. Der Ausdruck „die Kunst der Verrückten“ wurde ausschließlich von Psychiater*innen verwendet. Reja nimmt die Beziehung zwischen Genie und Wahnsinn auf, da er unter seinem Pseudonym die Kunst der Verrückten der Reduktion auf den klinischen Standpunkt entzieht und auf das Feld der vergleichenden Ästhetik hebt. Reja entzieht sowohl das Genie wie auch den Verrückten der Norm.

Bei der Verrücktheit geht es um eine Intensivierung der Vorgänge, der Wahnsinn begünstigt in bestimmten Fällen die Entstehung künstlerischen Schaffens. Durch den Wahn wird es möglich, besondere Zustände hervorzurufen. Die Wirkung des Wahnsinns kann verglichen werden mit der, bestimmter Drogen, die für eine schöpferische Kraft und Energie freigesetzt werden. Reja spricht von einem reichen unbewussten Leben, das die Verwandtschaft zwischen Irrsinn und Genie erklärt. Letztlich interessiert sich Reja für die Bedingungen des künstlerischen Schaffensprozesses. Für ihn sind die interessantesten Fälle die, wo die Art des Gestaltens durch den Wahnsinn zutage tritt. Er weist auch auf das Paradox hin, dass die Kunst der Verrückten uns einen leichten Zugang zum künstlerischen Schaffen ermöglicht als es bekannte Meisterwerke tun (Réja, 1997, S. 4ff).

Leo Navratil betont, dass laut seiner Erfahrung ein hoher Prozentsatz chronisch kranker psychiatrischer Patient*innen etwas Künstlerisches schafft, wenn die

Patient*innen dazu angeregt werden. Die Aufforderung des Kranken zum Gestalten ist allerdings notwendig. Schizophrene oder manisch-depressive und hypomanische Patient*innen wie auch hirnrnorganisch Kranke knnen knstlerische Leistungen im Sinne von *Art Brut* erbringen. Vorausgesetzt wird, dass sie keine knstlerische Ausbildung haben und noch keine Berhrungspunkte mit moderner Kunst hatten. Navratil arbeitete lange Zeit mit chronisch Kranken, die er regelmssig durch uussere Anregungen in der therapeutischen Beziehung hielt. In Museen Moderner Kunst und in der *Collection de l'Art Brut* sind zahlreiche Werke seiner Patient*innen ausgestellt. Er betont, dass die Gugginger Knstler*innen wahrscheinlich nicht gezeichnet htten, wren sie nicht von ihm dazu angeregt worden. Navratil wendet sich mit seiner Methode an Kunsttherapeut*innen und kunsttherapeutisch interessierte Leser*innen und glaubt dort mehr Anklang zu finden als bei seinen Kolleg*innen, den Psychiater*innen (Navratil, 1998, S. 3f).

In Gugging leitete Navratil seit 1959 eine Abteilung mit akut und chronisch Kranken. Patient*innen, die in einer Institution wie der in Gugging untergebracht sind, machten den rzten kaum Arbeit. Man kmmerte sich wenig um sie. Sie wurden frher oft als „vergessene Flle“ bezeichnet. Und nach der Umwandlung der Heil- und Pflegeanstalt zum psychiatrischen Krankenhaus wurden diese Patient*innen meist in Pensionisten- und Pflegeheime verlegt.

Die obligatorische Bedingung fr einen *Art Brut*-Knstler aus Gugging ist, dass er von kultureller Kunst unbeeinflusst ist. Es wird keine stilistische Eigentmlichkeit eines anderen Knstlers nachgeahmt. Die Gugginger Werke fhren nicht zu Vorgngern und stehen in keiner Tradition. *Art Brut*- bzw. *Outsider*-Kunst verleiht dem persnlichen Stil der Knstler*innen ein MaB an Authentizitt. Die knstlerisch ttigen Patient*innen von Gugging sind hospitalisiert, und viele leiden an chronisch schizophrenen Psychosen. Navratil beschreibt schizophrene Patient*innen als oft antriebslos und nicht entscheidungsfreudig. Er hat seine Patient*innen immer wieder ermuntert und aufgefordert, weiterzuarbeiten. Den schizophrenen Kranken

wird eine gewisse Kreativität zuerkannt. Menschen mit organischen Gehirnerkrankungen werden jedoch als geistig minderwertig betrachtet.

Navratil erwähnt, dass manche Psychiater*innen der Ansicht sind, dass hirnganisch Kranke stumpf und unproduktiv seien und die kreativen Möglichkeiten dieser Patient*innen unterschätzen würden (Navratil, 1998, S. 30ff).

Das klassische Einsatzfeld der Kunsttherapie ist laut Schuster die psychiatrische Klinik. Das bildnerische Gestalten und der Gestaltungsverlauf ermöglichen auch diagnostische Einblicke. Die Veränderungen der Zeichnungen im Krankheitsverlauf können wertvolle Erkenntnisse über den Zustand der Patient*innen liefern. Für Schuster sind schizophrene Patient*innen wegen ihres erhöhten Gestaltungsdranges leicht für eine Kunsttherapie zu gewinnen. Die stark angsterzeugenden Illusionen und Wahnvorstellungen finden auf dem Schauplatz „Seele“ statt. Aufgabe der Kunsttherapeut*innen ist es, die Ängste der psychotischen Patient*innen zu mildern und die Durchdringung der Grenze von Ich und Unbewusstem im Bild aufzufangen.

Die Merkmale der Kunst von Geisteskranken können nicht genau herausgearbeitet werden, sodass aufgrund der Merkmale keine Diagnose erstellt werden kann. Allerdings führt Schuster nach Kris 1977, Bader und Navratil 1976 häufig genannte Merkmale der Malerei der Schizophrenen an:

- Gesteigerter Gestaltungsdrang
- Gewinn an Expressivität
- Störung bei der Wiedergabe des Gesichtsausdrucks
- Verschiebung des Horizonts nach oben
- Ausfüllen und Geometrisieren
- bevorzugte Verwendung von Zeichenstiften
- Perseverationen (das Wiederholen des gleichen Musters und der gleichen geometrischen Formen)

- Symbolische Bedeutungsvermittlung (Schuster, 2014, S. 74)

Das regelmäßige Praktizieren von kreativen Gestaltungen ist für geisteskranke Maler*innen auch deshalb so wichtig, weil die übliche Behandlung mit hohen Dosen von Psychopharmaka einher geht. Viele Künstler*innen, die selbst psychische Probleme hatten, berichten von der therapeutischen Wirkung des Malens. Es ist eine Hilfe, um die unerträglichen Spannungen auszuhalten (Schuster, 2014, S. 72ff).

Karl-Heinz Menzen beschreibt, dass schizophrene Menschen häufig einen gestörten Bezug zur Realität haben und unter Halluzinationen und Wahnvorstellungen leiden. Auch die Zeit-Raum-Dimension ist verwischt. Eine Behandlung erfolgt meist mehrdimensional: Es ist eine Kombination von psychopharmakologischen wie psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen. Im Hinblick auf schizophrene Patient*innen braucht es ein spannungsarmes und gut strukturiertes Gruppensetting. Die inneren Bilder stellen Gefühle und Stimmungen, angstbesetzte Inhalte, aber auch Minderwertigkeitsgefühle und Traummaterial dar. Das Bild wird von Kunsttherapeut*innen als Projektionsmöglichkeit seelischer Inhalte aufgefasst. Für Menzen sind künstlerische Therapien bei der Behandlung von schizophrenen Patient*innen inzwischen anerkannt. Die Stärkung der Ich-Funktionen, eine Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezuges und eine Entwicklung vor allem der Körper- und Raumwahrnehmung sind die Hauptziele einer Therapie. Auch eine Verbesserung der kognitiven Funktionen, Denkkorganisation, Impulssteuerung und Konzentration, der Autonomie und des Gefühlsausdrucks werden angestrebt. Menzen betont, dass die künstlerischen Therapieformen einen wichtigen Beitrag zur Gesundung leisten. In der künstlerischen Gestaltungsarbeit geht es um das Hinsehen, das Auswählen, das Zugreifen, das Gebrauchen, das Herausarbeiten einer Struktur oder Stimmung, das Ordnen der Elemente und das Reden darüber. Die einzelnen

Sinnes- und Gefühlskompetenzen sollen koordiniert werden und den Mangel an Orientierung kompensieren. Die kunsttherapeutische Arbeit kann den drohenden Zerfall der Selbst- und Fremdrepräsentanzen, der Gestaltmuster, bremsen oder rückgängig machen (Menzen, 2016, S. 221ff).

Patient*innen mit psychotischen Störungen stehen ihren Bildern oft ratlos gegenüber und bieten sogar bizarre, für andere nicht einfühlbare unlogische Erklärungen an. Schizophrenen Kranken gelingt es nicht, einen Sinnzusammenhang in ihrem Bild zu sehen beziehungsweise zu transportieren. Steinbauer und Taucher beschreiben die Bilder bei psychotischen Störungen mit einer Plus-Symptomatik als meist bunt und chaotisch. Die Erklärungen der Patient*innen sind zerfahren, Assoziationsketten werden rasch ausgelöst und haben keinen logischen Bezug zu den entstandenen Werken. Bei Bildern von Patient*innen mit Minus-Symptomatik finden sich wenige, aber oft monotone Wiederholungen von Formelementen. Häufig werden kleine, aber bunte kräftige Symbole verwendet. Die Erklärungen der Patient*innen dazu sind sparsam in der Wortwahl und ohne Bezug zur Realität. In vielen Fällen äußern sich die schizophrenen Kranken nicht zu ihrem Bild, sie wirken verstört, ratlos und können keinen Bezug zwischen ihrem Bild und der derzeitigen Realität herstellen. Auch zu den Bildern von anderen Gruppenteilnehmer*innen bieten sie ungewöhnliche, eigenwillige und seltsame Interpretationen. Sie beziehen immer wieder Bildinhalte anderer Patient*innen direkt auf sich und können metaphorischen Deutungen nicht folgen. Steinbauer und Taucher vertreten die Auffassung, dass eine diagnostische Interpretation der Bilder unzulässig sei. Die Interpretationen der Patient*innen und das dazu beobachtete Verhalten und die Entstehungsbedingungen der Bildnisse erlauben jedoch die Einbeziehung der genannten Aspekte in die Beurteilung und somit ergibt sich eine wesentliche Erweiterung des diagnostischen Beurteilungsrahmens (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 128ff).

Flora von Spreti schreibt dem meist offenen Raum, in dem die Kunsttherapie stattfindet, eine große Bedeutung zu. Speziell schizophrenen Patient*innen bietet der offene Raum die Möglichkeit des Überblickens und Einsicht Nehmens, was den schizophrenen Kranken eine gewisse Kontrolle über das Geschehen anbietet. Die Offenheit des Gestaltungsraums gibt dem Psychotiker jederzeit die Sicherheit, den Raum verlassen zu können, wenn er sich überfordert fühlt oder seine paranoiden Ängste sich verstärken. Spreti legt Wert darauf zu betonen, dass das nonverbale Kommunikationsverhalten der schizophrenen Patient*innen von den Kunsttherapeut*innen sehr aufmerksam wahrgenommen werden soll. Zu viele Worte können überfordern, die Körpersprache des Kranken gibt normalerweise genügend Informationen für eine angemessene Beziehungsgestaltung. Blick, Gestik und Haltung können als Botschaften den Wunsch nach Annäherung ausdrücken. Ein anderes Mal wird damit das Bedürfnis nach Distanz und der Sehnsucht nach Regression erkennbar. Die durch Verfolgungsängste ausgelöste Aggressivität eines wahnhaften Kranken darf auf keinen Fall unterschätzt werden. Spreti selbst achtet darauf, dass die Patient*innen weder mit Worten noch mit Gestaltungsmaterial oder auch Beziehungsangeboten überschwemmt werden. Auch gut gemeinte Annäherungen wie zum Beispiel eine Berührung können krankheitsbedingt als schwerer Übergriff fehlinterpretiert werden und schwer verständliche aggressive Reaktionen auslösen. Das Bedrohliche in den Bildern kann bei einem wahnhaften Thema von den Therapeut*innen abgemildert werden, indem sie eine positiv gestalterische Intervention tätigen. Ein selbst gestalteter Rahmen kann Halt und Grenze geben bei einem sprunghaft psychotischen überfordernden Gestaltungsdrang. So wird das Bedrohliche abgegrenzt ohne dass der Wahn über den Bildrand hinaus sich noch ausbreiten und Schaden anrichten kann (Spreti, 2012, S. 61ff).

In der Therapie schizophrener Patient*innen ist ein ganzheitlicher Ansatz von Bedeutung, um eine Reintegration der Person in ihre soziale Bezogenheit zu ermöglichen (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 90).

Anzumerken ist noch die therapeutische Wirkung des Malens bei vielen Künstlern, die selbst psychische Probleme hatten wie etwa Vincent van Gogh.

Steinbauer & Taucher schreiben darüber, dass es schon vielen Künstler*innen geholfen habe, die unerträglichen Spannungen auszuhalten. Künstlerisch Tätige haben von selbst die therapeutische Wirkung im kreativen Tun entdeckt (Steinbauer & Taucher , 1997, S. 74).

Navratil schreibt in seinem Buch „Schizophrenie und Kunst“, dass diejenigen Patient*innen, die zu künstlerischen Arbeiten imstande sind, einen seelischen Gewinn haben, zu größerer Reife gelangen und auch das Selbstbewusstsein gestärkt wird. Die soziale Anpassung und Realitätsanpassung werden durchs künstlerische Gestalten gefördert (Navratil, 1998, S. 81).

3.4.3 Persönlichkeitsstörungen mit Borderlinestörungen

Sowohl diagnostisch als auch therapeutisch stellen die Persönlichkeitsstörungen in der Psychotherapie und auch in der Psychiatrie einen der schillerndsten Bereiche dar. Philipp Martius hinterfragt den Begriff „Persönlichkeit“ und führt dabei an, dass der Begriff und die Definition das spannungsvolle Verhältnis zwischen dem Menschen als Individuum und dem Menschen als soziales Wesen umfassen. Unter dem Begriff Persönlichkeit wird im Allgemeinen die Gesamtheit des Erlebens und Verhaltens eines Menschen verstanden. Weiters stellt er Überlegungen an, wie denn eine Störung der Persönlichkeit beschrieben werden kann. Er übernimmt die Definition von Kurt Schneider, der von Persönlichkeiten mit

Persönlichkeitsstörungen spricht, wenn sie an ihrer Abnormalität leiden oder unter deren Abnormalität die Gesellschaft leidet.

Martius erwähnt auch den Verhaltenstherapeuten Fiedler, der als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung drei Kriterien heranzieht und dabei die Fragen stellt:

- Leidet die betroffene Person an ihrer Persönlichkeit?
- Wird durch die Störung eine schwere Erkrankung wie zum Beispiel eine Depression oder eine Angststörung begünstigt?
- Gerät die Person durch ihre Eigenart in rechtliche oder ethische Konflikte?

Nach den Klassifikationskriterien muss sich das problematische Verhalten der Patient*innen seit der Jugend und in allen Lebenslagen und zum deutlichen Nachteil der betreffenden Personen zeigen (Martius, 2012, S. 100).

Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind psychische Erkrankungen und werden in den gültigen internationalen Klassifikationssystemen unter den Persönlichkeitsstörungen subsumiert. Die Störung tritt zwar nicht so häufig auf, aber die Patient*innen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung werden als „heavy user“ des Gesundheitssystems gesehen. Sie sind im klinischen Setting insofern sehr bedeutsam, da ihre Behandlung viele Ressourcen sowohl persönlicher als auch finanzieller Art bindet (Martius, 2012, S. 102).

Rentrop schreibt über die Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen, dass eine der größten Herausforderungen sowohl für Ärzt*innen als auch Therapeut*innen die „Haltequote“ ist. Die Abbruchraten von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung können bis zu 70 % aufweisen. Die Schwierigkeit bei der Behandlung liegt darin, dass eine beträchtliche Zahl von Patient*innen vorzeitig aus dem Behandlungsprozess fällt, der Behandlungsbedarf aber weiter besteht. Eine spezifische Qualifikation für diese psychiatrische Erkrankung ist unter den Therapeut*innen selten gegeben, und zudem lehnen oftmals Therapeut*innen die

Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ab (Burgemeister, 2019, S. 315).

Erste Anzeichen der Störung sind zunächst oft hinter einer pubertären Verhaltensweise verborgen, sodass eine Diagnose zum Zeitpunkt der Pubertät nicht gestellt wird. Im weiteren Verlauf führen emotionale Auffälligkeiten und soziale Entwicklungsstörungen der Adoleszenz zur Ausprägung einer Persönlichkeitsproblematik. Auch andere seelische Erkrankungen tauchen nicht selten parallel dazu auf. Die Störungen können über Jahrzehnte auftreten und sich vor allem bei Belastungssituationen wieder verstärken. Der Krankheitsverlauf ist meist chronisch und von häufigen Krisen begleitet. Suizidalität und Selbstverletzung sind häufig der Einweisungsgrund in eine psychiatrische Klinik. Martius gibt an, dass sich im Verlauf der Erkrankung etwa 10% der Patient*innen das Leben nehmen. Wenn eine weitere seelische Problematik wie etwa eine Abhängigkeitserkrankung von Alkohol, Drogen oder Medikamenten dazukommt, dann steigt die Suizidrate erheblich an. Auch zusätzliche psychische Störungen zeigen sich bei Borderline–Patient*innen häufiger als bei anderen (Martius, 2012, S. 102f).

Borderline–Persönlichkeitsstörungen beginnen in der Adoleszenz und erzeugen im hohen Maße subjektives Leid mit erheblichen Einschränkungen. Diese äußern sich sowohl im beruflichen Bereich als auch in sozialen und partnerschaftlichen Beziehungen. Rentrop und Spreiti geben als entscheidende Störungsfaktoren folgende an:

- Unsichere Identität, Stimmungs- und Gefühlsschwankungen
- instabile und starke Affekte, die von außen getriggert werden
- intensive aversive Emotionen wie Schuld, Scham, Ohnmacht und Selbstverachtung
- selbstschädigende Verhaltensweisen und Suizidgedanken

- die Neigung zu einem stark bewertenden Denkstil schwarz-weiß

Rentrop und Spreti beziehen sich auf Marsha M. Linehan, die ihre Grundannahme so formuliert, dass das Leben von suizidalen Borderline - Patient*innen nicht auszuhalten ist (Rentrop & Spreti, 2018, S. 312).

Die oben angeführten Beschreibungen des Krankheitsbildes sollen aufzeigen, wie schwierig die therapeutische Arbeit mit dieser Patient*innengruppe ist. Die Betroffenen einer Borderline–Störung haben Probleme, ihre innere Welt in Worte zu fassen. Und hier kommt einer Therapieform, die einen nicht sprachgestützten Ansatz hat, eine besondere Bedeutung zu, nämlich der Kunsttherapie. Da gibt es während der Therapie die Möglichkeit, der inneren Dynamik Ausdruck zu verleihen. Und gerade Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen oftmals eine große gestalterische Kraft. So haben sie die Gelegenheit, die innere Unsicherheit und Verwirrung, die Scham oder Schuldgefühle im künstlerischen Gestalten eines Werkes auszudrücken und somit der Sprachlosigkeit zu entkommen. Bevorzugte Themen und Bildinhalte findet man analog zu ihrer inneren Welt in den Bereichen Angst, Aggression, Identität, Selbstverletzung, Suizid und Tod.

Provokante, bedrohliche oder emotional sehr aufgeladene Darstellungen und die Kommentare dazu fordern sowohl die Kunsttherapeut*innen als auch die möglichen anderen anwesenden Gruppenteilnehmer*innen sehr heraus. Borderline–Patient*innen wollen Aufmerksamkeit, Mitgefühl und Bestätigung von allen Seiten (Rentrop & Spreti, 2018, S. 312).

Spreti beschreibt aus der Praxis mit Borderline-Patient*innen, dass im kunsttherapeutischen Setting erst einmal die Sprache in der bildnerisch-therapeutischen Arbeit in den Hintergrund tritt. Sehen und Handeln, also Auge und Hand haben Vorrang. Die aufmerksam wahrnehmenden Kunsttherapeut*innen nehmen neben der Gestaltung auch die bildnerischen Informationen über die

Stimmung und Befindlichkeit auf. Die Patient*innen mit schwerer Borderline-Pathologie haben die Gelegenheit, Polarität und Abspaltung in ihrer Persönlichkeit als zu sich selbst gehörig zu erkennen, ohne dass es von ihnen verbal zum Ausdruck gebracht wird. In der Gestaltung entdecken sie im Spiegel der Bilder ihre eigene Geschichte und vielleicht auch ihre eigenen Ressourcen. Spreti spricht von einem Gelingen, wenn durch die Fähigkeit zur Mentalisierung manches Mal das Defizitäre und das Traumatische in die eigene Lebensgeschichte integriert werden können (Spreti, 2018, S. 499f).

Gisela Schmeer betont, dass es gerade auch bei Borderline-Patient*innen manchmal sinnvoll ist, das entstandene Bild erst einmal auf sich beruhen zu lassen. Im therapeutischen Umgang kann es ganz wichtig sein, ein unbesprochenes Bild wirken zu lassen (Schmeer, 1992, S. 166).

Eine junge Borderline-Patientin beschreibt anhand des in der Kunsttherapie entstandenen Bildes ihre Beziehungsproblematik. Sie zeichnet eine Festung und spricht darüber. Sie sei hinter den Mauern, könne alles genau beobachten, niemand könne sie sehen. Es gäbe Kanonen, sie könne herausschießen. Wenn jemand zu nahe käme, dann würde die Festung in die Luft gesprengt werden.

Die Botschaft ist sehr deutlich und entspricht ihrer Darstellung. Ihre destruktiven und narzisstischen Größenideen spiegeln sich in der Abwehr nach außen und der Bedrohung nach innen wider.

Flora von Spreti bringt mit diesem Beispiel zum Ausdruck, dass die Versorgung von Borderline-Patient*innen in einer Klinik in erster Linie zur Stabilisierung im Rahmen einer Kriseninterventionen dient. Und sie betont auch, dass der größte therapeutische Einsatz eines professionellen interdisziplinären Teams aus der Sicht der Borderline-Patient*innen niemals befriedigend erfüllt werden kann.

Die Diskussion der Patient*innen auf einer psychiatrischen Abteilung über Aufenthaltsdauer, über Dosierung und Nebenwirkungen von Medikamenten wird

oft unter Borderline-Erkrankten geführt. In der Kunsttherapie haben sie die Gelegenheit über das bildnerische Gestalten ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren und alle gegenwärtigen Störungen auszuklammern. Sie sind abgelenkt und können die Fixierung auf die negative Lebenssicht zumindest im „Kunstraum, im Moment des künstlerischen Schaffens“ loslassen. Spreti gibt an, dass Kunsttherapie bei den „Borderlinern“ meist gut ankommt. Sie spüren die Möglichkeit, die innere Dynamik in den Bildern zu zeigen und nach außen agieren zu dürfen, ohne dass dabei Gefahr droht. Das Abarbeiten von zerstörerischer Energie kann befreiend wirken. Dabei ist es Aufgabe der Kunsttherapeut*innen, den Blick auch auf die progressiven Gesichtspunkte der Gestaltung zu richten (Spreti, 2012, S. 105ff).

Spreti beschreibt ein anderes Beispiel einer chronisch suizidalen Patientin mit unzähligen Selbstverletzungen. Diese malt in der Kunsttherapie mehrere Tage hingebungsvoll ein Bild von gefesselten Händen.

Sie wolle ihrem Druck, sich selbst zu verletzen und dem Ausgeliefertsein an ihre Suizidalität Ausdruck verleihen, erklärt die Patientin.

Durch die Darstellung der Belastung gelang es der Patientin zumindest in dieser Zeit weitere Selbstverletzungen zu verhindern und dem Bedürfnis zu widerstehen, sich erneut zu verletzen. Spreti erklärt diesen Fall damit, dass Borderline-Störungen zu einem hohen Prozentsatz auf erlittenen Traumata basieren. Die Betroffenen konnten nicht lernen, fürsorglich und liebevoll mit sich selbst umzugehen. Wer in einer frühen Lebensphase keine Möglichkeit hatte, solch eine Fürsorge zu erfahren, der versucht sich mit Selbstschädigung über das Schmerzhafte zu entlasten. Die Patientin ist bestrebt, sich zu spüren und eine nach dem Schneiden erlebte vitalisierende und entspannende Wirkung zu erreichen (Spreti, 2018, S. 502f).

In der Kunsttherapie eröffnet sich der Raum, in dem innere Dynamik und Spannungszustände ausagiert werden können und über das Bild nach außen kommuniziert werden. Borderline-Patient*innen verfügen sehr oft über ein kreatives Potenzial, und die Verletzungsfantasien können in der Kunsttherapie auch an einem Objekt außerhalb des eigenen Körpers ausagiert werden. Daher kommt der Gestaltung eine große Bedeutung zu. Dabei erfolgt die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen und Gedanken (Spreti, 2018, S. 504f).

Flora von Spreti betont auch, dass es sich bewährt hat, dass für Patient*innen mit Borderline-Störung die Gesprächszeit begrenzt wird. Die verbale Kommunikation kreist sonst zu häufig und zu lange um die Fixierung von negativen und destruktiven Inhalten. Die dyadische Beziehung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen wird in der Kunsttherapie erweitert durch das Werk. Es kommt durch das entstandene Werk eine dritte Komponente dazu, die es ermöglicht, sich auch über Inhalt und Bedeutung des Dargestellten auszutauschen. So kann neben der dyadischen Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung eine gelingende Triangulierung erprobt werden. Zum Ausagieren autoaggressiver Strebungen eignet sich ein Blatt Papier sicherlich besser als der eigene verletzbare Körper. Die Zeit des Gestaltens kann für viele Borderline-Patient*innen als eine zumindest zeitlich begrenzte Phase des inneren Waffenstillstands betrachtet werden. Für Borderline-Patient*innen scheint jedoch die Vorstellung, es könnte sich was zum Besseren wenden, bedrohlich. Das Gewohnte zu verlassen bedeutet für den Borderliner auch, das Vertraute zu verlieren, selbst wenn es „das Schlechte“ war. Die Unsicherheit des Neuen macht Angst und ist schwer kontrollierbar (Spreti, 2012, S. 108).

Die Wechselwirkungen zwischen genetischen Faktoren, traumatischen biographischen Erfahrungen und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien beschreiben das Spannungsfeld, in dem sich Menschen mit einer

Persönlichkeitsstörung befinden. So ist den Ausführungen von oben zu folgern, dass nicht nur sie selbst, sondern auch ihr unmittelbares Umfeld darin verwoben sind.

Der persönlichkeitsgestörte Mensch lebt in einer inneren Widersprüchlichkeit. Er ist ein Zerrissener zwischen einer schwarzen und einer weißen Welt, zwischen einer guten und einer bösen Welt. Die Stimmungen schwanken, die Beziehungen sind instabil. Sie leiden selbst unter ihrer instabilen Gefühlswelt.

Eine Therapie gestaltet sich als lang andauernd und verlangt sowohl den Therapeut*innen als auch den Borderlinepatient*innen ein gewisses Durchhaltevermögen ab.

Für Kunsttherapeut*innen sind die Patient*innen mit einer Persönlichkeitsstörung eine sehr große Herausforderung. Denn die Borderliner*innen neigen dazu, den Therapeut*innen anfangs zu idealisieren, um bei der kleinsten Enttäuschung extrem abwertend zu agieren. Therapieabbrüche und Therapiewechsel sind häufig die Folge.

Die Aussage „heute Freund, morgen Feind“ beschreibt in diesem Zusammenhang die Situation, in der sich Kunsttherapeut*innen in ihrer Arbeit konfrontiert sehen. (Theodor-Wenzel-Werk, 2021)

4 Zwischenfazit

An diesem Punkt kann festgehalten werden, dass Kunsttherapie im Krankenhaus angeboten wird. Es gibt Erfahrungswerte, woraus Wirkfaktoren abgeleitet und Bezüge zu speziellen Krankheitsbildern hergestellt werden können.

Zusätzlich muss aber festgestellt werden, dass die Kunsttherapie ein bisher kaum erforschtes Metier ist. Es ist eine junge Disziplin mit wenig verfügbaren Langzeitdaten.

Dementsprechend gilt es nun weiter herauszufinden, inwieweit kunsttherapeutische Arbeit im klinischen Setting funktioniert und sich etabliert. Es

ist zu erwarten, dass die Befragung von Expert*innen Einblick in das Arbeitsfeld gibt und somit Aufschlüsse darüber liefert.

5 Empirische Erhebung

Die dieser Masterarbeit zugrunde liegende Forschungsfrage lautet wie folgt:

Inwieweit kann die Kunsttherapie die psychiatrische Arbeit im klinischen Alltag unterstützen?

1. Was sind erkennbare Vorteile der kunsttherapeutischen Arbeit?
2. Inwieweit kann Kunsttherapie andere Behandlungsformen ergänzen?
3. Was sind erkennbare Grenzen/Limitierungen in der Kunsttherapie?

Um diese Fragestellungen hinreichend beantworten zu können, wurde eine qualitative Befragung als Erhebungsmethode gewählt.

5.1 Methodik und Stichprobe

Für die Befragung wurden Personen ausgewählt, die zwei Kriterien erfüllen:

- Tätigkeit als Kunsttherapeut*in
- Zum Zeitpunkt der Befragung Tätigkeit in einem oberösterreichischen Krankenhaus

Dabei ist anzumerken, dass es gar nicht so einfach war, Personen zu finden, die beide Anforderungen erfüllen. Es ist gelungen, vier praktizierende Kunsttherapeutinnen (ausschließlich weiblich) zu gewinnen, die bereit waren, die Fragen zur konkreten Arbeit als Kunsttherapeutin im klinischen Setting zu beantworten. Die Interviews wurden face to face online durchgeführt und dauerten zwischen 38 und 45 Minuten.

5.2 Aufbau des Leitfadens

Nach der Begrüßung der Interviewpartnerin und der persönlichen Vorstellung wird das Interviewthema vorgestellt und die Vorgehensweise erklärt. Das Online-Interview wird streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Die Einstiegsfrage führt zur Definition des Begriffs „Kunsttherapie“.

Der erste Fragenblock umfasst die Ausbildung, die berufliche Situation und den Tätigkeitsschwerpunkt der Kunsttherapeutin.

Bei den Fragen 4-6 geht es um das Arbeitssetting der Kunsttherapeutin im Krankenhaus.

Der Arbeitsweise einer Kunsttherapeutin wird mit den Fragen 7-9 nachgegangen.

Die Fragen 10-17 drehen sich um den Themenkomplex der erkennbaren Vorteile einer kunsttherapeutischen Arbeit und den damit eventuell verbundenen Synergien mit anderen Therapieformen.

Grenzen und Limitierungen in der kunsttherapeutischen Arbeit werden darauffolgend ermittelt. Bei den Fragen 18-21 werden Herausforderungen, mögliche Widerstände oder Situationen des Scheiterns thematisiert.

Abschließend gibt die Interviewpartnerin noch Auskunft zum Stellenwert der Kunsttherapie in der Gesellschaft und zu Zukunftsperspektiven. Die Kunsttherapeutin äußert noch persönliche Anliegen und Meinungen.

5.3 Analyse der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert. Dabei wird der Einfachheit halber die Abkürzung KT für Kunsttherapie verwendet.

Bei der Frage 1 nach der Definition des Kunsttherapiebegriffs haben die Hälfte der befragten Personen die KT als spezielle Therapieform angeführt. Eine Person beschreibt KT als wohlwollende, aufmerksame Begleitung, bei der es um ein Beziehungsangebot gehe. Das deckt sich mit den Ausführungen von Karl Heinz

Menzen, der in seinen Überlegungen über den Kunsttherapiebegriff, von haltgebenden Bezügen spricht (Menzen, 2016, S. 9).

Drei Viertel der Befragten gibt an, dass es sich bei KT um eine kreative Form handle, die das Potenzial vom kreativen Prozess nutzt. Wie Gabriele Pitschel-Walz (siehe Kapitel 3.2.) anführt, können im Therapieverlauf als Wirkfaktoren gestalterische Techniken, kreative Ideen und der Umgang mit dem Material speziell im Gruppensetting geübt werden.

Für eine Kunsttherapeutin ist KT eine Möglichkeit, nonverbal über die Arbeit am Werk das Thema zu bearbeiten und zur Problemlösung beizutragen. Wie in dieser Arbeit an verschiedenen Stellen erwähnt, ist das nonverbale Ausdrücken über das künstlerische Gestalten ein erkennbarer Vorteil der kunsttherapeutischen Arbeit und nach Eberhard Biniek sind gestalterische Mittel vorwiegend nonverbaler Natur (Biniek, 1982, S. 2).

Es können große Unterschiede in der Ausbildung zur Kunsttherapeutin festgestellt werden.

Zwei der vier Kunsttherapeutinnen geben an, aus der Gestalttherapie zu kommen. Eine Person hat mit Mal- und Gestalttherapie begonnen und im Anschluss die Ausbildung bei der ÖAGG (Österreichische Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppentherapie) zur psychologischen Beraterin abgeschlossen.

Die zweite absolvierte die Akademie für ganzheitliche Kunsttherapie.

Nach dem Studium an der Kunstuniversität schließt die dritte das österreichische College für Kunsttherapie mit stark analytischem und systemischem Einfluss ab.

Die vierte absolvierte als Mal- und Gestalttherapeutin die Lebens- und Sozialberaterausbildung und anschließend den Masterlehrgang für Kunsttherapie und Pädagogik.

Aus diesen Angaben ist ersichtlich, dass die Zugänge und Ausbildungswege sehr differieren.

Hundert Prozent der Befragten führen eine eigene Praxis, wobei eine Therapeutin aus Zeitmangel momentan keine Stunden anbietet.

Die Arbeitszeit ist unterschiedlich: 14, 15, 15 und 20 Wochenstunden werden angegeben, und gemeint ist damit die Zeit, die im Krankenhaus gearbeitet wird.

Die Tätigkeit als Kunsttherapeutin übt eine Befragte seit 31 Jahren, eine andere seit 20 Jahren und die dritte seit 12 Jahren aus. Die kürzeste Dauer beträgt 7 Jahre.

Daraus abzuleiten ist, dass keine der Expertinnen eine Anstellung im höchstmöglichen Ausmaß innehat.

Die Antworten differieren sehr bei der Frage nach der Motivation, nach den Beweggründen für die Ausbildung. Bei einer Person kommt der Anstoß von einer Freundin, die damals in Deutschland die Ausbildung macht. Parallel dazu weckt das Symposium „Kunst und Therapie“ das Interesse und hilft bei der Entscheidung, in diese Richtung zu gehen.

Die Grundausbildung zur Volksschullehrerin und die anschließende Arbeit als Lehrkraft an einem Krankenhaus sind der Anlass für eine Befragte, eine Verbindung zwischen dem klinischen Bereich und der Tätigkeit in der Schule zu suchen. Das persönliche Interesse für Kunst und die eigene künstlerische Betätigung führen zur Ausbildung und ergeben in weiterer Folge die Konstellation für die Ausübung beider Tätigkeitsfelder.

Die eigene persönliche Geschichte gibt der dritten Interviewpartnerin Anlass und weckt das Interesse für die KT. Denn sie bemerkt, dass sie im Bild mehr ausdrücken kann als im Gespräch. Bei der Arbeit mit den Jugendlichen bestätigt sich diese Erfahrung. Wenn die Sprache versagt, gibt es andere Ausdrucksmöglichkeiten und das führt bei ihr zur Entscheidung, die multimediale Kunsttherapieausbildung zu machen.

Die vierte Befragte hat selber drei Kinder und stößt irgendwann durch Zufall auf einen Folder, der in einem Eltern-Kind-Zentrum aufliegt. Daraufhin besucht sie das Schnupperseminar und macht dann die Ausbildung zur Kunsttherapeutin.

Die Vielfalt der Zugänge spiegelt die Buntheit und Verschiedenartigkeit der Persönlichkeiten wider, woraus zu schließen ist, dass auch die Zugänge und Vorgehensweisen in der therapeutischen Arbeit sehr unterschiedlich sind.

Übereinstimmend geben alle an, regelmäßig im Austausch mit Teamkolleg*innen zu stehen und sich im jeweiligen Team gut integriert zu fühlen. Eine Person merkt dazu an, dass das nicht immer so war, da sie sich an einem anderen Standort ziemlich alleine gelassen gefühlt habe. Das Arbeiten im interdisziplinären Team und der Austausch mit den anderen Berufsgruppen wird im Kapitel 2.3 über die Strukturen im Krankenhaus beschrieben.

Die Hälfte der Befragten tauschen sich auch außerhalb der Teamsitzungen mit anderen Teamkolleg*innen aus. Drei von vier Personen fühlen sich gehört, die vierte Person gibt dazu keine Auskunft.

Die Teilnahme an Teamsitzungen und der praktizierte Dialog mit anderen Therapeut*innen bestätigt die Annahme, dass Kunsttherapie andere Behandlungsformen ergänzt.

50% sagen aus, dass die höchste Verantwortung im Team beim Arzt liege, dann komme die Stellung der Psychologen. Die Ebene der Therapeut*innen sei gleichwertig. Ob Musik- oder Ergotherapie oder eben KT, da gebe es keine Unterschiede. Die andere Hälfte äußert sich zur Stellung im Team nicht näher.

Zwei Therapeutinnen betonen, dass sie das kleine Team sehr schätzen und die Zusammenarbeit dadurch sehr gut sei.

Alle 4 Befragten attestieren, dass die Zuteilung der Patient*innen durch den Arzt oder die Ärztin erfolge. Drei Viertel geben an, dass sie in der Besprechung mitreden können, ihre Argumente gehört werden und in einer gemeinsamen

Absprache die Zuweisung gemacht wird. Auch diese Aussagen sind der Forschungsfrage nach der Ergänzung zuzuordnen und bestätigen diese Annahme. Eine Person geht auf die Zuteilung nicht näher ein.

Die Frage 6 befasst sich mit den Gegebenheiten, den Räumlichkeiten und der Ausstattung im Krankenhaus. Ein Viertel der praktizierenden Kunsttherapeutinnen hat einen eigenen Raum nur für die KT.

Die Hälfte gibt an, dass der Raum auch von anderen Personen genutzt werde, aber die Möglichkeit bestehe, in einen größeren Raum etwa für das darstellende Spiel mit Tanz und Bewegungsangeboten oder für Gruppenarbeit zu wechseln.

Die vierte Person kam in ein schon bestehendes Team, wo die Räumlichkeiten bereits verteilt waren. Sie bezeichnet die Bedingungen als nicht ganz ideal. Sie benutzt zurzeit die Teeküche, in der ein Kühlschrank steht und in den Laden und im Schrank auch Gegenstände von anderen Mitarbeiter*innen gelagert seien. In der Teeküche finden auch Kochgruppen statt. Sie beschreibt sich als sehr flexibel und mobil, hat einen eigenen Wagen mit Rollen voll beladen mit Material, den sie für die KT-Einheiten überall im Krankenhaus hinschieben kann. Sie strebt eine Veränderung der Arbeitssituation an und deponiert immer wieder ihre Anliegen bei der Geschäftsführung im Haus.

Übereinstimmend ist, dass in hundert Prozent der Fälle die Materialausstattung vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt wird. Eine Befragte gibt an, dass sie zusätzlich zwei große Malwände in ihrem Raum habe und in einem speziellen Wagen die entstandenen, noch feuchten Werke ablegen könne. Einer anderen Person ist es wichtig, dass die Materialien versperrt werden können.

Aus diesen Antworten der in einem Krankenhaus arbeitenden Kunsttherapeutinnen geht hervor, dass eine der Befragten einen eigenen Raum für die KT zur Verfügung habe. Für die anderen sei eine Absprache notwendig, wer wann welchen Raum benutzen könne. In der Regel leisten das Raumbelungspläne. Die Ausstattung mit Material werde von den jeweiligen Krankenhäusern erfüllt.

Um die konkrete Arbeitssituation einer Kunsttherapeutin im Krankenhaus geht es bei der Frage 7.

Eine Therapeutin betont, dass es ihr ganz wichtig sei, dass sich die Patient*innen das Material frei aussuchen können. Sie arbeite nondirektiv und beobachte ganz genau, zu welchem Material gegriffen wird und wie das Gestalterische entsteht.

Alle 4 bieten sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien an. Die Hälfte arbeitet vorwiegend mit Einzelpersonen und bietet in der Woche zusätzlich ein bis zwei Gruppentherapien an. Eine von vier Befragten arbeitet grundsätzlich mit Gruppen. Alle Expertinnen weisen darauf hin, dass ein „Switchen“ möglich sei und meinen damit, dass nach Absprache im Team je nach Krankheitsverlauf das Angebot verändert werden könne. Zwei von vier sagen aus, dass es im Krankenhaus sehr viele Gruppenangebote gäbe und die Patient*innen daher das Einzelsetting sehr genießen. Als Gruppengröße hat die Hälfte der Befragten 5-6 Personen angegeben. Übereinstimmend betonen alle, dass die Interaktion und die soziale Kompetenz in einer Gruppe sehr wichtig seien.

Auf einen erkennbaren Vorteil von Kunsttherapie wird im Kapitel 3 eingegangen. Es ist der Wirkfaktor Gruppentherapie. In der Gruppe erhalten und geben sich die Teilnehmer*innen gegenseitig Feedback. Die Gemeinschaft biete ein Lernfeld für das Sozialverhalten und für die Arbeitshaltung. Das Beobachten der anderen böte auch die Gelegenheit, sich Anregungen in Bezug auf gestalterische Techniken, kreative Ideen und den Umgang mit dem Material zu holen.

Zwei Personen gehen dem Wunsch der Patient*innen nach und bieten KT in ihrer eigenen Praxis auch nach der Entlassung an.

Der nächste Fragenkomplex kreist um das Material, welches eingesetzt wird.

Einheitlich geben alle die bekannte Bandbreite an: verschiedenste Stifte, Ölkreiden, Pastellkreiden, Kohle, aber auch Sand und Knetmasse. Alltags- und Verpackungsmaterial, Draht, Schnüre und Bänder sind genauso im Angebot wie

Naturmaterialien und Zeitschriften für Collagen. Eine Person stellt fest, dass das Schafwollfließ und die Holzwolle bei ihr oft benutzt werden, weil damit die „Arbeit mit dem inneren Kind“ gut möglich sei.

Wasserfarben, Aquarellfarben und Acrylfarben kommen bei drei Viertel der Befragten zum Einsatz. Eine Person verwendet ausschließlich Gouachefarben, eine andere Person bietet auch Gouachefarben an.

Daraus ist abzuleiten, dass das oben erwähnte Material in einem hohen Maße von allen für die Entstehung von gestalterischen Werken in der KT verwendet wird. Das lässt den Schluss zu, dass eine Liste von Materialien angegeben werden kann, die für alle gilt und als Orientierung für die Grundausstattung eines Kunsttherapie-Raumes dienen kann.

Eine der Expertinnen gibt als Papier-Format A2 vor, lässt aber auch ein A3 Format zu. Die restlichen 75 Prozent betonen, dass ihre Patient*innen frei wählen könnten, welches Papier in welcher Größe verwendet wird.

In drei von vier Fällen wird das Arbeiten auch großflächig ermöglicht. Die vierte bietet das Arbeiten an einer Staffelei an und weist darauf hin, dass bei ihr in der Praxis generell im Stehen gearbeitet werde.

Der Einsatz von anderen Kunstformen wie etwa Musik, Tanz oder Poesie ist für die Hälfte der Expertinnen kein Thema.

Eine Kunsttherapeutin erklärt, dass es sich bewährt habe, bei den eigenen bildnerisch gestalterischen Mitteln zu bleiben, denn die Musiktherapeutin decke schon den musikalischen Teil ab. Für zwei der Befragten ist der Einsatz von Bewegung, Tanz und Schreiben ein zusätzliches Angebot im Repertoire. Bei einer Kunsttherapeutin hat sich während der Corona-Zeit das Arbeiten mit der Fototherapie herauskristallisiert. Bei den `Walks` draußen mit den Leuten werde fotografiert, und die entstandenen Bilder dienen dann als Material für die weitere therapeutische Arbeit.

Die vierte Person tanzt zwar nicht mit ihren Patient*innen, setzt aber den Körper beim Performen ein. Als Beispiel schildert sie, wie sie mit Körperarbeit dem Thema Angst begegne. Für sie sei Kunst mehr als nur Malen und Gestalten.

Wenn auch von einigen Kunsttherapeutinnen Tanz, Poesie oder zum Beispiel Fotografie eingesetzt werden, so kann man festhalten, dass diese Elemente den Tätigkeitsbereich einer Kunsttherapeutin erweitern. Das Hauptaugenmerk bleibt doch bei der bildnerisch gestalterischen Tätigkeit.

Bei den regelmäßigen Teambesprechungen erfahren die Expertinnen, welche Themen bei wem gerade aktuell sind. Dieser Austausch wird von allen als sehr wichtig erachtet, da sie mit Informationen versorgt werden, die für die anschließende Arbeit sehr bedeutend seien. Die Bedeutung von Teamsitzungen wurde an anderer Stelle bereits angeführt.

Die Hälfte der Befragten nimmt sich aus dieser Besprechung konkrete Themen oder Arbeitsaufträge mit. Für drei Viertel beginnt eine Therapieeinheit mit einer Eröffnungsrunde, bei der die Stimmung und die Tagesverfassung erfragt wird.

Ganz entscheidende Faktoren seien die von den Patient*innen selbst beschriebenen, momentanen Stimmungsbilder. Für alle Expertinnen gilt, dass sie sich als sehr spontan erleben und ihr Handeln der jeweiligen Situation anpassen.

Daraus ergibt sich die Annahme, dass die Therapeut*innen eine schnelle Auffassungsgabe und Einschätzung der Situation brauchen. Auch die Beschreibung der drei unterschiedlichen Krankheitsbilder lässt darauf schließen, dass in der Kunsttherapie die entsprechend notwendigen Interventionen getätigt werden.

Eine Expertin erwähnt, dass sie bei Patient*innen mit selbstverletzendem Verhalten oft und gerne mit Entspannungsübungen und Imagination arbeite. Beim Thema Schutz, Geborgenheit und Sicherheit wird von der Hälfte der Befragten in der Therapiestunde ein „Nest“ gebaut.

Zwei Therapeutinnen erwähnen, dass sie bei Anorexie-Patient*innen auf die haptische Wahrnehmung achten und das Therapieangebot danach richten. Für Adipositas-Erkrankte habe sich das Arbeiten mit Speckstein als gut erwiesen.

Es kann festgehalten werden, dass es keine eindeutigen klaren Antworten auf die Frage 11 gibt, die dem Zusammenhang von Krankheitsbild und den eingesetzten Materialien nachgeht. Auch was gut funktioniert, wird von den Interviewpartnerinnen sehr individuell beantwortet. Was heute gut funktioniert, könne morgen unter ganz anderen Voraussetzungen und Bedingungen ablaufen.

Einheitlich geben alle vier an, dass während der Therapie nicht oder nur wenig gesprochen werde. Wenn die Patient*innen nach der Eröffnungsphase zum Material gegriffen haben und sich im Gestaltungsprozess befinden, werde es oft ganz ruhig. Der Ablauf könne ganz nonverbal erfolgen. Die Hälfte der Expertinnen gibt an, dass die KT ein Ruhepol sein könne und oftmals als eine Oase der Stille wahrgenommen werde. Das schätzten die Patient*innen, da der Terminkalender an einem Krankenhaustag sehr voll sei.

Der mögliche nonverbale Ablauf während einer KT wird immer wieder erwähnt und kann als wesentlicher Vorteil der KT der Forschungsfrage 1 zugeordnet werden.

Von der KT gehe eine riesige Kraft aus, sagt eine Befragte. Und sie gewinne immer mehr Vertrauen in diese Kraft. Das Besondere an der KT sei für sie das Dritte, das Material, das entstandene Werk, die Gestaltung. Und sie beschreibt es als sehr hilfreich zum Beispiel im Umgang mit Psychotikern, dass eine Kommunikation über die Gestaltung, über einen Umweg stattfinden könne.

Eine andere Expertin betont, dass in der KT Energien frei werden, die sowohl positiv als auch negativ besetzt sein können. KT wird von ihr als ganz nah an der Emotion beschrieben. Diese Emotionen werden frei und über das Bild ausgedrückt. Ärger und Wut fänden im therapeutischen Prozess einen Kanal nach außen über das Gestalten. Die emotionale Entlastung könne durch das

gestalterische Tun leichter erreicht werden als in einem therapeutischen Gespräch. Über diesen Wirkfaktor wurde in Abschnitt 3 im Zusammenhang mit den Ausführungen von Gabriele Pitschel-Walz näher eingegangen.

Die therapeutische Ausbildung ist für eine der Gesprächspartnerinnen sehr wichtig, damit künstlerische Prozesse von den Therapeutinnen gut begleitet werden können. Im Kapitel über die Haltung von Kunsttherapeut*innen weist Flora von Spreti speziell darauf hin.

Die vierte Interviewpartnerin gibt an, dass Menschen, die einfach nicht reden oder sehr kontrolliert sind, über das Bild eine Ausdrucksmöglichkeit bekämen. Sie erwähnt ihre Erfahrungen mit Essstörungspatient*innen, die sehr stur sein können. Die Arbeit über das Bild eröffne eine andere Zugangsmöglichkeit.

Die Antworten auf die Frage, was die KT so besonders mache, gehören zur Gruppe der Vorteile von KT.

Der Austausch mit Therapeut*innen anderer Fachrichtungen ist für alle vier Interviewpartnerinnen sehr wichtig. Dabei führen sie an erster Stelle den Kontakt mit den Psychotherapeut*innen an, der von drei Viertel der Befragten als wichtige Ergänzung zusätzlich zur Teambesprechung gesehen wird. Auch die informellen Besprechungen, die mit den Musikpädagog*innen und den Ergotherapeut*innen stattfinden, werden von allen geschätzt. Sie dienen als Orientierung für die weitere therapeutische Arbeit und zur Klärung der Eindrücke und Beobachtungen, die aufgetaucht sind.

Anzumerken ist, dass alle praktizierenden Kunsttherapeutinnen fokussiert auf die individuelle Arbeit das Bedürfnis äußern, sich in Fachteams inhaltlich auszutauschen. Daraus ist abzuleiten, dass die Expertinnen auf Teamarbeit großen Wert legen und der Eingebundenheit in das stationäre Team einen großen Stellenwert zuschreiben.

Hundert Prozent der Befragten gibt an, dass sie KT neben den bereits bestehenden Therapieformen als weiteres Angebot für Patient*innen sehen. KT ist

eine andere Behandlungsform und wird von allen Expertinnen als Ergänzung gesehen, womit sie eine klare Antwort auf die Forschungsfrage zwei geben.

Die Hälfte der Befragten weist auf entstandene Synergien zu anderen Therapieformen hin. Sie haben in schwierigen Situationen mit Patient*innen gearbeitet und dabei den Zugang über das nonverbale, über das gestalterische Tun gefunden. Der Austausch mit anderen Therapeut*innen mache es möglich, dass am selben Thema mit unterschiedlichen Zugängen gearbeitet werde.

Um einen Prozess in Gang zu bringen und zu begleiten, bedarf es einer längeren Aufenthaltsdauer. Eine Therapeutin gibt an, dass es bei einem wöchentlichen Therapieangebot mindestens drei Wochen brauche, um eine Entwicklung beobachten zu können. Einig sind sich alle, dass der Prozessverlauf nur bei regelmäßigen Therapiesitzungen ersichtlich werden kann. Wenn es einem Menschen besser gehe, wenn er seinem Ziel, das er anfangs formuliert hat, nähergekommen sei, dann ist das für eine Befragte ein Erfolg.

Die Hälfte der Expertinnen gibt an, dass es für sie befriedigend sei, wenn ein Fortschritt im Krankheitsverlauf zu erkennen ist.

Eine andere Interviewpartnerin formuliert es so, dass der Fortschritt anhand der Bilder zu erkennen sei. In der Krisensituation seien die Darstellungen geprägt von Gefühlsregungen wie zum Beispiel Hilflosigkeit, Trauer oder Wut. Bei einer Entwicklung in Richtung Lösung und Gesundung ändern sich die Motive und die Farben. Beim Vergleichen der entstandenen Werke könne nicht nur die Expertin den Prozess rekonstruieren. Auch die Patient*innen könnten beim Betrachten der Bilder Rückschlüsse ziehen, den Verlauf nachvollziehen, Perspektiven und Handlungsvarianten entwickeln, um sich für die Zeit nach der Entlassung zu rüsten.

Das sei ein ganz großer Vorteil der kunsttherapeutischen Arbeit, da es ein gestaltetes Werk gäbe, das betrachtet werden könne. Das dritte Element erweitere

die Patient*innen–Therapeut*innen-Ebene. Diese Triade Therapeut-Patient-Bild öffne in der Kunsttherapie eine weitere Dimension. Der therapeutische Prozess beinhalte das Gestalten, das Betrachten und das Gespräch. Das entstandene Werk sei für die Patient*innen und auch für die Kunsttherapeut*innen eine zusätzliche Möglichkeit, den Zugang zu verdeckten Emotionen und Erlebnissen zu schaffen und zu nutzen. Diese Aussagen decken sich weitgehend mit den Ausführungen von Flora von Spreti (Spreti, 2012, S. 105ff).

Die Antworten auf die Forschungsfrage nach den Grenzen und Limitierungen fallen sehr unterschiedlich aus.

Eine Interviewpartnerin gibt an, dass sie selbst in ihrer Arbeit keine Grenzen erlebe. Sie beschreibt, dass das Gegenteil eingetreten sei. Andere Therapeut*innen seien zu ihr gekommen und hätten um Hilfe gebeten, weil es zu einem Stillstand gekommen sei und sie nicht wissen, wie sie weiterarbeiten sollen. Die Möglichkeit des Gestaltens und des nonverbalen Tuns erweitere für sie den Handlungsspielraum, den andere nicht hätten.

Für eine andere Befragte gehe es in der kunsttherapeutischen Arbeit immer auch um Beziehung. Für den Beziehungsaufbau und für die Beziehungsarbeit sehe sie keine Grenzen.

Die Hälfte der Expertinnen erfahren Grenzen dann, wenn eine schwere Erkrankung vorliege und diese die Teilnahme an einer Kunsttherapie beeinflusse. Als Beispiel nennen sie Krankheitsbilder wie Psychosen, Suchterkrankungen oder Suizidalität. Eine andere Kunsttherapeutin beschreibt ihre Grenzerfahrung am Beispiel eines Jugendlichen, der in seiner Schulzeit schlechte Erfahrungen im Zeichenunterricht machte. Dabei entwickelte er eine Abneigung und lehnte alle Angebote ab. Seine Einstellung änderte sich nicht, und er blieb auf dem Standpunkt „Ich will nicht!“

Was die eine Expertin als Grenze erlebt und beschreibt, führt die andere als Beispiel fürs Scheitern an. Ein Klient lehnte die KT mit den Worten „Sie gehen mir

mit dem Zeug auf die Nerven“ ab. Er wurde zugeteilt und beendete frühzeitig die Therapiestunde, indem er den Raum verließ.

Zwei Interviewpartnerinnen sprechen vom Scheitern in Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf. Wenn es sich abzeichne, dass keine Entwicklung und kein Fortschritt bemerkbar seien oder sich die Erkrankung manifestiert habe und die Patient*innen weitere Krankenhausaufenthalte bräuchten, sei das sehr frustrierend. Beide stellen das eigene Wirken in Frage.

Eine andere Expertin beschreibt das Scheitern so, dass sie sich schon einige Male in der Nacht mit Schuldgefühlen herumschlagen haben und den Fragen nachgegangen sei, was sie hätte anders machen können. Manchmal wandle sich auch ein Problem oder löse sich auf. Sie ergänzt, dass es für sie im klinischen Setting toll sei, weil das alles im Team gehalten werde. Darauf weisen auch Steinbauer & Taucher (siehe Kapitel 2.3.2 dieser Arbeit) hin.

Eine Interviewpartnerin gibt an, dass es für sie eine große Herausforderung sei, mit Ablehnung und damit einhergehend mit Abwertung konfrontiert zu werden. Sie brauche dafür viel Energie und Frustrationstoleranz. In solchen Situationen stehe die Beziehungsarbeit an erster Stelle.

Für eine andere Expertin ist es eine große Herausforderung zu akzeptieren, dass es Patient*innen gäbe, die zwar im Raum blieben, aber verweigerten. Die Situation sei schwer auszuhalten, wenn sich die Patient*innen gar nicht motivieren ließen und auf keine Einladung zum Ausprobieren reagierten. Da gehe es um das „Seinlassen“. Es dürfe auch sein, dass nichts entstehe und nichts getan werde. Auch sie betont, wie wichtig in so einem Fall der Beziehungsaufbau sei.

Der Themenkomplex Grenzen, Herausforderungen und Scheitern rundet das Berufsbild einer Kunsttherapeutin ab und gibt einen Einblick in die gesamte Bandbreite alltäglicher Arbeit im psychiatrisch klinischen Setting.

Fazit und Ausblick

Die Forschungsfrage, inwieweit Kunsttherapie die psychiatrische Arbeit im klinischen Alltag unterstützen kann, kann auf Basis der geführten Gespräche grundsätzlich positiv beantwortet werden.

Die Arbeit mit gestalterischen Mitteln und insbesondere die nonverbale Auseinandersetzung mit den individuellen Herausforderungen der Patient*innen erscheint einen positiven Wirkeffekt zu erzielen. Dies ist als erkennbarer Vorteil der kunsttherapeutischen Arbeit festzuhalten. Kunsttherapie existiert als eine von anderen Therapieformen als unterstützende Maßnahme.

Die Akzeptanz der Grenzen/Limitierungen der Kunsttherapie sind, wie auch bei anderen Therapieformen, zu akzeptieren, widersprechen jedoch nicht dem Einsatz dieser Therapieform.

Ergänzend zu dem bisherig Festgehaltenem ergeben sich zusammenfassend aus der Literaturrecherche und den Ausführungen der vier Gesprächspartnerinnen noch nachfolgende Schlussfolgerungen:

Psychisch kranke Menschen sind nur eingeschränkt in der Lage, auf ihre Umgebung aktiv Einfluss zu nehmen und mit anderen Menschen in der gemeinsamen sozialen Realität zu agieren. Sie sind in ihrer Handlungsfreiheit mehr oder minder schwer beeinträchtigt. Der/Die Kranke kann im bildnerischen Gestalten einen Weg gehen, auf dem er/sie eine andere Wirklichkeit betritt und so vom unmittelbaren Realitätsdruck freikommt und sich lösen kann.

Zugleich bietet das entstandene Werk ein, wenn auch indirektes, Signal und Kommunikationsangebot für die anderen an. Uns allen gemeinsam ist, selbst wenn wir nicht die gleiche Sprache sprechen, die präverbale Welt des Ausdrucks, der Farben und Formen. Wie in dieser Arbeit schon an verschiedenen Stellen erwähnt, ist die indirekte Weise der Mitteilung für psychisch Kranke oftmals die einzige Möglichkeit, mit anderen in Kontakt zu treten. Statt der häufig belastenden

unmittelbaren Konfrontation der Blicke erlaubt das Bild, diese zu parallelisieren. Der gemeinsame Blick in die gleiche Richtung auf das Bild ist neu. Sowohl dieser Faktor als auch der veränderte Blickwinkel auf die eigene Situation begünstigen eine positive Entwicklung in einem Prozessverlauf.

Die nonverbale Interaktionsform bietet die Möglichkeit, über den künstlerischen Ausdruck mit sich selbst, den Gruppenmitgliedern und den Therapeut*innen in Beziehung zu treten. Die Patient*innengruppe und die Therapeut*innen spielen eine wichtige Rolle. Der Dialog über die visuellen Medien ermöglicht Herausforderung, Perspektivenänderung und Akzeptanz in Form von Lob und Ruhe. Das Ausleben von aggressiven Impulsen ist gefahrlos und schöpferisch möglich. Das entstandene Werk kann zur Seite gelegt oder weiterbearbeitet werden.

Kunsttherapie vermittelt Erfahrungen, die mit intensiven Gefühlserlebnissen einhergehen.

Einig sind sich die Interviewten, dass in der Gesellschaft die Kunsttherapie als Therapieform noch zu wenig bekannt sei. Die Patient*innen lernen während ihres Krankenhausaufenthaltes dieses Therapieangebot kennen. Nach der Entlassung jedoch nutzen ganz wenige die Kunsttherapie weiterhin, indem sie in eine freie Praxis wechseln und dort den Therapieprozess fortsetzen. Alle Gesprächspartnerinnen zeigten sich davon überzeugt, dass sich die Situation bessern würde, wenn es die KT auf Krankenschein in Analogie zur Psychotherapie und zur Ergotherapie gäbe.

Laut Rezipientinnen funktioniert auch die Vernetzung der Psychotherapeut*innen in einem eigenen Verband bestens und sollte als Vorbild genommen werden. Es gibt zwar den ÖBKT, den österreichischen Berufsverband der Kunsttherapie, in dem als Ziel die Anerkennung als Gesundheitsberuf angestrebt wird, doch die Umsetzung dafür ist noch nicht geglückt.

Dieses Problem findet auch eine Fortsetzung in der Tatsache, dass keine der vier Kunsttherapeutinnen ausschließlich in der eigenen Praxis tätig ist und damit gänzlich von der Arbeit als Kunsttherapeutin in der freien Praxis ihren Lebensunterhalt bestreiten könnte.

Es ist anzumerken, dass sich das kunsttherapeutische Angebot als gesellschaftliche Präventionsmaßnahme eignet. Mangelzustände und Versäumnisse in der Entwicklung könnten frühzeitig ausbalanciert werden. Das Einbeziehen kunsttherapeutischer Methoden in Schulen und pädagogischen Einrichtungen könnte laut der vier Expertinnen positive Auswirkungen auf Heranwachsende haben. Das bedeutet einen Perspektivenwechsel in der Form, dass das kunsttherapeutische Angebot nicht nur zum „Reparieren“ eingesetzt wird, sondern auch für Persönlichkeitsbildung, Beziehungsfähigkeit und Bewältigungsstrategien eine sehr bedeutende Position einnehmen könnte.

Von den Gesprächspartnerinnen wird immer wieder angesprochen, dass die Kinder und Jugendlichen beim Zeichnen bereits im Kindergarten und in der Volksschule negative Erfahrungen machten, die sie prägten. Viele ältere Personen würden sich noch daran erinnern, dass sie von den Pädagog*innen zum „Schön-Anmalen“ und zum „Nicht-Hinausmalen“ angehalten worden wären, merkt eine Kunsttherapeutin sinngemäß an. Außerdem kritisieren alle, dass eine Bewertung im Unterrichtsfach Bildnerische Erziehung in Form von Noten in den Schulen stattfindet. Dies sei kontraproduktiv und sollte unbedingt abgeschafft werden. Das kann als Denkanstoß und als Appell an die Bildungspolitik verstanden werden.

6 Literaturverzeichnis

- Bäumli, J., & Martius, P. (2012). Schizophrene Psychosen. In F. Spreiti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Babic, M. (29. Januar 2019). *SEOfaktur – Robin Brunold*. Abgerufen am 8. März 2021 von <https://www.geschichte-lernen.net/kurze-geschichte-psychiatrie-antike-bis-moderne/>
- Biniek, E. (1982). *Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Burgemeister, R. (2019). Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. In P. Martius, F. Spreiti, & P. Henningsen (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Dannecker, K. (2003). Internationale Perspektiven der Kunsttherapie. Graz: Nausner & Nausner.
- Dannecker, K. (2015). *Kunst, Symbol und Seele*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Kapaun, P. (2019). Psychosomatische Störungen. In P. Martius, F. Spreiti, & P. Henningsen, *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Fuchs, T. (2012). Depression und Manie. In F. Spreiti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Fuchs, T. (2019). Responsivität in Kunst und Therapie. In P. Martius, F. Spreiti, & P. Henningsen (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Hahn, V., & Obermüller, G. (2015). *Die Landesnervenklinik Wagner Jauregg geschlossen offen*. Linz: rubicom Trauner Verlag.
- Henningsen, P. (2018). Kunsttherapeutisches Handeln. In F. Spreiti, P. Martius, & F. Steger (Hrsg.), *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Hirsch, H., Luchsinger, K., & Röske, T. (Hrsg.). (2018). *Extra - Ordinaire!* Zürich: Scheidegger & Spiess.
- Hohendorf, G., & Rotzoll, M. (2012). "In der Anstalt". In F. Spreti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Keresztessy-Hutter, M. (2012). Kunsttherapie mit Schmerzpatienten. In F. Spreti, P. Martius, & H. Förstl, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Klessmann, E., & Eibach, H. (1998). *Wo die Seele wohnt*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2019). Männer: das vernachlässigte Geschlecht in der Psychosomatik und in der Psychiatrie. In P. Martius, F. Spreti, & P. Henningsen (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Martius, P., & Gündel, H. (2012). Somatoforme Störungen. In F. Spreti, P. Martius, & H. Förstl, *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Martius. (2012). Persönlichkeitsstörung Borderline-Störung. München: Elsevier.
- Martius, P., & Spreti, F. (2019). Psychosomatik ist Teamarbeit. In P. Martius, F. Spreti, & P. Henningsen (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Menzen, K.-H. (2016). *Grundlagen der Kunsttherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Museum-Gugging. (3. Februar 2021). *die künstler*innen aus gugging*. Von https://www.museumgugging.at/de/gugginger-kunst/die-kuenstler-aus-gugging/kuenstler_innen abgerufen
- Navratil, L. (1998). *Die Gugginger Methode*. Ulm: Gustav Fischer.
- Petersen, P. (2002). *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien*. (P. Petersen, Hrsg.) Stuttgart: Mayer.
- Pietsch, V. (2003). *GRIN Publishing GmbH*. Abgerufen am 20. März 2021 von <https://www.grin.com/document/286284>

- Pitschel-Walz. (2018). Kunst- und Verhaltenstherapie. In F. Spreti, P. Martius, & F. Steger (Hrsg.), *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Prinzhorn, H. (2016). *Bildnerie der Geisteskranken*. Deutschland: Severus.
- Röske, T. (2018). Kontext und Ansporn des schweizer Projekts. In H. Hirsch, K. Luchsinger, & T. Röske (Hrsg.), *Extra - Ordinaire!* Zürich: Scheidegger & Spiess.
- Réja, M. (1997). *Die Kunst bei den Verrückten*. (C. Eissing-Christophersen, & D. Le Parc, Hrsg.) Wien: Springer.
- Rentrop, M. (2012). Störungsbilder auf der psychiatrischen Akutstation. In F. Spreti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Rentrop, M., & Spreti, F. (2018). Kunst und andere Grenzgänger. In F. Spreti, P. Martius, & F. Steger (Hrsg.), *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Reutner, B. (2019). PatientInnenkunst aus der ehemaligen Landesheil- und Pflegeanstalt Niedernhart. In H. Schmutz, & B. Reutner (Hrsg.), *PatientInnenkunst*. Weitra: artedition.
- Riedel, I. (2019). Archetyp und Symbol. In P. Martius, F. Spreti, & P. Henningsen, *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Roser, L. O. (kein Datum). Gegen die Logik der Sondereinrichtung. Abgerufen am 30. März 2021 von https://www.forum.lu/wp-content/uploads/2015/11/2023_99_Roser.pdf
- Sauer, B. (kein Datum). Die Basaglia-Reform und Südtirol. Abgerufen am 30. März 2021 von http://arbeit.psychiatrische-landschaften.net/wp-content/uploads/2011/10/sauer_toresini.pdf
- Schöny, W. H. (2019). Die Seele ist ein weites Land. In H. Schmutz, & B. Reutner (Hrsg.), *PatientInnenkunst*. Weitra: artedition.
- Schleuning, G., Menzel, S., & Kirchlehner, H. (2019). Stationäre Krisenintervention. In P. Martius, F. Spreti, & P. Henningsen (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.

- Schmeer, G. (1992). *Das Ich im Bild*. München: Pfeiffer.
- Schmeer, G. (2003). *Kunsttherapie in der Gruppe*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schubert, C. (2018). Bewusstwerdung als Heilung. In F. Spreti, P. Martius, & F. Steger (Hrsg.), *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schuster, M. (2014). *Kunsttherapie in der psychologischen Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Spindler, G. (Hrsg.). (2013). *"Geistesfrische" Alfred Kubin und die Sammlung Prinzhorn*. Weitra: Verlag Bibliothek der Provinz.
- Spreti, F. (2012). Kunsttherapie mit Borderline-Patienten. In F. v. Spreti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Spreti, F. (2012). Kunsttherapie mit depressiven Patienten. In F. Spreti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Spreti, F. (2012). Kunsttherapie mit schizophrenen Patienten. In F. v. Spreti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Spreti, F. (2018). Kunsttherapie der Borderline-Störung- eine besondere Kunst. In F. v. Spreti, P. Martius, & F. Steger (Hrsg.), *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Spreti, F., & Marten, D. (2018). Hand-Werk Kunsttherapie. In F. Spreti, P. Martius, & F. Steger (Hrsg.), *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Steinbauer, M., & Taucher, J. (1997). *Integrative Maltherapie*. Wien: Springer.
- Strauß, B. (2019). Forschung in der Kunsttherapie. In P. Martius, F. Spreti, & P. Henningsen (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Theodor-Wenzel-Werk. (2021). *Borderline: Symptome, Diagnose, Therapieformen*. Abgerufen am 26. Februar 2021 von Theodor-Wenzel-Werk e.V.: <https://tww-berlin.de/kliniken/krankheitsbilder/borderline>

- Titze , D., & Falk, G. (2019). Aspekte der Prävention am Beispiel eines kunsttherapeutischen Projekt. In P. Martius, F. Spreti, & P. Henningsen, *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier.
- Titze, D. (2012). Potenziale der Kunst. In F. Spreti, P. Martius, & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Elsevier GmbH.
- Waller, D. (2015). Aktualisierung europäischer Entwicklungen in der Kunsttherapie. In K. Dannecker, *Internationale Perspektiven der Kunsttherapie*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Waser , G. (2018). Gaetano Benedettis Weg zu einem künstlerischen Therapieansatz. In *Kunst Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

7 Anhang

7.1 Leitfaden

7.2 Eidesstattliche Erklärung

7.3 Prüfbericht Plagiatssoftware

7.4 Gutachten zur Masterthesis

7.1 Leitfaden

Thema: Kunsttherapie im psychiatrisch klinischen Setting und ihre Wirkfaktoren

Einleitung

1. Begrüßung & Bedanken für die Teilnahme
2. Vorstellung meiner Person
3. Vorstellung des Interview-Themas:

Thema des Gesprächs ist die kunsttherapeutische Arbeit an sich und ihre Erfahrungen und Einschätzungen als Expert*innen. Was sind erkennbare Grenzen in der täglichen Arbeit und welche Veränderungen sind wünschenswert. Im Zuge dessen werden wir immer wieder auf das psychiatrische bzw. klinische Setting zu sprechen kommen.

4. Unser Gespräch wird ca. 30-40 Minuten dauern und mit einem Audiogerät aufgezeichnet. Die Aufzeichnung wird streng vertraulich behandelt und ausschließlich zur Auswertung der Befragung verwendet. Ich werde die Aufnahme ohne Namensnennung transkribieren, es werden keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen verwendet.

Angaben zur Position des/der Kunsttherapeut*in

1. Bevor wir einsteigen, wie definieren Sie den Begriff Kunsttherapie?
2. Einleitend kurz zu Ihrer beruflichen Situation, was ist ihre Fachrichtung, ihr Tätigkeitsschwerpunkt, ihr Arbeits-Setting?

Nachfragen und präzisieren:

Arbeiten Sie in einem Krankenhaus, in einer eigenen Praxis, beides?

Wo haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?

Wie lange üben Sie die Tätigkeit schon aus?

In welchem Stundenausmaß üben Sie die Tätigkeit aus?

3. Wie sind Sie zur Arbeit der Kunsttherapie gekommen? Was waren Ihre Beweggründe, was hat Sie motiviert? (evtl. theoretischer Hintergrund?)

Nur an KH-Therapeut*innen

4. Wenn wir etwas näher auf das Arbeits-Setting eingehen, wie ist Ihre Stellung im Krankenhaus? Sind Sie in Teams integriert? Wie funktioniert da die Zusammenarbeit? Gibt es regelmäßige Sitzungen? Fühlen Sie sich gehört?
5. Über welche Wege kommen die Patient*innen zu Ihnen? Wer weist Ihnen die Patient*innen zu oder wenden sich die meisten direkt an Sie?
6. Wie sind die Gegebenheiten / Räumlichkeiten in Ihrer Arbeit? Haben Sie einen eigenen Raum? Wer stellt das Material zur Verfügung?

Arbeitsweise des/der Kunsttherapeut*in

7. Kommen wir nun zur konkreten Arbeitsweise. Wie arbeiten Sie?
Bieten Sie Einzeltherapie, Gruppentherapie, beides an?
Wechseln Sie teilweise auch, nehmen Sie Personen aus der Gruppe oder nehmen Sie Personen nach Einzeltherapien in Gruppen auf?
8. Welche Materialien verwenden Sie? Ich denke da zum Beispiel an Aquarell, Acryl, Kreiden oder arbeiten Sie auch mit Ton, Naturmaterialien, etc.? Können Sie mir das bitte etwas näher skizzieren.

Arbeiten Sie auch großflächig, z.B. an der Wand oder bevorzugt mit A4/A3 Formaten?

9. Setzen Sie auch andere Mittel ein? Experimentieren Sie zum Beispiel mit Musik, Poesie, Tanz etc.?

Bewertung der Arbeit / Vorteile

10. Was sind Ihre Erfahrungen, was funktioniert gut, was nehmen die Patient*innen gerne an?
11. Gibt es gewisse Materialien die bei bestimmten Krankheitsbildern besonders gut funktionieren? Andersrum gefragt funktionieren gewisse gar nicht? Haben Sie da konkrete Erfahrungen gemacht?
12. Welche Herangehensweise funktioniert ihrer Meinung nach besonders gut? Geben Sie genaue Anweisungen oder lassen Sie möglichst frei arbeiten?
13. Gibt es eine spezielle Kraft, die von der Kunsttherapie ausgeht, etwas das die Kunsttherapie besonders macht und sozusagen unverzichtbar?
14. Was unterscheidet die Kunsttherapie von anderen Therapieformen? Was sind die konkreten Vorteile?
15. Inwieweit kann Kunsttherapie andere Behandlungsformen ergänzen/unterstützen? Wo gibt es Synergien?
16. Erkennen Sie Vorteile bei der Arbeit mit Patient*innen über einen längeren Zeitraum? Was können Sie beobachten, wenn ein*e Patient*in regelmäßig an der Kunsttherapie teilnimmt?
17. Woran erkennen Sie einen Fortschritt / einen Erfolg? Wie messen Sie diesen?

Bewertung der Arbeit / Grenzen und Limitierungen

18. Was sind erkennbare Grenzen / Limitierungen in der Kunsttherapie?
19. Was sind die größten Herausforderungen für Sie als Therapeut*in? Wo stoßen Sie auf den größten Widerstand?

Geht der von den Patient*innen aus, welche Rolle spielt dabei das Krankheitsbild?

20. Sind Sie schon einmal gescheitert? Woran / warum? Können Sie mir das näher schildern. Woran machen Sie das fest?

21. Auf welchen Widerstand stoßen Sie aufgrund der Rahmenbedingungen, der Struktur, der Akzeptanz?

Stellenwert der Kunsttherapie und Zukunftsperspektiven

22. Wie wird Kunsttherapie in der Bevölkerung gesehen? Welchen Stellenwert hat sie in der Gesellschaft? Und wie wird sie im Vergleich dazu im Therapeut*innenteam oder von den Ärzt*innen gesehen?

23. Welche Vorstellungen haben Sie diesbezüglich? Stimmt Ihrer Meinung nach das Bild der Gesellschaft oder würden Sie dieses gerne anders definieren?

24. Würde es Ihre Arbeit erleichtern, wenn die Kunsttherapie ein höheres Ansehen/eine höhere Akzeptanz genießen würde?

25. Gibt es aus ihrer Sicht Verbesserungsvorschläge? Was müsste sich ändern? Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft?

Wir sind nun am Ende angelangt. Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen oder Anmerkungen? Gibt es irgendetwas, das wir vergessen haben, Sie aber noch erwähnen möchten?

Darf ich mich für den Fall, dass noch Fragen auftauchen, nochmal an Sie wenden?

Gespräch abschließen und bedanken.

7.2 Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung:

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt.“

Linz, 12.04.21
12.04.2021


Unterschrift

7.3 Prüfbericht der Plagiatssoftware



Masterthesis Monika Giegler KT.pdf
Apr 14, 2021
24436 Wörter/161148 Zeichen

Masterthesis Monika Giegler KT.pdf

Quellenübersicht

3%

ÄHNLICHKEIT INSGESAMT

1	www.geschichte-lernen.net INTERNET	<1%
2	www.euward.de INTERNET	<1%
3	www.grin.com INTERNET	<1%
4	de.wikipedia.org INTERNET	<1%
5	phd on 2019-10-17 ODERMITTELTE ARBEITEN	<1%
6	docplayer.org INTERNET	<1%
7	www.tk.de INTERNET	<1%
8	anthrowiki.at INTERNET	<1%
9	industrie40.it-haus.com INTERNET	<1%
10	www.forum.de INTERNET	<1%
11	Private Pädagogische Hochschule der Diözese Linz on 2021-03-22 ODERMITTELTE ARBEITEN	<1%
12	epdf.pub INTERNET	<1%
13	euro-synergies.hauterfort.com INTERNET	<1%

15	zentralbuchhandlung.de INTERNET	<1%
16	epub.uni-regensburg.de INTERNET	<1%
17	www.planet-mumbo.de INTERNET	<1%
18	www.bfs-zh.ch INTERNET	<1%
19	www.freidok.uni-freiburg.de INTERNET	<1%
20	forum.furbase.de INTERNET	<1%
21	www.akend.de INTERNET	<1%
22	www.thieme-connect.com INTERNET	<1%
23	nugob.org INTERNET	<1%
24	www.h-juhnke.de INTERNET	<1%
25	www.spethmann-stiftung.de INTERNET	<1%
26	www.unesco.ch INTERNET	<1%
27	www.wortspiegel.de INTERNET	<1%

Aus Such-Repositorys ausgeschlossen:

- Keine

Aus Ähnlichkeitsbericht ausgeschlossen:

- Literaturverzeichnis

Ausgeschlossene Quellen:

- Keine

7.4 Gutachten zur Masterthesis



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ
ZENTRUM FÜR WEITERBILDUNG

Gutachten zur Masterthesis

Zu- und Vorname Monika Giegler	Immatrikulationsnummer 08185095	Begutachtung durch: (Name) OA Dr. Heinrich Wolfmayr Dr. Nina Jelinek
Hochschullehrgang mit Masterabschluss Kunsttherapie und Pädagogik 2018 - 2021		
Titel der Arbeit Kunsttherapie im psychiatrisch klinischen Setting und ihre Wirkfaktoren		

Notwendige Voraussetzungen für eine positive Beurteilung:	JA	NEIN
Die Arbeit ist frei von Verstößen gegen die Rechtschreibung.		
Die Arbeit entspricht den grammatikalischen Regeln und der Sprachrichtigkeit.		
Die Arbeit weist eine korrekte Zitierweise auf.		
Das Schriftbild und alle Abbildungen sind gut leserlich und erkennbar.		
Die Richtlinien der formalen Gestaltungsaspekte werden befolgt.		
Alle Verzeichnisse sind vorhanden.		

Kriterien zur Beurteilung¹			
Aufbau der Arbeit	+	0	-
Die Gliederung der Arbeit ist sachlogisch korrekt.			
Einzelne Teile sind dem Thema entsprechend proportioniert.			
<i>Zusätzliche Anmerkungen:</i>			
Inhalt	+	0	-
Zentrale Begriffe der Arbeit werden definiert.			
Es gibt eine fokussierte theoretische Auseinandersetzung mit der Literatur.			
Es gibt eine Darstellung der Praxisrelevanz.			
Die Beforschung des Themas ist für den Fachdiskurs von Bedeutung.			
Die Arbeit beinhaltet eine Zusammenführung von Theorie, Praxis und erhobenen Daten.			
Es erfolgt eine eigenständige Argumentation auf Basis diverser theoretischer Quellen.			
<i>Zusätzliche Anmerkungen:</i>			
Sprache	+	0	-
Die Formulierungen sind klar und nachvollziehbar.			
Verständlichkeit und Eindeutigkeit sind gegeben.			
Alle Fachbegriffe werden richtig verwendet.			

¹ Die einzelnen Beurteilungskriterien sind eine Hilfestellung zur Begutachtung und lassen keine Rückschlüsse auf die Gesamtbeurteilung zu.

Wissenschaftliche Diktion hat Vorrang vor Alltagssprache.			
Die Arbeit weist eine gendergerechte Schreibweise auf.			
<i>Zusätzliche Anmerkungen:</i>			
Forschungsmethode	+	0	-
Es gibt eine eindeutige Fragestellung mit Bezug zur Fachdisziplin.			
Die Forschungsmethode ist systematisch definiert, argumentiert und dokumentiert.			
Der Erhebungsprozess wird beschrieben.			
Das Erhebungsinstrument wird dargestellt.			
Es findet eine Auseinandersetzung mit den Grenzen der eigenen Methodik statt.			
<i>Zusätzliche Anmerkungen:</i>			
Resümee	+	0	-
Die Arbeit beinhaltet eine nachvollziehbare, eigenständige und kritische Schlussfolgerung.			
Das Fazit ist ausreichend belegt und argumentiert.			
<i>Zusätzliche Anmerkungen:</i>			

Abschließende Stellungnahme

Datum

Unterschrift

Gesamtbeurteilung¹

¹Die Beurteilung erfolgt mit den Noten 1 bis 5, wobei 1 „Sehr gut“ bedeutet, 2 „Gut“, 3 „Befriedigend“, 4 „Genügend“ und 5 „Nicht genügend“.