

dgkt

Deutsche Gesellschaft
für künstlerische Therapieformen e.V.

DGKT - Journal 1/2016



In‘Touch

Katja MacLeod Kessin + Alexandra Daszkowski

(Acryl auf Leinwand / Fotografie)

2015

Inhalt

Seite

Vorwort Dr. Georg Franzen	3
30 Jahre DGKT Prof. Dr. habil. Karl-Heinz Menzen	4
Vorstellung Vorstand der DGKT	12
Resonanzen auf die Alten Meister in Nürnberg Brigitte Michels	16
Der Rupturbegriff in der Psychopathologie und seine Folgen Prof. Dr. Heinfried Duncker & Astrid Hirschelmann	20
Jetzt ist meine Zeit oder Mit 40 zur WM Brigitte Michels	32
Kunsttherapie auf der arabischen Seite der Deutschen Welle Brigitte Michels	35
Besuch bei Unart e. V. Christiane Gomolla-Bill	36
Unsere Ausbildungsinstitute stellen sich vor	37
Kunst von Kunsttherapeutinnen	66
Rezensionen von Brigitte Michels	73
Impressum	79

Liebe Mitglieder,

das vorliegende DGKT-Journal informiert über aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie und Sie erhalten einen Einblick in die wichtige Arbeit unserer Mitgliedsinstitute. Die Arbeit unserer Institute hat einen hohen Stellenwert und der neue Vorstand der DGKT hat deshalb beschlossen im Oktober 2016 eine Tagung durchzuführen, die sich mit Fragestellungen zu den Perspektiven der Ausbildung der Institute und der damit verbundenen Professionalisierung unseres kunsttherapeutischen Berufstandes beschäftigen wird. Diese Professionalisierung ist im Hinblick auf eine anzustrebende berufsrechtliche Regelung der Kunsttherapie von großer Bedeutung. Gleichzeitig sollte aber auch noch eine weitere Ebene ausgelotet werden: Eine sozialrechtliche Verankerung der Kunsttherapie! Denn ohne eine gleichzeitige sozialrechtliche Regelung, d.h. die Einbindung in ein kassenrelevantes Abrechnungssystem, bleibt das Berufsrecht nur auf die Anerkennung des Berufstandes begrenzt. Dies bedeutet eine große Herausforderung und Engagement der einzelnen Verbände und Dachverbände wie der BAG/KT und es ist keine leichte Aufgabe.

In diesem Sinne möchte ich mich als neu gewählter Vorsitzender der DGKT engagieren. Meine langjährigen Erfahrungen in der Verbandsarbeit als Vorstandsmitglied des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) Niedersachsen, als Mitglied in Ausschüssen der Psychotherapeutenkammer und als Ausschussbeisitzer der kassenärztlichen Vereinigung habe ich viele Erfahrung in der berufspolitischen Gremienarbeit gesammelt. Ebenso habe ich mich für die Entwicklung der Kunsttherapie eingesetzt u.a. als stellv. Mitglied der Konsensgruppe der S3 Leitlinien für die Kunsttherapie 2012 und in der Projektentwicklung bei der Einbindung von Kunsttherapeuten in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung in Niedersachsen. Als Mitherausgeber der Zeitschrift für Musik-Tanz- und Kunsttherapie engagiere ich mich gleichzeitig für die wissenschaftliche Fundierung der Kunsttherapie.

Die Künstlerischen Therapien sind ein wichtiger Bestandteil der gesamten ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung geworden. Aber auch in den pädagogischen und sozialpädagogischen Handlungsfeldern ist unsere Profession gefragt. Gerne möchte ich deshalb die DGKT zukünftig in den berufsständischen Gremien vertreten und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit innerhalb der DGKT!

Ihr

Dr. Georg Franzen

30 Jahre DGKT e.V.

Karl-Heinz Menzen



Anm.: Der folgende Beitrag fußt auf einem Abschnitt des Buches von K.-H. Menzen (2016): Heil-Kunst. Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie. Alber: Freiburg

„Was ich an Ihnen gerne habe“, sagt Michel Foucault, „ist dieser Schritt eines freien Menschen, dieser Schritt, der zur Freiheit der anderen führt.“ (1989, 15) Dieser Satz, könnte über dem Vorhaben stehen, das 1983-1986 eine Gruppe von Therapeuten in mehreren Schritten versuchte zu formulieren – und zu institutionalisieren. Ein Vorhaben, das so viele Kolleginnen und Kollegen um sie herum auch umsetzten, z.T. ohne voneinander zu wissen. In diesen Jahren entstanden in Österreich, Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, in Belgien, Luxemburg, in England, in Skandinavien und in Frankreich kunsttherapeutische Institute, Verbände und Gesellschaften, entstanden europäische und internationale Zusammenschlüsse mit dem Ziel, in der künstlerischen Freiheit des Blicks die offenbar psychisch kranken Formen des Ausdrucks anzuschauen. Die aus den Studenten-

Bewegungen hervorgehende humanistisch-psychologische Betrachtungsweise hatte in der lange zurückliegenden Tradition einer Lebensbewegung, wie sie beispielsweise auf dem Schweizer Monte Vérita praktiziert war, einen Zugang zu den krankheitshalber Ausgegrenzten gesucht und gefunden. Sie fand ihn zunächst dort, wohl am ausgeprägtesten, in den Institutionen der Psychiatrie und Inklusion.

Die Kolleginnen und Kollegen, die sich Anfang der 80er in Beversee/Essen zusammenfanden, waren davon überzeugt, dass es in der Kunsttherapie um einen innerpsychischen und sich sinnhaft wie psychomotorisch auswirkenden Formbildungs- und Gestaltungsvorgang gehe, der sich in der bildnerischen Formdynamik eines ästhetischen Mediums spiegele, der innere wie äußere Lebensverhältnisse abbilde, so dass diese bearbeitbar, neu zentrierbar seien. Sie gingen davon aus, dass Kunsttherapie ein Behandlungsverfahren in den rehabilitativen und den klinisch-psychologischen Sektoren sein könnte, auch ein sog. adjuvantes, d.h. unterstützendes Verfahren im psychotherapeutischen Bereich, das wie die bisherigen Entgeltregelungen leistungsrechtlich behandelt werden müsse. Für den KollegInnenkreis, der sich zusammenfand, war es schnell ausgemacht, dass ein künstlerisch-therapeutisches Verfahren, das sich die innerpsychischen Prozesse bei der Betrachtung und bei der Herstellung von bildnerischen Ausdrücken zunutze mache, entsprechend den klinischen Anforderungen eben auch klinische Standards benötige; sich nur dann die Handhabung, das Handling in den medialen Prozessen zunutze machen könne, wenn es sich den Anforderungen des Gesundheitswesens anpasse. So entstanden 1984 die sog. klinischen Standards, wurden die Anforderungen in klinischer Theorie, einschlägiger Praxis und bildorientierter Supervision, künstlerischer und therapeutischer Vorqualifikation, der einzel- und gruppentherapeutischen Arbeit an sich selbst (Eigenanalyse, analog den lehrtherapeutischen Verfahren) definiert. Die kinder- und jugendpsychoanalytischen Vorgaben der psychoanalytisch orientierten Adlerianer schienen als Folie für die Erstellung der Standards geeignet.

Die ersten Diskussionen im Gestalttherapie-Institut FPI-Beversee auf Einladung Hilarion Petzolds und Peter Rechs liessen keinen Zweifel daran, dass nach den Psychiatrie-Enquêtes Ende der 70er Jahre eine zu beachtende Formierung im Gesundheitswesen stattfand, mit der sich viele KünstlerInnen in der Hinsicht schwer tun würden, was ihre Anpassung an die berufs-, sozial- und leistungsrechtlichen Erfordernisse der Akut- und Rehabilitationskliniken beträfe. Also formulierte die Gründer-Gruppe die Möglichkeit einer kunst- wie kunstpsychotherapeutischen Ausbildung. War aber sehr wohl darauf bedacht, dass die in Beversee versammelten Leiter ihrer Institute selber eine psychotherapeutische Qualifizierung nachwiesen und ggfs. nachholten, - wie es in einigen Fällen geschah.

1984 geschah die eigentliche Gründung der DGKT in mehreren Sitzungen durch die Teilnehmer eines Gründungskreises, Jutta Dunkel, Rolf Monitor, Peter Rech, Hilarion Petzold, Joachim Oeltze, Karl-Heinz Menzen, Ilse Orth, Elisabeth Wellendorf, Jean- Paul Gonzeth. Die Vor- und Zuarbeit geschah durch Peter Rech, Jutta Dunkel, Rolf Monitor, Birgit Wunschik, Claus Richter u.a. beim Verwaltungsgericht Köln.

Die erste Einschätzung der Gruppe (H. Petzold, E. Wellendorf, P. Rech, J. Oeltze, G. Schottenloher, K.-H. Menzen, I. Orth, J. Dunkel, R. Monitor) schwankte zwischen Gründer-Euphorie und realer Einschätzung, dass es mindestens 20 Jahre dauert, bis es zu den ersten sozial- und leistungsrechtlichen Einstufungen kommen würde. Tatsächlich setzte sich die realistische Einschätzung durch: Auf einer Tagung der Kölner Schule für Kunsttherapie (Organisation: Peter Rech, Claus Richter) Anfang des neuen Jahrtausends standen die leistungsrechtlichen Aspekte der KT im Mittelpunkt. Besonders aber war die Kolportage von der ersten DRG-Tagung 2003 (DRG – Fallpauschalenregulierung/ ‚Diagnosis Related Groups‘) in Kaiserslautern ernüchternd (anwesend B. Kunzmann und K.-H. Menzen). Sie verwies auf die Notwendigkeit der Verortung im Gesundheitswesen. Umso erstaunlicher die bundesweite Reaktion der neuen Kunsttherapie-Verantwortlichen, die sich ungewohnt schnell zur BAG-KT, d.h. Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien in Frankfurt a. M. zusammenfanden. Die realistische Einschätzung bes. Hilarion Petzolds hatte sich bestätigt.

In der Folge der Gründerjahre übernahmen viele Kolleginnen und Kollegen den Vorsitz in der Gesellschaft: Rolf Monitor, Jutta Büttner, Peter Gercken, Iris Adams, Elisabeth Wellendorf, Jean-Paul Gonseth, H.-J. Oeltze, Jutta Dunkel, Birgit Wunschik, Ilse Orth, Getraud Schottenloher, Hilarion Petzold, Peter Rech, Karl-Heinz Menzen, Peter Schauwecker, Hans Dieter Freywald, Christa Scharlau, Gisela Fritschi, Rose Maria Wolf, Brigitte Briebach, Albert Brinkhoff, Susanne Schuwerach, Frances Dupierry, Walter Paduch, Rita Gehling, Judith Fuchs, Michael Reinhardt, Anne Dahm, Heinfried Ducker, Senta Connert, Brigitte Michels, Elisabeth Luchesi, Ruth Hampe, Alexandra Daszkowski, Sandra Nitz, Silke Heimes, Wilhelm Overdick (wovon einige der Aufgezählten mehrfach und z.T. über lange Jahre ihre Ämter übernahmen).

In diesen Zeiten wurden viele Tagungen initiiert. Es war aber auch zu Abspaltungen gekommen. Die DGKT e.V. musste in einem schmerzlichen Prozess das Weggehen vieler Mitglieder in den neuen Berufs- und Fachverband DFKGT e.V. erfahren. Die Tagung 1989 in Kassel war noch einmal eine mitreissende Zusammenfassung des bisher Geleisteten.

Dann kam auf einer Tagung in Weimar 1990 ein Wendepunkt. Er bedeutete die Spaltung des Dachverbandes, der in der Folge den Mitgliedern sogar die Wahl zwischen dem alten Dachverband und dem neuen Berufs- und Fachverband ermöglichte. 40 Prozent der DGKT-Mitglieder wechselten ihre Verbandszugehörigkeit. Mit dem neuen Verband der DFKGT entstand unumstritten eine berufsorganisatorisch gut aufgestellte Vereinigung; während der DGKT e.V. durch ihre multimediale Orientierung in den berufspolitischen Bemühungen der nächsten Jahre, speziell in den Verhandlungen mit dem Rentenversicherer, nach wie vor eine wichtige ergänzende Rolle zufiel. In dieser Situation einer zunehmenden Diversifizierung der verbandlichen Strukturen schien es zwingend notwendig, gegen die Zersplitterungen eine übergreifende, gemeinsame Struktur aufzubauen – die BAG-KT, die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien. In der Folge wurde das gemeinsame Zusammengehen belohnt:

Um die Legitimation künstlerischer Verfahren an den psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken zu belegen, hatte die Initiativegruppe der BAG-KT von fast 50 Chefärzten Gutachten angefordert und erhalten. Diese spielten bei den Verhandlungen, besonders in den Leitlinien-Kommissionen, aber auch in den ersten Verhandlungen mit der Gewerkschaft verd.i betr. Tarifvertretung eine wichtige Rolle. Seit 2006 wurde eine Vielzahl von Leitlinienzulassungen der Kunsttherapie erreicht: Leitlinien-Akzeptanz erhielt die KT beispielsweise bei den psychoonkologischen Behandlungen, den psychosozialen Therapien von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, bei den depressiven Störungen von Kindern und Jugendlichen, den Essstörungen, der Schizophrenie, den bipolaren Störungen und der Demenz. In das Fallpauschalensystem des OPS 2006 (Akutklinik) sowie analog in das Abrechnungssystem des KTL 2007 (Rehabilitationsklinik) wurden als Künstlerische Therapien Musiktherapie, Tanz- und Bewegungstherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie sowie m.E. Theater- und Poesietherapie aufgenommen. Beide Abrechnungssysteme wurde 2015 revidiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stufte 2008 die Kunsttherapie im Qualitätsbericht der Krankenhäuser in die Rubrik SP 13 ein, *in die Rubrik der Spezialtherapeuten: SP13 Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin; in die Rubrik der medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote - MP 23*: hier wurde die Kunsttherapie in einem Beschluss vom 19. März 2009 über die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser unter den Kodex MP23 in die Auswahlliste medizinisch-pflegerische Leistungsangebote (A-9 und B /X/.3) aufgenommen.

Aber nicht nur im klinischen, auch im sozialen Feld war die Kunsttherapie des beginnenden Jahrtausends gefragt:

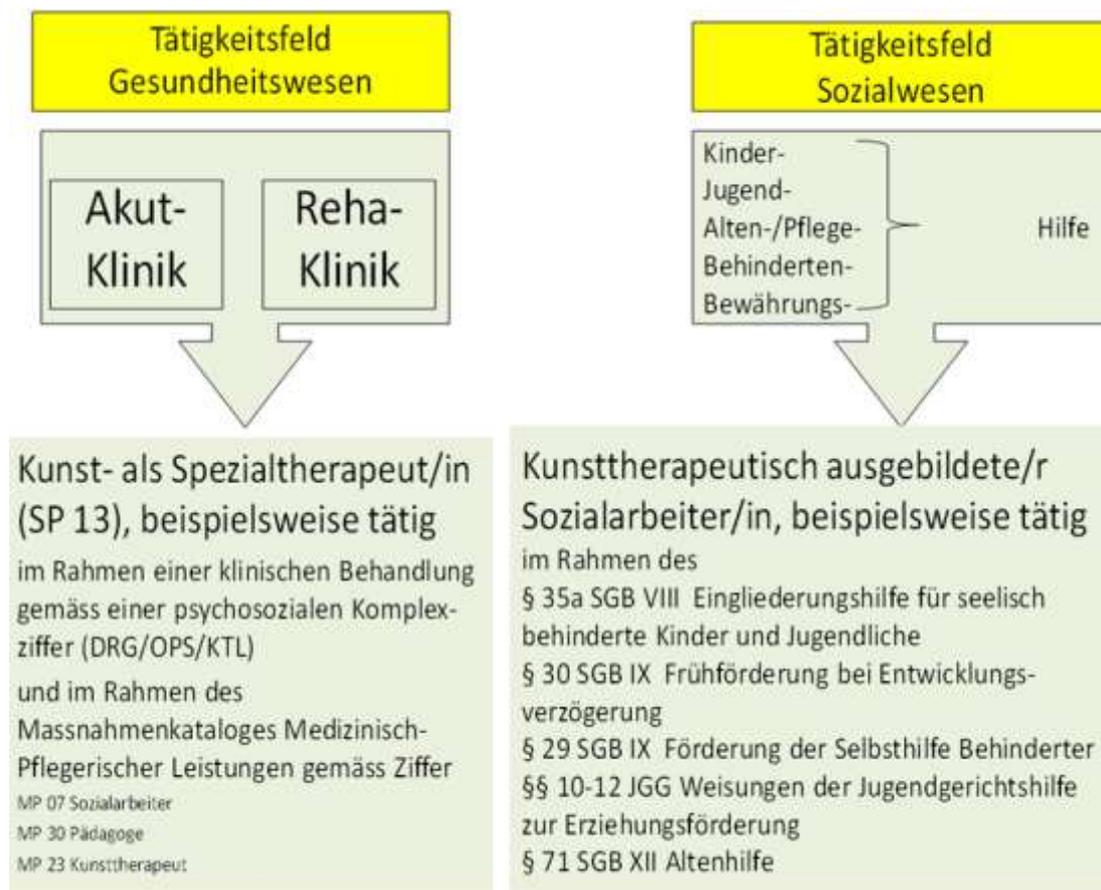


Abb.: K.-H. Menzen (2013): Kunsttherapie in der Sozialen Arbeit. Verlag Modernes Lernen: Dortmund.

Inzwischen waren nicht nur die aufgezählten Erfolge, es war auch eine Verschiebung in der Mitgliederstruktur bei DGKT und DFKGT zu verzeichnen:

Im deutschsprachigen Bereich war das Fach Kunsttherapie bislang mehrheitlich an privaten Einrichtungen angesiedelt, welche naturgemäss, da alle in den Anfangsjahren gegründet, eher von der DGKT e.V. vertreten wurden. In den 90er Jahren wurde das Fach jedoch zunehmend hochschulisch-akademisch etabliert. Schon Mitte der 90er Jahre verwies eine Tagung in Münster (Org.: L. Kossolapow) darauf, dass mehrheitlich Abgänger von Hochschulen Anstellungsverhältnisse an Kliniken angeboten erhielten. Das Fach schien vom Verdacht einer vor- oder ausserwissenschaftlichen Praxis und Theorie befreit und bereitete vermittels ihrer verbandlichen Organisationen den Weg, sich dem Fallpauschalensystem des Gesundheitswesens zu öffnen.

Die Verwissenschaftlichung des Faches, seine akademisch-hochschulische Etablierung in Deutschland, beispielsweise in Aachen, Berlin-Weissensee, Bonn-Alfter, Bremen-

Ottersberg, Dresden, Köln, München, Nürtingen oder Freiburg (zur Erläuterung: Zusatzlehrprogramm KFH Aachen; MA Berlin-Weißensee; BA/MA Bremen-Ottersberg; BA/MA Bonn-Alfter/Alanus-Hochschule mit Promotionsrecht; Diplom Hochschule für Bildende Künste Dresden; Diplom Universität zu Köln; BA/MA Nürtingen; Aufbaustudiengang Akad. d. Bildenden Künste München; BA/MA Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen), – die Verwissenschaftlichung verstärkte im klinischen Feld der Rehabilitation die Forschungsanstrengungen im Hinblick auf eine den evidenz-basiert-medizinischen-Kriterien (EbM) gemässe Ausübung des Faches und enthob das Fach des Beigeschmacks einer bloss alternativen Therapieform. Sie musste aber auch eingestehen, dass klinische Standards wie Selbsterfahrung, Praxis-Orientierung und Supervision in nicht unerheblichem Mass und eher von den privaten Weiterbildungsstätten erfüllt wurden. Diese Ausbildungskompetenz der Privatanbieter war angesichts des Theorie- und Forschungsbedarfs des Faches zuweilen vergessen, - dürfte aber in Zukunft bei einer weiteren Verlagerung der Kunsttherapieausbildung an die Hochschulen eine nicht unerhebliche Rolle spielen, erst recht dann, wenn die Psychotherapieausbildung - wie es sich derzeit andeutet – generell den Hochschulen zugeordnet wird. In diesem Fall könnte eine Zusammenarbeit (Kooperation in Form von An-Instituten) der öffentlichen und privaten Anbieter von beiderseitigem Interesse sein.

Eine Berufsgruppenanalyse, verantwortet von J. Oster (Ulm/HKT Nürtingen), zeigte, dass inzwischen schon über 50 Prozent der Ausgebildeten ein Hochschul-Zertifikat vorwiesen:

ABSCHLUSS	ANZAHL	PROZENT
M.A. MASTER OF ARTS	75	8,2
BACHELOR 240 CPs	16	1,7
BACHELOR 210 CPs	1	0,1
BACHELOR 180 CPs	1	0,1
DIPLOM UNI	58	6,3
DIPLOM FH	307	33,5
HOCHSCHULZERTIFIKAT	85	9,3
PRIVATES ZERTIFIKAT 5400 UE	122	13,3
PRIVATES ZERTIFIKAT 3600 UE	70	7,6
PRIVATES ZERTIFIKAT 1800 UE	87	9,5
PRIVATES ZERTIFIKAT WENIGER 1800 UE	77	8,4
SONSTIGES	90	9,8
KEINE ANGABE	16	1,7

Abb.: Verteilung der Abschlüsse (mit Mehrfachnennungen Kunsttherapie/Gestaltungstherapie) - Oster, J. (2015): Berufsgruppenanalyse Künstlerische Ther-

apeutinnen und Therapeuten (BgA-KT). Ergebnisbericht zu den Fachbereichen Kunsttherapie-Musiktherapie-Tanztherapie-Eurythmietherapie- Theatertherapie-Sonstige.
Ulm

30 Jahre nach der Verbandsgründung werden die Verfahrensweisen der künstlerischen Therapien im deutschen Gesundheitssystem malerisch, theatralisch, musikalisch, psychodramatisch, eben mit vielen Medien, wie ein erweiterter Kunstbegriff sie kennt, in den stationären Einrichtungen der Rehabilitation (KTL- Katalog), aber auch in der Akutklinik (OPS-Katalog) angeboten. Ca. 60 Prozent aller rehabilitativen Einrichtungen Deutschlands und ca. 50 Prozent aller Akut-Kliniken bieten die Verfahrensweisen an, die über das sog. Fallpauschalengesetz (DRG/OPS) oder über den Klassifikations-Katalog Therapeutischer Leistungen (KTL) abgerechnet werden.



Abb. 46: Einsatz von Kreativtherapien in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern

Befragungszeitraum 2010/11

(vgl. Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2011): Psychiatrie-Barometer. Einsatz von Kreativtherapien in Psychiatrischen Krankenhäusern. Deutsches Krankenhaus Institut: Düsseldorf, S. 58).

30 Jahre nach der Verbandsgründung zeigt sich aber auch, dass die anfänglich noch stark vertretene Option einer künstlerischen Fundierung des Faches wiederbelebt wird. Es zeigt sich, dass die formalästhetischen, also bildnerischen Elemente des inneren Bildes wieder in den Blick geraten; dass diese mit den jeweilig individuellen neuronalen Regeln der Synchronisation d.h. des kortikalen Zusammenschlusses von Gestaltmerkmalen, korrespondieren; dass innere Bilder sich gemäss ihrer visuellen (Form, Farbe etc.), ihrer haptischen (Fühl-) und kinästhetischen (Körper-Raum-Lage-Gleichgewichts-) Reize wie eine

Grammatik der Sprache strukturieren. Es zeigt sich, dass diese inneren Bilder die Empfindens- und Verhaltensmuster einer sog. präsentativen Symbolik in deren leibhaftig sinn- und ordnungsstiftenden phänomenalen Erlebbarkeit nach Massgabe der Phänomenologie affektiv-schematisch, d.h. auch symptomatisch-symbolisch widerspiegeln und mittels psychoanalytisch- oder schematherapeutisch-assoziativer Techniken auf ihren individuellen Focus hinterfragt werden können. (vgl. K.-H. Menzen: Heil-Kunst. Entwicklungsgeschichte der Kunsttherapie. Alber-Herder: Freiburg 2016) Die Kunsttherapie ist dabei, sich ihrer grundlegenden Kompetenzen wieder zu erinnern.

Und schliesslich gilt es auch zu erwähnen, dass die Leistungsentgelte der kunsttherapeutischen Arbeit an den Kliniken sich verbessert haben. Die Berufsgruppenanalyse von J. Oster (2015) berichtet:

Vollzeitangestellte, ihr Einkommen im Zusammenhang mit Hochschulabschluss in der Kunsttherapie

Tabelle 2.9: Einkommen im Zusammenhang mit Hochschulabschluss bei Vollzeitbeschäftigten (n=138)

Einkommen	Hochschulabschluss					
	ja		nein		Gesamtsumme	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
750 € bis 1000 €	1	1,1 %	0	0 %	1	0,7 %
1000 € bis 1250 €	0	0 %	0	0 %	0	0 %
1250 € bis 1500 €	1	1,1 %	0	0 %	1	0,7 %
1500 € bis 1750 €	4	4,4 %	0	0 %	4	2,9 %
1750 € bis 2000 €	9	9,9 %	2	4,3 %	11	8 %
2000 € bis 2250 €	14	15,4 %	3	6,4 %	17	12,3 %
2250 € bis 2500 €	17	18,7 %	6	12,8 %	23	16,7 %
mehr als 2500 €	44	48,4 %	35	74,5 %	79	57,2 %
keine Angaben	1	1,1 %	1	2,1 %	2	1,4 %
Gesamtsumme	91	100 %	47	100 %	138	100 %

Abb.: J. Oster 2015, a.a.O., S. 18

Nach langen Jahren der Implementierung des Faches in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens stellt sich langsam die Gewissheit ein, dass das Fach Kunsttherapie dabei ist, sich als feste Grösse bes. im Gesundheitswesen zu etablieren.

Vortrag und Bericht: Karl-Heinz Menzen

Der neue Vorstand wurde im Oktober 2015 gewählt



1. Vorsitzender

Dr. Georg Franzen, Klinischer Psychologe, Kunstpsychologe, Supervisor. Psychologischer Psychotherapeut in eigener Kassenpraxis in Celle, Lehraufträge für Kunstpsychologie, Wiss. Leiter der Psychotherapieausbildung u. Kunsttherapieausbildung INITA, Hannover. Lg. Tätigkeit in der teilstationären sozialpsychiatrischen Versorgung u. als wiss. Mitarbeiter, Projektbereichsleiter Kunsttherapie in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung u. stellv. Mitglied der S3 Konsensgruppe für den Bereich Kunsttherapie 2012. Weiterbildungs-ermächtigung für Psychotherapie d. Ärztekammer Nds. . Mitherausgeber der Zeitschrift „Musik-Tanz u. Kunsttherapie“, Göttingen, Hogefeld.



2. Vorsitzender

Prof. Dr. habil. Karl-Heinz Menzen, Prof. em. für Heilpädagogik, Kunsttherapie und Rehabilitation, TU Berlin, Kath. Hochschule Freiburg, Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen, eh. Leitung der Berliner Caritas-Beratungsstelle für Familien- und Lebensfragen, Klin. Psychologe, Kunsttherapeut (ÖKfKT und DGKT) und Psychol. Psychotherapeut (Zulassung: Dtl. u. Österr.), wissenschaftlicher Leiter am Österreichischen Kolleg für Kunsttherapie, Academic Fellow der European Graduate School (Leuk/Wallis), Mitherausgeber der Zeitschrift *Kunst&Therapie*, Vorstandsmitglied DGKT e.V., Leitung des Studiengangs Kunsttherapie an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien



Kassenwartin

Brigitte Michels Kunsttherapie, Weiterbildung bei Elisabeth Tomalin und Peter Schauwecker beim IHP. Im Anschluss Fortsetzung bei Gisela Schmeer, Weiterbildung zur Orientierungsanalytikerin beim IHP. Seit 20 Jahren Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung beim Gesundheitsamt zum HP Psychotherapie. Seit 1996 Trainerin beim IHP - Verantwortlich als Fachgruppenleitung für die Kunsttherapie Weiterbildung, Konzeption des Post-Trauma-Counseling

Autorin von Fachbüchern und Fachartikeln zur kunsttherapeutischen Arbeit.

Arbeit in eigener Praxis in Counseling, Kunsttherapie, Traumatherapie, Supervision



Schriftführerin

Prof. Dr. phil. habil. Ruth Hampe, Professorin für den Schwerpunkt Rehabilitation und Kunsttherapie im Studiengang Heilpädagogik an der KH Freiburg, Kunst- und Kulturpsychologin, grad. Kunsttherapeutin (DGKT), approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ausgebildet in katathym-imaginativer Psychotherapie (KIP) u.a.

Promotion an der Universität Bremen. "Kunsttherapie - eine Form ästhetischer Praxis. Eine psychologische und kulturhistorische Untersuchung ikonischer Symbolisierungsformen"

Habilitation an der Universität Bremen: "Allgemeine Pädagogik mit den Schwerpunkten ästhetische Praxis und Kulturpsychologie"



Referentin für Öffentlichkeit

Dr. Alexandra Daszkowski M.A.

Lehrtherapeutin der DGKT.

Trainerin, Lehrtherapeutin und Supervisorin am HIGW (Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung).

Kunsttherapeutin HIGW / graduiert DGKT, Kunstpsychotherapie HPG.

Spezialisierung in (Kunst)Therapie bei Borderline-Störungen, Kunsttherapie im Rahmen von Traumatherapie und transgenerationaler Traumatisierung.

Seit 2008 klinische Kunsttherapeutin in der Fachklinik für Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen der Asklepios Klinik Nord in Hamburg.

Seit 2003 Entwicklung von kunsttherapeutischen Konzepten und deren Vermittlung in Fachkreisen als Dozentin, Vortragende und Autorin.

Seit 2000 im stationären und ambulanten Setting als Kunsttherapeutin tätig.

Langjährige Erfahrung im Schwerpunkt Krisenintervention.

Qualifikation in Hochschuldidaktik / higher education.

Promotion zum Dr. rer. nat. im Fach Psychobiologie mit einer Dissertation zum Thema Körperbild und Körperbildstörungen. Promotionsstipendium.

Universitätsabschluss: Anthropologin M.A. Studium der Anthropologie, Psychologie und Ethnologie.



Beisitzer

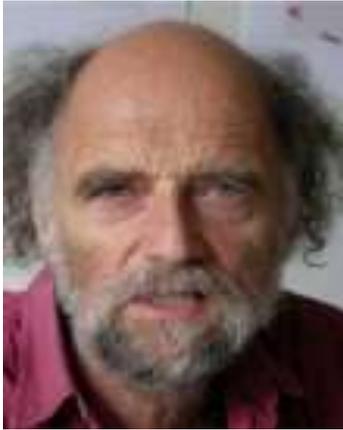
Prof. Senta Connert

Bildende Künstlerin, Kunsttherapeutin, Leitung des Aufbaustudiengangs Bildnerisches Gestalten und Therapie an der Akademie der Künste München, Mitglied im Deutschen Künstlerbund, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen, Kunsttherapeutin: Klinik für Radioonkologie, Klinikum Braunschweig, Hospiz am Hohen Tore Braunschweig, Alfried Krupp Krankenhaus Essen, Franziskus Hospiz Hochdahl Erkrath, Lehrbeauftragte Kunstakademie Münster, Akademie für Kunst und Therapie Magdeburg, Palliative Care Referentin (Schwerpunkt Kunsttherapie), Edith Stein Akademie Waldbreitbach, Deutsche Krebsgesellschaft Berlin, Ehemalige Palliativkoordinatorin (2007/ 2008), Gifhorner Palliativ-und Hospiz-Netz



Besitzer

Prof. Dr. Heinfried Duncker, Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaft, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, psychoanalytische und psychiatrische Ausbildung in Frankreich, 2000-2005 Beteiligung an der Lehre in der Kunsttherapie (Hochschule für bildende Künste Dresden), Tätigkeit als leitender Arzt in Kliniken für forensische Psychiatrie und der psychosomatischen und suchtherapeutischen Rehabilitation.



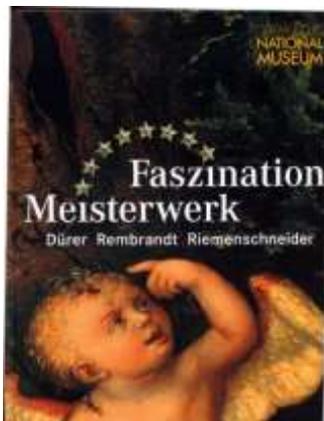
Ehrenvorsitzender

Prof. Dr. Peter Rech Gründungsvater der DGKT, Künstler, emeritierter Professor für Kunst und ihre Didaktik an der Universität Köln, Kunsttherapeut und Dozent für Kunsttherapie Studium als Externer an der Kunsthochschule Düsseldorf unter Prof. Josef Beuys Ausbildung als Pantomime zahlreiche wissenschaftliche Publikationen.

Resonanzen auf die Alten Meister in Nürnberg

Die Entdeckung des Museums als pädagogischem und therapeutischem Ort ist heute ein fester Bestandteil in unserer Counseling Arbeit

Hier stellen wir beispielhaft eine Trainingsarbeit vor. Es ist ein Projekt im Rahmen des Germanischen National Museums von Nürnberg, initiiert von Brigitte Michels bei der kunsttherapeutischen Ausbildung in der Zusammenarbeit von Akademie Faber-Castell und IHP - Institut für Humanistische Psychologie.



Germanisches Nationalmuseum Nürnberg

Jede Wahrnehmung, jedes Geschehen im Umfeld, Musik, Bilder, Literatur, löst Resonanz in uns aus, und oft bleiben uns die Hintergründe dieser Resonanzen für lange Zeit im Bereich des Unbewussten verschlossen. Unbewusste Resonanzen können verbal in Sprache oder nonverbal in Körperhaltung und Gestik oder in Bild und Symbol sichtbar werden. Im Counseling haben wir gelernt, solche Resonanzen zu nutzen, sowohl durch das Tun im kreativen Prozess als auch im rezeptiven Arbeiten mit Kunst, zum Beispiel ausgelöst durch den Besuch in einem Museum.

Um herauszufinden, wie Kunstwerke früherer Jahrhunderte auf unsere Psyche wirken und welche Resonanzen sie auslösen, findet gemeinsam mit Teilnehmern einer Ausbildungsgruppe der Akademie Faber-Castell ein Besuch der Ausstellung „Faszination Meisterwerk“ im Germanischen National Museum von Nürnberg statt. Aus dieser Gruppe zeigen wir den Prozess auf, den Elvira durchläuft.

Die Gruppe nimmt sich viel Zeit im Museum. Es gibt einen ersten Durchgang, jeder schaut für sich allein und lässt die Bilder auf sich wirken. Später beschreibt Elvira einen markanten Moment dieses Durchgangs: „Als ich von Raum zu Raum ging, da zog etwas Besonderes meine Aufmerksamkeit auf sich.“

Nach diesem Betrachten des Ganzen wird die erste Aufgabe gestellt:

„Geh erneut durch die Ausstellung, wähle ein Bild aus, das dich heute besonders angesprochen und berührt hat und halte es in einer Skizze fest.“

Die Teilnehmer nehmen Block und Stifte, setzen sich zu „ihren Kunstwerken“ und skizzieren es nach – die Stimmung ist sehr konzentriert. Bereichert von den Bildern treffen sich alle zu einer Abschlussrunde in der Cafeteria. Dann hat uns unser Alltag wieder, auch hier nutzen wir das Prinzip Asco Mentalità.

Am nächsten Morgen stellt jeder sein Bild vor.



Selbstbildnis Anna Dorothea Therbusch 1782 Elvira * Eine sensationelle Frau

Elvira, sonst eher ruhig, ist heute sehr lebhaft und tief bewegt. Es drängt sie, ihr Bild zu zeigen, und sie berichtet davon, wie sie im Museum immer wieder zurück gehen musste zu dem Selbstbild von Anna Dorothea Therbusch.

„Das war etwas Besonderes, etwas, was ich noch nie gesehen habe. Da sitzt eine Frau und trägt eine Sehhilfe über dem rechten Auge, gehalten von einem Band, festgemacht an ihrer Spitzenhaube. Freundlich lächelnde kluge Augen blicken mich an, direkt in meine Augen, direkt in mein Herz.

Mit ihrem Einglas erscheint sie mir als sensationelle Frau, die ein Leben geführt hat, das außerhalb der Reihe war. Besonders wichtig für mich sind die Damen der besseren Gesellschaft im Hintergrund. Sie plaudern miteinander und daneben, kaum sichtbar die Staffelei. Anna Dorothea hat sich abgesetzt und liest. Ich bewundere diese Frau, die andere Wege geht als die Zeit ihr vorschreibt; sie wagt es, sie ist eine Rebellin.

Es hat offenbar auch Malerinnen gegeben, Frauen, die neben Dürer und Cranach in dieser Ausstellung bestehen können. Dieser Gedanke ist mir trotz vieler Museumsbesuche neu.“

Elvira ist bei ihrem aktuellen Lebensthema. Durch Frühverrentung aus dem normalen gesellschaftlichen Gefüge heraus gefallen, sucht sie eine neue Perspektive.

Die Teilnehmer sind berührt, alle sind bei ihren aktuellen Lebensthemen angelangt, und sie sind froh, sie spüren, dass es gut ist darüber zu sprechen und diesem Thema eine sichtbare Gestalt zu geben. Um diesen Prozess der Entwicklung weiterzuführen, wird erneut eine Resonanzarbeit vorgeschlagen. Der Auftrag lautet:

Male eine Antwort auf Dein erstes Bild, und stelle es dann im Plenum unter dem Aspekt der anstehenden Entwicklungsaufgabe vor.“



Elvira * Frau darf ihr außergewöhnliches Leben leben

Elvira spricht ganz kurz über ihr Antwort-Bild und sagt: „Frau darf ihr außergewöhnliches Leben leben.“

Die Arbeit wird mit einem Gemeinschaftsbild abgeschlossen, und die Gruppe malt dazu auf großem Papier mit leuchtend klaren Farben. Alle arbeiten schweigend und ohne vorherige Absprache miteinander, aber es gibt immer wieder nonverbalen Kontakt untereinander.



Gemeinschaftsbild der Gruppe

Alle sind mit dem Ergebnis zufrieden. Es wird deutlich, dass auch noch im gemeinsamen Abschlussbild viele Impulse für die einzelnen enthalten sind. Für Elvira ist als Ziel klar geworden, aus der eigenen Überforderung heraus zu kommen und alle Möglichkeiten zu nutzen, die ihr die neue Lebenssituation bietet. Sie schließt mit den Worten: „Ich will wie Anna Dorothea Therbusch Dinge tun, die gewagt sind.“

- 1. LUMMA, Klaus, MICHELS, Brigitte, LUMMA, Dagmar, Resilienz-Coaching, Windmühle, Hamburg 2013.**
- 2. MICHELS Brigitte & LUMMA, Klaus. Besuch bei den alten Meistern., In: ART & GRAFIC MAGAZINE Nr. 17, Oktober 2006**

Der Rupturbegriff in der Psychopathologie und seine Folgen

Der Beitrag setzt sich mit einer inhaltlichen Betrachtung der deutschen Psychiatergeschichte auseinander, die intensiv mit den Entwicklungen der Heidelberger Schule verbunden ist. Der Rupturbegriff verbindet sich mit der grundlegenden agnostischen Position im Bereich wesentlicher diagnostischer und versorgungspraktischer Aspekte und betrifft inzwischen nicht nur die deutsche Psychiatrie. Für Deutschland muss dieses grundlegende Konzept des Wesens psychiatrischer Erkrankung in direktem Bezug zu den extrem willkürlich gesplitteten Versorgungsangeboten gesehen werden, die sich im Ausmaß ihrer Spezialisierungen wesentlich von den Angeboten in anderen europäischen Ländern unterscheiden. Mit dem Rupturbegriff und der agnostischen Position ist aber insbesondere auch das Verständnis und die Behandlung der Erkrankungen verbunden, die nicht dem psychotischen Formenkreis zugeschrieben werden und die hierzulande lange Zeit in den Bereich der sogenannten ›Variation der Norm‹ fielen.

Schlüsselbegriffe: Heidelberger Schule, Krankheitswert, psychiatrische Versorgung, Rupturbegriff, Variation der Norm

Die folgenden Überlegungen haben sich im Zuge des Kongresses der *Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie* (DGPM) und des *Deutschem Kollegiums für Psychosomatische Medizin* (DKPM) im Jahr 2007 in Nürnberg entwickelt. Eine der Podiumsdiskussionen beschäftigte sich mit der Fragestellung, ob Deutschland im Bereich der psychosomatischen Medizin eine Schlusslicht- oder eine Spitzenposition innehatte. Von den Kollegen aus Luxemburg, Norwegen und der Schweiz wurde sehr offen darüber diskutiert, dass es sich hier um eine deutsche Spezialität handelt. Alle drei Kollegen berichteten, dass ein derart fragmentiertes Versorgungssystem für psychisch kranke Patienten und Patientinnen einerseits und psychosomatisch erkrankte Patienten und Patientinnen andererseits nicht mit der Spezifität des Faches der psychosomatischen Medizin einhergehe. Alle drei konnten sich für die

praktische Versorgung in ihren Ländern eine solche Aufspaltung der therapeutischen Angebote nicht vorstellen. Insbesondere der luxemburger Kollege wies darauf hin, dass die psychosomatische Medizin kein Fachgebiet sei, sondern eine grundlegende Position zu Fragen von Krankheit und Gesundheit im Sinne einer biopsychosozialen Konzeption menschlicher Existenz und des damit verbundenen Krankheitsverständnisses darstelle. Der norwegische Kollege verwies in seinem Beitrag darauf, dass aus seiner Sicht die Schaffung einer psychosomatischen fachärztlichen Ausbildung und eines damit verbundenen Behandlungsansatzes nicht den grundlegenden Konzepten psychosomatischer Betrachtungsweisen entspräche, sondern in direktem Zusammenhang mit der deutschen Psychiatriegeschichte gesehen werden müsse. Er verwies in seinem Beitrag auf die agnostische Position der biologischen Psychiatrie, die mit einem psychosomatischen Grundverständnis nicht vereinbar sei.

Diese Überlegungen waren Ausgangspunkte, sich mit den Fragen der Entwicklung der agnostischen Position in der deutschen Psychiatrie und den daraus abzuleitenden Konsequenzen für psychopathologische Modelle auseinanderzusetzen und diese dem biopsychosozialen Verständnis einer psychosomatischen Krankheitslehre gegenüberzustellen.

Die agnostische Position und ihre Konsequenzen

In der Psychiatrie des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts herrschte nicht nur in Deutschland eine im Wesentlichen agnostische Position vor. Psychiater hatten für psychiatrische Erkrankungen keine Ursache gefunden, unterstellten aber, dass sie biologischen oder auch genetischen Ursprungs sei. Der hiermit zusammenhängende Begriff der *Diathese* betraf nicht die Krankheit selbst, sondern etwas, das die Erkrankung hervorruft, also das Gegenteil einer umschriebenen Verletzung, vielmehr eine Disposition, eine Erkrankungsneigung im Allgemeinen, etwas, das mit *Veranlagung* oder *Vererbung* zu tun habe (vgl. Gauchet & Swain, 1997). Bis heute werden beobachtete biochemische und neurologische Veränderungen und Befunde häufig als Ursprung des Störungsbildes betrachtet. Dies ist eine bis dato durchaus kritisch zu betrachtende Sichtweise, wie dies u. a. der französische Neurobiologe Gonon (2011) im Beitrag Biologische Psychiatrie: eine wissenschaftliche Blase? deutlich macht, in dem er die wissenschaftliche Beforschung der ADHS-Problematik kritisch würdigt.

In der deutschen Psychiatrie basieren die Entwicklungen der agnostischen Position, die mit dem Begriff der *Ruptur* verbunden sind, auf psychopathologischen Überlegungen, die

Jaspers 1910 vorstellte. In diesem grundlegenden Artikel beschreibt er für die Psychosen – in Übereinstimmung mit den Sichtweisen von Kraepelin und Bleuler – die Unterschiede zwischen den chronisch schizophrenen und den chronisch nicht-schizophrenen Psychosen. Letztere entwickeln ihre wahnhaft-dynamische, Inhalte und Komplikationen in Kontinuität mit der vorherigen Persönlichkeit. Erstere entwickeln sich scheinbar in einer gewissen Ruptur zum bisherigen Leben und zur vorherigen Persönlichkeit. In diesem Sinne beschreibt er das, was die sich auf Bleuler und Kraepelin berufende französische Psychopathologie übereinstimmend bestätigt (vgl. Clérambault, 1942; Lacan, 1932). Auch Jaspers beschreibt die progressive psychotische Entwicklung der sogenannten »leidenschaftlichen Psychosen« als kontinuierlichen Prozess der Erkrankung. Der Wahn gehe von einer fixen Idee aus, habe leidenschaftliche Inhalte. Die Entwicklung bleibt in der Kontinuität der Persönlichkeitsstruktur und bedient sich deren Eigenschaften und deren Qualitäten in seiner Entwicklung. Dieser Wahn klebt an der Realität. Er ist verständlich, meist logisch, aber er ist nichtsdestotrotz ein Wahn. Getrennt hiervon schreibt Jaspers den schizophrenen Psychosen wahnhaft-dynamische und halluzinatorische Erlebensweisen zu, die zumindest zunächst nicht logisch erscheinen. Sie sind auch nicht unbedingt verständlich und stehen scheinbar nicht direkt in Verbindung mit der Lebensgeschichte des Patienten und Patientinnen. In diesem Sinne sind die bei dieser Erkrankung gefundenen Symptome nicht sofort verständlich und logisch.

In der weiteren Entwicklung werden die hier initial beschriebenen unterschiedlichen psychotischen Erkrankungsbereiche auf den Typ des schizophrenen Wahns als wahnhaft-dynamische Erkrankung reduziert. Zunehmend werden wahnhaft-dynamische und halluzinatorische Erlebnisweisen als Phänomene beschrieben, die nicht einfühlbar seien. Kriterien der *Unverständlichkeit*, der fehlenden Logik, werden als wesentliche Symptome beschrieben und hieraus wird das Konzept der *Ruptur* gebildet, nach dem sich das wahnhaft-dynamische Erleben wie eine Art Fremdkörper in ein vorher geordnetes Leben hineinzwängt. Diese Grundkonzeption hat u. a. zur Konsequenz, dass es unnötig ist, halluzinatorischen oder wahnhaften Phänomenen zuzuhören, da sie nicht verständlich sind und mit dem vorherigen Leben des Patienten bzw. der Patientin nichts zu tun haben. In der weiteren Entwicklung führt dies dazu, dass Rauch (1960) das Phänomen der psychiatrischen Krankheit mit der *Unverständlichkeit* direkt verbindet und bezüglich der Bewertung eines Phänomens als krankhaft festhält, dass ein Phänomen umso weniger krankhaft sei, je verständlicher es scheine. Dabei darf – was für die Frage des später noch zu erörterten Menschenbildes wichtig sein wird – nicht übersehen werden, dass er über die Untersuchungen an Schädeln vergaster jüdischer Kinder habilitierte (vgl. Hildebrandt & Priol, 1988).

Hier kommen wir, was bspw. die deutsche und französische Diagnostik betrifft, zu

einem wesentlichen Unterschied in der Definition des Wahns. Folgt man Rauch, definiert sich der Wahn über seine Unverständlichkeit. Folgt man der französischen Diagnostik, definieren sich der Wahn und die Halluzination darüber, dass der Patient bzw. die Patientin einen unerschütterlichen und unverrückbaren Glauben an eine falsche Konzeption der Realität hat, die sich vom Irrtum durch seinen unerschütterlichen, unkorrigierbaren Charakter, der jeglichen Zweifel an seiner Realität ausschließt, unterscheidet. Dieser Auffassung gegenüber ist jeglicher Beweis oder jedes andersartige Erleben untauglich, um es infrage zu stellen (vgl. Duncker & Kulhanek, 1987). In Deutschland werden in den auf diese Beschreibung folgenden Entwicklungen die Paranoia und die leidenschaftlichen Psychosen zu einem Problem, das sich immer stärker auf die zugrundeliegenden schweren Störungen der Persönlichkeit reduziert, die bereits vor der wahnhaften Entwicklung existieren. Wenn der Wahn sich durch seine Unverständlichkeit definiert, braucht man ihm nicht zuzuhören, und wenn man ihm nicht zuhört, verschwindet auch nach und nach die Unterscheidung zwischen den Wahnzuständen, die eine logische Verbindung mit der Realität haben, und denjenigen, die diese Verbindung nicht haben. Das führt dazu, dass alle psychotischen Zustände – außer den manisch-depressiven Zustandsbildern – dem Bereich der schizophrenen Störung zugeordnet werden. Die Paranoia wird damit zu einem Problem, das sich auf eine Persönlichkeitsstörung reduzieren lässt, was die psychopathologische Entwicklung Anfang der dreißiger Jahre umreißt. Die grundlegende Position besagte, dass die Geisteskrankheit der Einbruch des *Unverständlichen*, *Nichtnachvollziehbaren* und *Nichteinfühlbaren* in das vorher geordnete Leben darstelle. Diese Konzeption der Geisteskrankheit war auch die Basis für die wissenschaftliche Begründung der Euthanasie und die Erklärung ihres »entgegenkommenden« Charakters. Gleichzeitig hatte sich mit dieser definitorischen Entwicklung das diagnostische Feld der Schizophrenien immens erweitert.

Diese Konzeption verwies die anderen psychiatrischen Störungen in das Feld, das von Schneider (1966) als *Variation der Norm* beschrieben wurde. Diese »Variationen« wurden sehr wohl als Störungen eingestuft und von Schneider auch sehr plastisch beschrieben. Liest man die Beschreibungen allerdings genau, fällt auf, dass in den Darstellungen moralisierende Begrifflichkeiten eine erhebliche Rolle spielen. Die Störungen wurden nicht unbedingt als krankhaft, auch eine Behandlung wurde nicht als zwingend erforderlich betrachtet. Sie waren zu behandeln, wenn der Patient bzw. die Patientin *krankheitseinsichtig* und *behandlungswillig* war. Sie waren ansonsten eine moralische Belastung, wenn dies nicht der Fall war. Diesem Bereich der *Variation der Norm* wurden insbesondere auch die Abhängigkeitserkrankungen, die sexuellen Deviationen und auch jene Störungsbilder zugerechnet, die heutzutage per *Inter-*

national Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) oder *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* im Bereich der Persönlichkeitsstörungen klassifiziert werden. Die betroffenen Patienten und Patientinnen wurden als *haltlos*, gegebenenfalls *unmoralisch* oder *minderwertig* betrachtet. Sie bedurften der pädagogischen Führung und der Nacherziehung, möglicherweise der Disziplinierung. Sie stellten – außer bei konkreter Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit – eine Patientengruppe dar, auf die psychiatrische Angebote nicht zutrafen. Diese in Deutschland gängige Position war auch durchaus offizielle Lehrmeinung in Frankreich, wo Ey (1978) diese Personen sowohl für die psychiatrische wie für eine strafende Behandlung für ungeeignet hielt.

Als Folge des Rupturbegriffes gibt es somit eine Spaltung der psychiatrischen Klientel in zwei Bereiche:

Einerseits gibt es die *wahren* psychisch Kranken, die – außerhalb der affektiven Psychosen – an den verschiedenen Formen der Schizophrenie leiden, der einige andere wahnhaft-halluzinatorische Störungen zugerechnet werden.

Andererseits gibt es Personen, die natürlich einige Störungen haben, die der *Variation der Norm* zugerechnet werden und entweder gar nicht als krank definiert werden (vgl. z. B. die derzeitige Diskussion über die sog. *Dissozialen Persönlichkeitsstörungen*) oder nur dann als Krankheit definiert werden, wenn eine Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit besteht (vgl. Charrier & Hirschelmann, 2004).

Patienten und Patientinnen mit diesen Störungsbildern hatten kein Recht auf oder keinen Zugang zur Versorgung. In der Praxis galt dies bis in die 1960er Jahre für Alkoholranke und für Personen, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen litten. Die Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Erkrankung erfolgte 1968 und ist Ergebnis einer veränderten Rechtsprechung, nicht einer psychiatrischen Neubewertung.

Ein besonderes Augenmerk muss in diesem Zusammenhang auf den spezifischen Bereich der zur *Variation der Norm* gehörenden *posttraumatischen Belastungsstörung* gerichtet werden. In Anbindung an die Paradigmen der Ruptur gab es in den psychopathologischen Konzepten bis Ende der 1950er Jahre entweder die Möglichkeit einer Geisteskrankheit als Einbruch des Unverständlichen in das intakte vorherige Leben oder es handelte sich um eine *Variation der Norm*. Wenn man dieses Paradigma auf die psychoreaktiven Störungen nach gravierenden Traumata anwendet, dann schließt dies das Vorliegen einer solchen Störung aus. Denn – so die Logik dieses Paradigmas – wenn dieser Bruch nicht bereits implizit vorher in der Person (als inhärente Anlage) vorhanden gewesen wäre, dann hätte das Trauma nicht derartige pathologische Konsequenzen haben können. Somit gab es bereits vor dem Trauma eine Persönlich-

keit, die Keime der Ruptur in sich trug, und wenn dies der Fall sei, dann basiere die *posttraumatische Belastungsstörung* auf diesem Keim und nicht auf einem Trauma (vgl. dazu die Arbeiten von Pascal Pignol, zur psychischen Behandlung von Opfern, 2011, und über die Vorgeschichte der Psychotraumatologie, 2014).

Die deutsche Psychiatrie verfolgte dieses Paradigma nach dem Ende des Ersten Weltkrieges weiter. Folgt man den Überlegungen von Leonhard (2002), dann hatte sich ein medizinisch-militärischer oder psychiatrisch-militärischer Komplex gebildet, der die psychiatrische Diskussion stark bestimmte. Es galt um jeden Preis zu vermeiden, dass Soldaten, die traumatisiert von den Schlachtfeldern von Verdun zurückkamen und als ›Kriegszitterer‹ der Behandlung bedurften, als traumatisiert anerkannt wurden. Leonhard wählte seinen Begriff ausdrücklich wegen des Verweises auf analoge Konzepte in der UdSSR und den USA. Dies ist nicht unerheblich, wenn man sich die Konsequenzen für die ›Kriegszitterer‹ in den dreißiger Jahren vor Augen hält, wurden sie doch bei Fortbestehen der Störung und der damit verbundenen Unfähigkeit zum Militärdienst wie Deserteure behandelt (vgl. Croq, 1999).

Diese diskriminierende Praxis erlebte nach dem Zweiten Weltkrieg in Zusammenhang mit den Fragestellungen einer Entschädigung der Holocaustopfer durch Venzlaff (1958) eine entscheidende Korrektur. Venzlaff beschrieb nicht nur ausführlich die Symptomatologie der psychoreaktiven Störungen nach traumatisierenden Erlebnissen, sondern er kritisierte in diesem Zusammenhang auch die grundlegenden Konzepte der Heidelberger Schule. Seine Arbeit war zwar die Grundlage für Entschädigungsprozesse der Opfer von Konzentrationslagern, führte allerdings nicht zu einer grundlegenden Korrektur der mit der Heidelberger Schule verbundenen Grundhaltungen.

Die Definition des Pathologischen und das Menschenbild

Das Paradigma des *Bruchs* als Basis für die Psychopathologie repräsentiert eine Reduktion, die intensiv mit einem zugrunde liegenden Menschenbild verbunden ist. Natürlich darf bei dieser Reduktion nicht vergessen werden, dass es sich von der Überzeugung her um einen Prozess mit biologisch-organischer Grundlage handelt. Festgestellte organische Veränderungen werden in dieser Betrachtungsweise schnell zur Grundlage beobachteter Entwicklungen erhoben und dieser Automatismus ist in vielen neurobiologischen Untersuchungen reflexartig als Schlussfolgerung zu finden.

Der Begriff der *Ruptur* basiert aber nicht nur auf Hypothesen, die eine organische Grundlage für die Geisteskrankheiten unterstellen, als seien sie genetischer oder biochemischer Natur. Der Begriff der *Ruptur* beschreibt insbesondere auch, dass die von

der Krankheit betroffenen Personen durch die Krankheit aus der gedanklichen Kontinuität ihres Lebens herausgerückt werden. Der Einbruch des *Unverständlichen*, *Unlogischen*, *Nichteinfühlbaren* in das zuvor geordnete Leben trennt diese Person quasi von ihrem bisherigen Lebenslauf. In dieser Konzeption wird die Person durch die Krankheit außerhalb all dessen gerissen, was sie mit der sprachlichen und damit historischen Umgebung verbindet. Indem *Unverständlichkeit* und *Uneinfühlbarkeit* unterstellt werden, entzieht sich das außerhalb der menschlichen Kommunikation ablaufende Krankheitsgeschehen jeder Möglichkeit empathischer Einfühlung. Ohne logische Abfolge der Gedanken wird die Krankheit zum Einbruch, der diesen Menschen außerhalb der kommunikativen Fähigkeiten rückt. Dies betrifft auch seine historische Existenz als Mensch.

Über diese Konstruktion wird der Mensch als Kranke bzw. Kranker außerhalb der *conditio humana* gerückt, wenn man hierfür als Definition die Überlegungen von Legendre (1989) heranzieht. Hier beschreibt er, dass der Mensch sich nicht über seine Genetik als Mensch definiere, sondern über die Tatsache, dass er einerseits dem Tabu des Inzests und andererseits dem Gesetz der Sprache unterworfen sei. Ihm zufolge ist die *Conditio humana* über die Sprache definiert, die das Verbot des Inzests übermittelt und zum Ergebnis hat, dass alle Menschen, auch die Väter, nichts anderes sind als Brüder, die dem gleichen Recht unterliegen. Legendre führt detailliert aus, inwieweit und mit welchen Konsequenzen die Nazi-Ideologie zu einer Reduktion menschlicher Existenz führte, indem Menschsein auf eine Frage der Gene und des ›Fleisches‹ reduziert wurde. Er nennt dies eine ›schlächterische Version‹, die zu Lösungen des Ausschlusses führe, indem das ›schlechte‹ Fleisch – zum Beispiel über ›Lösungen‹ wie das Konzentrationslager oder die Euthanasie – ausgeschlossen wurde. Legendre besteht ausdrücklich darauf, dass es sich hier nicht um eine deutsche Spezialität handle, sondern dass derartige Auffassungen menschlicher Existenz konzeptionell auch in anderen Ideologien verankert sind oder darin wieder auftauchen können. Es ist die Reduktion des Menschen auf seine äußeren Stigmata.

Bei dieser Frage sind wir in der Psychiatrie erneut angelangt. Dieses Problem ist keineswegs ein deutsches, sondern ein allgemeines, von der Psychiatrie unbemerktes Phänomen, dass sich nämlich jene Nazi-Ideologie unbemerkt in die tautologischen Erklärungen der internationalen Klassifikation des ICD-10 oder DSM IV eingeschlichen hat. Die Basis der hier beschriebenen Konzeptionen unterstellt einen Bruch in der Historizität der menschlichen Existenz. Dieser Prozess ist nicht mehr im Sinne eines sprachlichen Prozesses verständlich, sondern es werden lediglich die äußeren Stigmata außerhalb ihrer historischen Entwicklung bewertet. Die vorgebliche Unverständlichkeit führt zu einem Menschenbild, in dem Geisteskrankheit aus dem sprachlichen Feld

ausgeschlossen ist und somit lediglich als eine Frage des ›Fleisches‹ behandelt wird. Erkrankungen werden in ihrer Phänomenologie nicht verstanden, sondern sie werden ausschließlich in ihren sichtbaren Eigenschaften beschrieben. So gerät Krankheit – zumindest für die Zeit der akuten Erkrankung – außerhalb des sozialen und historischen Diskurses. Während dies die psychiatrischen Krankheiten im eigentlichen Sinne betrifft, wird gegenüber der sog. *Variation der Norm* eine Reduktion vollzogen, bei der die Symptome ohne Kontext zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Betroffenen isoliert werden. Damit wird auch diese Erkrankung außerhalb der lebensgeschichtlichen Entwicklung gestellt, ohne die menschliche Geschichte und eine *conditio humana* nicht denkbar sind. Es gibt keine Geschichte ohne Sprache, weder individuell noch kollektiv. Geschichte ist nur verständlich, wenn sie Empathie und Einfühlbarkeit beinhaltet. Eine grundsätzliche Kritik dieser Konzeption gab es zum einen, wie bereits erwähnt, durch Venzlaff, aber auch u. a. durch Dörner und Plog (1978).

Menschenbild und Versorgungslandschaft

Die Grundlagen dieses Krankheitsverständnisses und Menschenbildes haben sich hierzulande ohne explizite Erklärung in vielfältigen Angeboten der Versorgungsstrukturen und Versorgungsangeboten für psychisch Kranke niedergeschlagen. Dabei vermengen sich scheinbar logische, automatisierte Angebotsstrukturen, die aus vielfältigen Gründen heraus zu einer Zersplitterung der Versorgungsangebote und der Versorgungsabläufe führen. Die Spezialisierung ähnelt der in der somatischen Medizin vorfindbaren, was dem zuvor aufgezeigten historischen Menschenbild widerspricht, das auch den psychisch Kranken bzw. die psychisch Kranke – und zwar sowohl den psychotischen als auch den nicht-psychotischen Patienten und Patientinnen – eine historisch, gesellschaftlich und psychosozial eingebettete Entstehung und Therapie der Erkrankung zuschreibt. Ein grundsätzlich biopsychosoziales Menschenbild, das im Sinne salute-genetischer Betrachtungsweisen davon ausgeht, dass Krankheit nicht Folge eines Bruchs, sondern Folge eines zu weiten Auseinanderklaffens von Belastungen und Ressourcen in den Bereichen der somatischen, psychischen und sozialen Belastungen ist, hat sich hier also nicht durchgesetzt.

Vor der Psychiatrie-Enquête war die psychiatrische Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen ohne rehabilitative Zielsetzungen und sie war eher verwahrend (karzeral) ausgerichtet. Die Einführung einer psychosozialen Sichtweise und eines rehabilitativen Ziels in der Psychiatrie entstand aber nicht auf der Grundlage eines globalen interdisziplinären Verständnisses von Behandlung und Betreuung im Sinne eines salutogenetischen Krankheitskonzeptes. Es handelte sich

eher um das Nebeneinander von Detailkonzepten, in denen jedes spezialisierte Angebot eine Zielsetzung hatte und die Zielsetzung wichtiger war als die Kontinuität der personalen Bindung im Sinne einer Beziehungskontinuität in der Wiederherstellung historischer Kontinuität. Die Politik der kleinen Schritte sah vor, dass es Institutionen der Tagesbehandlung, der Nachbehandlung, ambulante Betreuungs- und Behandlungsangebote gab, in denen jeder Fortschritt, den ein Patient bzw. eine Patientin machte, mit dem Nachteil verbunden war, Bindungsqualitäten im Sinne sprachlich-kommunikativer Vertrauensprozesse aufgeben zu müssen. Modelle einer Beziehungskontinuität durch Wahrung therapeutischer Bindung, wie sie die Basis der Sektorisierung in Frankreich oder der italienischen Sozialpsychiatrie darstellten, wurden nicht aufgegriffen. Die deutsche Version einer Reform der psychiatrischen Versorgung sah eine technokratische Umsetzung kleiner Schritte vor, in deren Verlauf die Patienten und Patientinnen nicht durch die Orte unterschiedlich intensiver Betreuung begleitet, sondern von einem Ort zum anderen verpflanzt (›verlegt«, ›überwiesen«) wurden.

Die Probleme, die ein derartig abgestuftes Behandlungskonzept in der forensischen Psychiatrie hervorrufen kann, wurden von Rasch (1984) ausführlich in der Beschreibung der Versorgungsangebote des damaligen Westfälischen Landeskrankenhauses Eickelborn beschrieben. Hier wurde deutlich, dass die Strategien der Behandlung psychisch Kranker eher den Automatismen der somatischen Medizin ähnelten, als den Bedürfnissen einer Beziehungskontinuität. Wenngleich dies in Raschs Analysen nicht explizit herausgearbeitet wurde, könnte man in dieser Art Versorgungssystem durchaus einen gewichtenden Automatismus erkennen, der dann verständlich wird, wenn man die Erkrankung als Einbruch des *Unverständlichen*, *Nichteinfühlbaren* auffasst.

Auch gegen den Willen vieler Psychiater und Psychiaterinnen entwickelte sich im Bereich der Versorgung chronisch psychisch Kranker im Unterschied zur Versorgung somatisch Kranker ein System, das mit der Weigerung der Krankenkassen zur Übernahme bestimmter Kosten in Zusammenhang stand. Im Unterschied zu chronischen somatischen Erkrankungen sahen die Krankenkassen ihre Aufgabe nicht darin, auch chronisch psychisch Kranke – wie verfassungsgemäß gefordert – bei Bedarf genauso langfristig stationär behandeln zu lassen wie somatisch Kranke. So entwickelte sich ein System, in dem diese Kosten zunächst progressiv zulasten der Sozialhilfe, später dann in den Bereich der Pflegeversicherungen verlagert wurden. Hier wird implizit eine Forderung erfüllt, die bereits Mitte der dreißiger Jahre vorsah, dass die Versorgung psychisch Kranker nur die Hälfte der Versorgung somatisch Kranker kosten durfte.

Die Spaltungsprozesse in den Versorgungsangeboten betreffen aber nicht nur den

Verlauf der Behandlung des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin mit den oben beschriebenen Wechseln durch die Behandlungsinstitutionen. Sie betreffen alle Patienten und Patientinnen, weil je nach Erkrankung unterschiedliche Kostenträger und somit unterschiedliche Leistungsanbieter zur Verfügung stehen. Hier ist exemplarisch die Spaltung zwischen den Krankheiten zu benennen, deren Behandlung durch die Krankenkassen bezahlt wird, und den Krankheiten, für deren Behandlungsmaßnahmen die Rentenversicherungen zuständig sind. Implizit hat sich in der Praxis eine Spaltung vollzogen, die weitgehend dafür sorgt, dass die psychotisch Kranken – im Sinne des zuvor beschriebenen Rupturbegriffes – in den Institutionen der psychiatrischen sektorisierten Versorgung auf Kosten der Krankenkassen – bzw. der Sozialhilfe oder der Pflegeversicherung – versorgt werden. Die Patienten und Patientinnen, die weitgehend in den Bereich der sogenannten *Variation der Norm* fallen, insbesondere die Suchtkranken und die psychosomatisch Kranken, werden überwiegend in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation versorgt, für die die Rentenversicherungen zuständig sind. Hier wird deutlich, dass in den Versorgungsangeboten selbst, ohne dass dies explizit fachlich begründet wäre, latente Konzeptionen einer *Variation der Norm* weiter tonangebend sind. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden primär nicht nur zur Behandlung der Erkrankung, sondern zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gewährt. Ihre Genehmigung hat zur Grundlage, dass der Patient bzw. die Patientin krankheitseinsichtig ist und an der Behandlung mitwirken will, also auch behandlungsmotiviert ist, und dass der Erfolg seiner bzw. ihrer arbeitsrehabilitativen Wiedereingliederung wahrscheinlich ist. Gerade im Bereich der suchtkranken Patienten und Patientinnen macht dies die frühere moralische Wertung wieder überdeutlich. Sind sie krankheitseinsichtig und behandlungswillig, werden sie als Patienten und Patientinnen behandelt. Sind sie das nicht, haben sie einen moralischen ›Fehler‹, an dem sie selbst zunächst arbeiten müssen. Außerdem sind diese Rehabilitationseinrichtungen zentralisiert. Es gibt keine systematische und schon gar keine personelle kontinuierliche Wiedereingliederung und Nachsorge, d. h. die lebens- und beziehungsgeschichtliche Kontinuität ist im Versorgungsangebot von der Struktur her aufgehoben.

Schlusswort

Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, dass eine grundsätzliche Diskussion über ein psychosomatisches und salutogenetisches Krankheitsverständnis geführt wird, denn nur so wird es möglich, die Lücken und Spaltungen im Versorgungssystem anzusprechen und dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten und

Patientinnen, insbesondere die ›schwierigen‹, nicht in die Leerstellen zwischen den verschiedenen aufgespaltenen Versorgungsangeboten fallen. Dies betrifft insbesondere hoch spezialisierte psychotherapeutische Angebote in der psychosomatischen und suchtmedizinischen Rehabilitation. Ansonsten werden Patienten und Patientinnen in Irrwegen der Versorgungsangebote verlorengelassen. In den spezialisierten Rehabilitationskliniken steht das therapeutische Angebot an erster Stelle und nicht die räumliche Zuständigkeit für ein Versorgungsgebiet. So kann es tatsächlich geschehen, dass der Patient bzw. die Patientin nicht nur wegen des zentralen Angebotes seine soziale Einbindung nicht bearbeiten kann, sondern wie in einem Einzelfall geschehen, folgende Irreführung erfolgt: Ein depressiver Patient mit multiplen Problemen wird zunächst in eine Abteilung für psychosomatische Medizin verlegt. Beim Aufnahmegespräch ist er aus Sicht der Einrichtung für die therapeutischen Angebote zu wenig depressiv. Außerdem wird ein zusätzliches Suchtproblem diagnostiziert, weswegen eine Verlegung in eine darauf spezialisierte Klinik eingeleitet wird. Dort wird schnell deutlich, dass er hinsichtlich der Anforderungen der arbeitstherapeutischen Angebote zu passiv ist. Er wird allerdings nicht als depressiv erkannt, sondern lediglich als behandlungsunwillig beurteilt, sodass die Rehabilitationsbehandlung abgebrochen wird.

Spätestens hier wird deutlich, dass eine integrative und ganzheitliche psychiatrische Versorgung, die den psychisch Kranken bzw. die psychisch Kranke sozialpsychiatrisch in seiner Gemeinde abholt, bei einem solchen Ausmaß an Spezialisierung keinesfalls Versorgungsrealität werden kann. Außerdem werden bestimmte psychiatrische Störungsbilder nur bedingt als krankhaft gesehen. Sie sind, wie im Bereich der Suchterkrankung deutlich wird, weitgehend aus der psychiatrischen Versorgungslandschaft ausgeschlossen, denn gerade bei diesem Störungsbild übernehmen die Krankenkassen nur noch die Kosten für eine stationäre Entgiftungsbehandlung. Hier erscheinen die Spezialisierungen der deutschen Psychiatrie und Psychosomatik zutiefst von den in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts herrschenden Ideologien zum Krankheitsbegriff geprägt. Diese implizite Prägung ist nie aufgearbeitet worden. Kurt Schneider konnte auch nach dem Krieg die Gedankenwelt der deutschen Psychiatrie weiterhin prägen, ohne dass seine Arbeit als beratender Psychiater der Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg kritisch hinterfragt wurde. Rauch ist weiterhin mit seinem Paradigma der *Unverständlichkeit* prägend, ohne dass dieses Defizitmodell kritisch hinterfragt oder durch eine andere Definition des Wahns ersetzt würde.

Literatur

Clérambault, Gaëtan de (1942). Les délires passionnels, érotomanie, revendication, jalousie. In ders., *Œuvre psychiatrique. Band I* (pp. 337-346). Paris: P.U.F. Charrier, Patrick & Hirschelmann-Ambrosi, Astrid (2009). *Les états limites*. Paris: Colin.

Croq, Louis (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jakob. Dörner, Klaus & Plog, Ursula (1978). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Wunstorf: Psychiatrie Verlag.

Duncker, Heinfried & Kulhanek, Franz (1987). *Syndromatik der Psychosen und Neurosen*. München: Schwarzeck.

Ey, Henri, Bernard, Paul & Brisset, Charles (1978). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Mason.

Gauchet, Marcel & Swain, Gladys (1997). *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*. Paris : Calmann-Lévy.

Gonon, François (2011). La psychiatrie biologique: Une bulle spéculative? *Esprit*, 11, 54-73.

Hildebrandt, Dieter & Priol, Urban (1988) Scheibenwischer. Folge 44 vom 06.10.1988.

Jaspers, Karl (1910). Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: »Entwicklung einer Persönlichkeit« oder »Prozeß«. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1, 567-637.

Legendre, Pierre (1989). *Le crime du Caporal Lortie: Traité sur le père*. Paris: Fayard.

Lacan, Jacques (1932). De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Paris: Seuil.

Leonhardt, Martin (2002). Die Begutachtung von Holocaust-Überlebenden. Ein Exkurs zu den Sollbruchstellen in der Identität des forensischen Psychiaters. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 9 (3), 59-77.

Pignol, Pascal (2011). *Le travail psychique de victime. Essai de psychovictimologie*. Dissertation. Université Rennes 2. Online-Publikation : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/87/58/PDF/2011thesePignolP.pdf> (Stand: 16.01.2014).

Pignol Pascal (2014). Préhistoire de la psychotraumatologie. Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884), *L'Information Psychiatrique*, 90 (4), 415-425.

Rasch, Wilfried (1984). *Krank und/oder kriminell? Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe*. Münster: LWL.

Rauch, Hans-Joachim (1960). Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit bei nicht krankhaften Bewusstseinsstörungen. *Der medizinische Sachverständige*, 56, 202- 213.

Schneider, Kurt (1966). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.

Venzlaff, Ulrich (1958). *Die psychoreaktiven Störungen bei entschädigungspflichtigen Ereignissen*. Heidelberg: Springer

Brigitte Michels

„Jetzt ist meine Zeit.“ Oder „Mit 40 zur WM“

Counseling im Pferdesport

In der Kindheit waren Märchen meine Welt und der Prinz auf seinem zauberhaften Rappen war auf dem Weg zu mir. Dieses wunderschöne Pferd gab es dann tatsächlich, es stand im Stall im Betrieb meines neuen Vaters. Verbotenerweise schlich ich täglich dort hin. Und wir führten viele Gespräche zusammen, das Pferd und ich. Ich fühlte mich verstanden in seiner wunderbaren Welt.

Dann wurde ich erwischt, bekam ein striktes Verbot, zum Pferd zu gehen. Das war schlimmer als die dazugehörige Tracht Prügel. Der Stall wurde verschlossen. Seitdem kenne ich die Bedeutung des Wortes, einen Stiefvater zu haben. Pferde sind seitdem bedrohlich. Ich bekomme jedes Mal Angsttacken, wenn mir ein Pferd begegnet - Jahrzehnte lang.

Vor einigen Jahren ruft Florentine an und kommt zum Counseling. Ich kenne sie aus einer Weiterbildung zum Counselor, die sie nach ihrem Studium absolviert hat. Inzwischen hat sie drei Kinder und führt zusammen mit ihrem Mann einen Reiterhof. Auf diesem Weg habe ich sie in Abständen im Counseling begleitet.

Sie hat ihren Wunschberuf gefunden, mit großem Engagement kümmert sie sich um den Hof und die Pferde. Sie gibt professionellen Reitunterricht und hat wieder angefangen, selber zu reiten. Die sportliche Seite hatte sie zu Studienbeginn abgebrochen, obwohl sie damals erfolgreich war.

Jetzt Jahre später, will sie einen Neustart machen. Sie bittet mich, sie dabei zu unterstützen. Entgeistert schaue ich sie an. Ich soll zu einem Turnier mitfahren? Ich verstehe doch nichts vom Reiten und habe große Angst vor Pferden. „Du sollst mich stärken, ich brauche dich dazu“, sagt Florentine. Wir beginnen die gemeinsame Arbeit. Inzwischen hat sie mit Balder ein starkes Pferd gefunden, das sie selbst ausbildet. Balder, Lichtgott in der nordischen Mythologie, macht seinem Namen alle Ehre. Etwas Leuchtendes, Strahlendes geht von ihm aus. Sie hat Recht, ganz schnell und ohne Angst verläuft unser Kennenlernen und ich erlebe Beziehung zum Pferd aufs Neue. Die alte Vertrautheit, die das Kind hatte, ist wieder da. Es ist ein besonderes Pferd. Balder ist das sanfte Pferd, das zärtliche Berührungen liebt und Balder ist der stolze Lichtgott, der Hengst, der die Aufmerksamkeit auf dem Turnier genießt.

Florentine reitet sich schnell nach vorn und ich erkenne ihre Qualitäten als Reiterin, ich sehe den Glanz und die Schönheit des Reiterpaares. Beide strahlen das aus, wenn sie sich im Wettkampf zeigen. Ich erkenne ihre Stärken, aber auch die Fehler. Bald kann ich ihre Plat-

zierung im Verhältnis zu anderen Reitern im Wettkampf erkennen. Ich erkenne auch, dass sie als neue Reiterin noch sehr zurückhaltend bewertet wird.

Nach außen habe ich eine Rolle zwischen mütterlicher Freundin und Pferdepflegerin. Als Assessoires Gummistiefel, Schubkarre und Mistgabel. Dazu das breite Kreuz, um Störfaktoren abzuweisen. Immer wieder kommen im falschen Moment Kolleginnen mit interessierten Fragen zum Pferd oder mit lauten Störmanövern. Genau dann, wenn Florentine sich auf dem nächsten Wettkampf vorbereiten will und Ruhe braucht. Ist das Absicht? Mit Sicherheit. Den Schutzwall um sie herum zu errichten, ist eine meiner wichtigen Aufgaben. Nach vielen Monaten werden die Störungen weniger.

Immer wieder bekomme ich die Frage gestellt: Wie kannst du als Kunsttherapeutin eine Spitzensportlerin coachen? Es sind die gleichen methodischen Schritte, die wir bei vielen Counseling Aufträgen nutzen. Es geht darum, den Auftrag klar zu formulieren. Florentine will bald vorne mit reiten in der ersten Leistungsklasse, dazu gehört perfektes, fehlerfreies Reiten UND Glanz und Ausstrahlung. Dabei unterstütze ich sie, schütze sie, begleite sie auf den Turnieren.

Dieses Ziel markieren wir immer wieder ganz bewusst als Vertragsdreieck auf dem Papier, als Bild. So prägt es sich ein. Immer wieder stärke ich das ICH der Klientin, wenn sie zweifelt. Und Angst und Zweifel stehen immer wieder im Raum. Einmal, als der Zweifel zu stark wird, frage ich, ob sie abrechen will. Auch dabei bekäme sie meine Unterstützung. Wir überprüfen immer wieder ihre tiefe innere Überzeugung. Auf meine Frage: „Was willst du tief in deinem Inneren, was ist das Ziel?“ „Mit 40 zur WM!“ Sie ist selber überrascht über ihre Aussage, und seit dem Moment steht ihr Ziel im Raum. Sie will, das spüre ich. Sie malt oft das Zielbild, da will sie hin. Es ist ein Bild, in dem sie, Florentine, mit Balder in die Sonne reitet. Es geht um das sich zeigen als Reiterin, die als Team mit dem Pferd auf die Bahn geht. Und es geht darum, zu siegen gegen starke, erfahrene Konkurrenten, die oft schon viele Jahre mit dem gleichen Pferd zusammen vorne reiten.

Darf Florentine überhaupt erfolgreich sein? Anfangs ist das ein Problem. Alte Botschaften werden aufgespürt. Hier ist es immer wieder die alte Erfahrung: ‚Du bist doch nicht wichtig, dräng dich nicht vor.‘ Doch da sind auch Helfer im inneren Thema, wie der verstorbene Vater, der ihre Ziele immer gut geheißsen und unterstützt hat. Es ist ein wichtiger Schritt, die neue Erlaubnis zu finden, die die alten Botschaften tilgt. Ein wichtiger Schritt ist der Satz: „wir glänzen und siegen.“ Wir, das Pferd und Florentine.

Gerade für die mentale Vorbereitung in jedem einzelnen Wettkampf eignen sich die kunsttherapeutischen Methoden sehr gut. Mit meinem mobilen Atelier können wir im Quartier das Zielbild ergänzen oder neu gestalten. Florentine probiert die jeweilige Turnieranlage mit ih-

ren Besonderheiten und kann sie danach gestalten. Florentine probt dann mental in der Imagination und aktiv im gestalteten, dreidimensionalen Raum auf dem Papier jeden einzelnen Schritt. Wir trainieren die einzelnen Aufgabenteile angepasst an die jeweilige Situation, bis ihre Schrittfolgen für diesen Platz mit ihrem Körpergefühl eine Einheit bilden. Das Einreiten, der Gruß, Tempoverstärken und zurücknehmen vom Tempo, die einzelnen Übungsschritte, zum Ende kommen, grüßen, ausreiten. Diese Übungen geben Sicherheit, in der Imagination werden die räumlichen Gegebenheiten sicher erfasst. Florentine kann sie so in ihrem Körpergedächtnis speichern.

Es geht voran, bald reitet sie in der oberen Leistungsklasse mit. Das ist ein wichtiger Schritt. Im zurückliegenden Jahr reitet sie in der Deutschen Meisterschaft mit gutem Erfolg. Da gibt es viel Anerkennung, gerade von den besten und erfolgreichsten Reitern. Die sehen es genauso wie ich es sehen kann, Florentine kann in Kürze mit diesem starken Pferd mithalten, es ist nur eine Frage der Zeit. Sie hat es weit gebracht bis heute und der Bundestrainer hat bei ihren letzten Turnieren auch bei ihrem Ritt zugeschaut. Der Blick auf die Rangliste zeigt: der nächste freie Platz im Bundeskader wäre ihrer gewesen. Doch dieses Reiterjahr ist zu Ende.

Ich bin stolz auf sie. Sie ist eine bemerkenswerte junge Frau mit einem großen Ziel vor Augen. Es gab Tiefen in ihrem Leben, sie hat sich daraus frei gemacht. Heute schauen wir gemeinsam auf 2015. Die neue Saison steht vor der Tür. Ich spüre es ganz stark in meinem Herzen. Florentine wird den nächsten Schritt machen, in den Kader aufgenommen werden und sie wird sich zeigen – ganz vorne im Licht. Ich freue mich darauf, sie auf diesem Weg zu begleiten.



oder



Florentine und Balder reiten in die Sonne

Erstveröffentlichung:

Counseling Journal März 2015

يعاني الأطفال السوريون اللاجئين من آثار الحرب وقسوة الحياة، ما قد يعرضهم لاضطرابات نفسية تتفاقم مع مرور الوقت، إذا لم تعالج. الفنان التشكيلي حسن حسين ديفيجي يساعد هؤلاء اللاجئين الصغار من خلال

Die Journalistin Imane Mellouk beschreibt für die arabische Seite der Deutschen Welle die Arbeit des Künstlers Hassan Hussein Davigi. Er ist Kurde und kam vor 20 Jahren als Flüchtling aus der Türkei nach Deutschland. Davigi lebt heute in Köln, wo er für das DRK für Flüchtlingskinder kreative Projekte anbietet. In dem Artikel werden einige Kinder vorgestellt.

Mellouk zitiert die Kunsttherapeutin Brigitte Michels, die erklärt, dass Malen speziell bei schweren traumatischem Erleben wirkt, da das Unbewusste die Bilder von Terror und Flucht gespeichert hat. So können Dinge aufs Blatt fließen, für die es noch keine Worte gibt (oder geben darf). Auch positive Kräfte kommen in den Bildern durch, Resilienz wird gefördert. So kann das Malen ohne Sprache eine heilende Wirkung erzeugen. Es ist eine Möglichkeit, die inneren Bilder nach außen zu bringen.

Für Kinder gilt hier: speziell im spielerischen Tun löst sich manche Angst, der Kontakt läuft übers Tun, Sprache funktioniert über Bild und Gestik. Auch ein kurzer Prozess, wenige Termine helfen.

Link zur DW-Seite: <http://dw.com/p/1GKb9>

Brigitte Michels

Besuch bei Unart e.V.



Foto: Brigitte Michels

Auf Einladung von Doris Halfmann, der Geschäftsführerin von Unart e.V. in Essen, haben Brigitte Michels und Christiane Gomolla-Bill die Räume von Unart besucht.

Unart bietet Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen die Möglichkeit in ihrem Atelier mit Künstlern zu arbeiten. Es gibt eine große Auswahl von Material, wie großformatige Papiere, Farben, Ton, Gips, Holz, Sperrmüll, Stoffe, Schminkkästen und vieles mehr...

Wir konnten den Ausklang einer gemeinsamen Arbeit miterleben und waren beeindruckt.

Eine Gruppe Schulverweigerer entdeckt ihre Kreativität neu und plötzlich gibt es wieder Energie – sichtbar und spürbar.

Weitere Infos unter www.kunstprojekt-unart.de/

Christiane Gomolla-Bill

Unsere Ausbildungsinstitute stellen sich vor:

Akademie der Bildenden Künste München

Aufbaustudiengang Bildnerisches Gestalten und Therapie

Kunsttherapeutische Zusatzqualifikation für KünstlerInnen und KunstpädagogInnen

Leitung: Prof. Senta Connert

Künstlerische Mitarbeiterin: Katja Bonnländer

Der postgraduale Aufbaustudiengang Bildnerisches Gestalten und Therapie an der Akademie der Bildenden Künste München bietet bildenden Künstlerinnen und Künstlern ein zweijähriges praxisorientiertes, fächerübergreifend erweiterndes Studium, das aufbauend auf der künstlerischen Erfahrung, ein neues spannendes Berufsfeld in klinischen, rehabilitativen, präventiven und sozialen Arbeitsfeldern erschließt.

Der Mensch und das Künstlerische in der Therapie stehen im Mittelpunkt. Deshalb sind die Kontinuität der autonomen künstlerischen Arbeit und ihre Fragestellungen das Fundament für den therapeutischen Einsatz ästhetisch-produktiver Prozesse. Ästhetische Konzepte werden im Hinblick auf ihre therapeutische Relevanz befragt. Der Aufbaustudiengang an einer Akademie fordert heraus, Gegensätze und Zusammenhänge zwischen Kunst und Kunsttherapie auszuloten. Der Ort ist geeignet, den Laborcharakter künstlerisch-therapeutischen Handelns zu nutzen und sichtbar zu machen. Aktuelle therapeutische Konzepte, theoretische und wissenschaftliche Anforderungen des Berufsbildes des Künstlerischen Therapeuten werden hierbei einbezogen und so das berufliche Profil mitentwickelt. Ein Spezifikum ist das Einbeziehen der Vielfalt künstlerischer Medien wie plastisches Arbeiten, Fotografie und Film in die künstlerisch-therapeutischen Handlungsfelder.

Wir bieten ein interdisziplinär ausgerichtetes Curriculum, beispielsweise zu Erkenntnissen aus der allgemeinen Psychologie, Entwicklungspsychologie, Psychopathologie und Psychosomatik, Traumaforschung, Psychoonkologie und Palliativmedizin. Studienbegleitende Praktika, Blockpraktika in den Semesterferien, sowie das Projektpraktikum im dritten Semester bilden einen besonderen Schwerpunkt neben Lernerfahrungen in künstlerisch-therapeutischen Methodenseminaren. Diese von Beginn des Studiums an fachlich betreuten Praktika finden in unterschiedlichen klinisch-therapeutischen und sozialen Berufsfeldern statt: Psychiatrie, Rehabilitation und Psychosomatik, Onkologie, Neurologie, Hospiz und Palliativstation, Kinder- und Jugendlichenarbeit, Heilpädagogik und Altenarbeit, Strafvollzug, Flüchtlingsprojekte, Aidshilfe.

Selbstreflexive Erprobung künstlerisch-therapeutischer Methoden, sowie klassische psychotherapeutische Lehrinstrumente wie die Supervision stoßen eine intensive Auseinandersetzung mit den neuen professionellen Möglichkeiten und Herausforderungen an. Die Wahrnehmung der Bedürfnisse und Lebensverhältnisse der zu begleitenden Menschen wird geschult, die Fähigkeit Impulse, Beweggründe und Entwicklungen auf bildlicher wie mentaler Ebene zu beobachten und zu hinterfragen, wird erweitert. Die Bereitschaft Konfliktstoffe in ihrer schöpferisch gestaltenden Qualität zu erkennen und therapeutisch zu nutzen wird entwickelt, gesellschaftspolitische Fragestellungen werden berührt.

Die Regelstudienzeit des postgradualen Vollzeitstudiums Bildnerisches Gestalten und Therapie beträgt 4 Semester. Es wird eine kunsttherapeutische Berufsqualifikation erworben, die zur professionellen Tätigkeit als Kunsttherapeut/ Kunsttherapeutin in den oben genannten Arbeitsfeldern befähigt. Der erfolgreiche Abschluss des Studiums wird durch ein Zertifikat der staatlichen Kunsthochschule München - AdBK bescheinigt. Der Abschluss ist anerkannt vom Deutschen Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie (DFKGT).

Zugelassen sind: KünstlerInnen und KunstpädagogInnen mit Kunsthochschulabschluss. Ausnahmen siehe „Besondere Studienregelung für das Aufbaustudium Bildnerisches Gestalten und Therapie“. <http://www.adbk.de/de/lehrangebot.html?id=209:aufbau-prof-senta-connert&catid=43:aufbaustudiengaenge>

Kontakt:

Aufbaustudium Bildnerisches Gestalten und Therapie

Akademiestraße 2 – 4, 80799 München

Sekretariat: Ruth Effer, Raum A.U1_U4

Telefon: +49/ 89/ 3852 - 207

kunsttherapie@adbk.mhn.de

www.adbk.de / Studium/ Bildnerisches Gestalten und Therapie



Die Apakt, Arbeitsgemeinschaft für psychoanalytische Kunsttherapie, wurde vor 31 Jahren in München gegründet; 1987 beginnt die erste Ausbildungsgruppe in Hamburg.

Seit ihrer Gründung ist die APAKT-Hamburg der psychoanalytischen, tiefenpsychologischen Tradition und der Kunst verpflichtet.

Unser kunsttherapeutisches Selbstverständnis geht von der unbewussten Dynamik der innerpsychischen Kräfte, der Existenz von Konflikten im Seelenleben, dem Wirken des Übertragungsgeschehens in der Beziehung und den Vorgängen von Abwehr und Widerstand in der therapeutischen Arbeit aus.

Diese psychische Dynamik wirkt auch im künstlerischen Prozess und kann im entstandenen Werk sichtbar werden. In der gestalterischen Bearbeitung der eigenen Themen und in der Reflexion des Gestaltungsergebnisses, sowie des Gestaltungsprozesses kann ein individuelles Wachstum angestoßen und gefördert werden.

Unbewusste Vorgänge können wieder bewusst, Verdrängtes angeschaut und integriert werden. Die Stärke und Unabhängigkeit des Ich wird gefördert und das Gefühl für die persönliche Identität kann wachsen.

Es geht darum den Blickwinkel zu erweitern, Erstarrtes zu lösen, Verwicklungen zu erkunden, Schwerfassbarem, Ungebundenem eine Form zu geben und eigene Wege zu erproben. Dazu braucht es neben der Kunst die Sprache und die Beziehung.

Daraus resultiert auch die Lehr- und Lernmethode, in der die Selbsterfahrung als Grundlage der therapeutischen Kompetenz eine zentrale Rolle spielt. Erfassen, Verstehen und Akzeptanz im Eigenen ermöglicht ein tieferes Verstehen des Anderen. Die Lerninhalte werden nicht nur theoretisch vermittelt sondern erfahren.

Die Selbsterfahrung steht im ersten Ausbildungsteil im Mittelpunkt. Die Auseinandersetzung mit der Biografie und der eigenen psychischen Dynamik findet sowohl in der Gruppe, in der Einzellehrselbsterfahrung und im künstlerischen Gestalten statt.

Die Erfahrungen aus der Selbsterfahrung können im zweiten Ausbildungsabschnitt wesentlich zum tieferen Verstehen der Lehr- und Lerninhalte beitragen. In diesem klinischen Teil sind die therapeutische Haltung, der theoretische Rahmen und die kunsttherapeutischen Methoden Gegenstand der Ausbildung.

Vierjährige berufsbegleitende Ausbildung zur analytisch orientierten Kunsttherapie nach den Standards des DFKGT und der DGKT ••• zwei Jahre Selbsterfahrung in der Gruppe ••• Einzellehrselbsterfahrung ••• Kunstseminare ••• eigene künstlerische Projekte ••• zwei Jahre Methoden und Theorie ••• Praktika ••• Supervision zur Fallarbeit ••• Abschlusskolloquium zur Fallarbeit ••• Ausstellung der künstlerischen Abschlussarbeiten ••• Zertifizierter Kunsttherapeut der APAKT-Hamburg Eineinhalbjährige berufsbegleitende Weiterbildung Kreativitätstraining ••• acht Module kreative Methoden, Theorie und ästhetische Praxis ••• Kunstseminare ••• anschließend eigene Projektentwicklung mit Coaching und Supervision ••• Realisierung des Projektes ••• Ausstellung der individuellen KreativArbeiten ••• Zertifizierter Kreativitätstrainer der APAKT-Hamburg



Über unsere Akademie EAG

Gastlicher Raum – Innovation – Kreativität – Kompetenz

Wir, die Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit – als staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung des Landes NRW – sehen uns mit unserem Haus am Beversee vor allen Dingen als einen Ort, wo in einem gastlichen Rahmen die Entwicklung der Persönlichkeit – eines gesundheitsbewussten und gesundheitsaktiven Lebensstils – verbunden wird mit einer Förderung der persönlichen kreativen Potentiale, der professionellen Kompetenz/Performanz und der fachlichen Innovation. Wir stehen auf dem Boden einer intersubjektiven, humanitären Grundhaltung, die einer für Menschen engagierten Kulturarbeit und den modernen „Lebenswissenschaften“ verpflichtet ist – heute in einer „Dritten Welle“ innovativer Integrativer Therapie.

Die EAG – in der Trägerschaft des „Fritz Perls Instituts“ gGmbH [FPI, gegründet 1972] – ist die führende Ausbildungsstätte für Integrative Psychotherapie, Supervision und für Integrative kunst- und kreativitätstherapeutische Verfahren sowie Methoden der Naturtherapie in den deutschsprachigen Ländern. Sie vertritt einen schulenübergreifenden integrativen Ansatz. Die EAG/FPI wurde 1981 gegründet und 1982 staatlich anerkannt. Gründer und Leitfiguren sind Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Ilse Orth, Hildegund Heint (†).

Wir begründeten die „Integrative Therapie“ [1965] als Pioniere im „neuen Integrationsparadigma“ der Psychotherapie – eine „Integrative Humantherapie“ auf dem Boden eines „biopsychosozialen“ und ökologischen Modells menschlicher „Entwicklung in der Lebensspanne“. Wir lehren sie mit ständigen Innovationen inzwischen als „Dritte Welle“ Integrativer Psychotherapie, Soziotherapie und psychosozialer Praxis für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen.

Ab 1970 verbreiteten wir die „**neuen Kreativitätstherapien**“ und entwickelten viele Methoden in Therapie, Bildungsarbeit, Pädagogik, Kreativitätsförderung. Ab 1972 entstanden die „**neuen Körpertherapien**“, wir lehren seitdem Leib-, Bewegungs-, Atemtherapie.

Wir leisteten Pionierarbeit für die „**neuen Naturtherapien**“ [1972] u. a. im Bereich der Sucht- und Altenarbeit und lehren Garten-, Landschafts-, Wald- und tiergestützte Therapie.

Wir begründeten die „**Integrative Supervision**“ [1974] und entwickelten Ansätze der **Integrativ-systemischen Beratung, Integrativen Organisationsentwicklung, des Integrativen Coachings** und des Metaconsultings auf dem Hintergrund moderner Sozialwissenschaften.

Weitere Ziele in Entwicklung und Lehre sind:

1. Entwicklung und Verbreitung unserer kreativen Gesundheitsbildung und Förderung einer integrativen, politisch, sozial und ökologisch bewussten Gesundheitskultur
2. Entwicklung und Verbreitung kreativer Familienarbeit und Förderung einer zukunftsfähigen Familienkultur
3. Entwicklung und Förderung transversaler Kulturarbeit in Europa und international.

Im Hinblick auf die von der Akademie europaweit angebotenen Weiterbildungsveranstaltungen und Seminare der Gesundheitsförderung wurde sie als EUROPÄISCHE AKADEMIE eingerichtet, um auf europäischer Ebene persönlichen Kontakt zwischen Menschen, denen

Gesundheit, Therapie, Persönlichkeitsbildung, soziales Engagement und eine hohe Professionalität ein Anliegen ist, zu ermöglichen und fachlichen Austausch unter Angehörigen psycho-sozialer, therapeutischer, pädagogischer naturnaher und künstlerischer Berufe zu fördern.

Das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (FPI) gGmbH ist das klinische Institut der EAG. Neben Weiterbildung, Forschung und Lehre ist das Institut auf die theoretische und methodische Weiterentwicklung von schulenübergreifenden Verfahren therapeutischer und psychosozialer Intervention gerichtet und hat für die personen- und berufsbezogene Weiterbildung im deutschsprachigen Raum in Forschung und Lehre, in Institutionsberatung und Supervision wichtige Impulse gegeben. Mit Pierre Janet, J.L. Moreno und Sándor Ferenczi ist Fritz Perls einer der Pioniere, die moderne Entwicklungen in der Psychotherapie angeregt haben und auf die das Integrative Verfahren Bezug genommen hat und nimmt, aber auch Elsa Gindler, Lily Ehrenfried, Virginia Satir, Alexander Lurija, Lev Vygotskij sind zu nennen. Mit der modernen Forschung haben wir viele Konzepte und Praxen dieser Pioniere weiter verfeinert. Durch unsere eigenständigen Innovationen haben wir inzwischen in der „Dritten Welle“ der Integrativen Therapie [seit 2000] die Entwicklung weit voran getrieben.

*Bettina Ellerbrock, Dipl. Soz.-Pädagogin
-Geschäftsführung -*

Europäische Akademie EAG/FPI

Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen

Telefon 02192 / 858-416, Fax-22

email: ellerbrock@eag-fpi.de

www.eag-fpi.com

www.eag-gaestehaus.de

Amtsgericht Düsseldorf - HBR 504

Das Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung (HIGW) bietet seit 1985 Weiterbildungen in Gestalt, Kunst, Tanz- und Bewegung, Musik-, Drama- und Theatertherapie, Kinder/Jugendlichen und Familientherapie, Sucht-, Paartherapie und Supervision an. Alle längerfristigen psychotherapeutischen Ausbildungen erfolgen nach den jeweiligen Kriterien der Dachverbände. Somit entsprechen unsere Weiterbildungen den Standards für Umfang der Ausbildung, Schwerpunkte der Inhalte und Ausbildungsstand der Trainer deren Gütekriterien. Durch die Mitgliedschaft in den Verbänden kann nach Abschluss der Weiterbildung - durch Vorlage des Zertifikats bei den Dachverbänden - eine direkte Mitgliedschaft beantragt werden.

Die gestalttherapeutische Ausbildung am HIGW ist die einzige Ausbildung in Deutschland, die von den europäischen Dachverbänden EAGT und EAP zertifiziert ist. Die suchttherapeutische Ausbildung wird von den Rentenversicherungsträgern (VDR) empfohlen. Auf Hamburger Ebene ist das HIGW eine geprüfte Weiterbildungseinrichtung vom Weiterbildungsverein Hamburg e.V.

Die Weiterbildung am HIGW basiert auf Konzepten und Methoden der Gestalttherapie und ist phänomenologisch begründet. Der Gestaltansatz vermittelt eine philosophische Grundhaltung, die sich an einem kritisch-humanistischen und ganzheitlichen Bild des Menschen unter Einbeziehung seines sozialen und ökologischen Umfeldes orientiert. Der Gestaltansatz findet Anwendung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern ebenso in der Begleitung und Initiierung von persönlichen und strukturellen Veränderungsprozessen, wie z.B. in der Gestaltpädagogik, Gestaltberatung, Gestalttherapie, Supervision und im Coaching, in Entwicklung und Begleitung von Organisationsprozessen sowie in Institutionen und psychosozialen Arbeitsfeldern.

Neben der klassischen Gestalttherapie und den o.a. Weiterentwicklungen der Gestalttherapie von Fritz und Laura Perls sowie Paul Goodmann wurde am HIGW der gestalttherapeutische Ansatz von Zinker und Nevis vom Cleveland Institut, USA aufgegriffen, mit der Neuen

Phänomenologie (Hermann Schmitz) verknüpft und Elemente der Integrativen Therapie (Hilarion Petzold) einbezogen. Der Gestaltansatz am HIGW ist somit ein integrativer Ansatz.

Die Weiterbildung am HIGW beinhaltet

- Ausbildung in Theorie und Praxis des Gestaltansatzes mit unterschiedlichen Schwerpunkten
- Vorbereitung auf die HP-Prüfung für Psychotherapie
- Vorbereitung zur Existenzgründung
- mit der Möglichkeit einer Ausbildungspraxis im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in Hamburg

Je nach professioneller Orientierung können die TeilnehmerInnen unterschiedliche Abschlüsse erwerben. Jede Weiterbildungsstufe ist in sich abgeschlossen und wird entsprechend testiert oder zertifiziert. Die Weiterbildung kann stufenweise (mit Unterbrechung) erworben werden. Ein Quereinstieg ist möglich.

Kunsttherapie am HIGW

Die Weiterbildung vermittelt das Verfahren der gestaltorientierten Kunsttherapie und ihrer Methoden. Sie qualifiziert dazu, kunsttherapeutische Elemente in das eigene Arbeitsfeld zu integrieren oder aber als KunsttherapeutIn zu arbeiten. Die Dauer der laufenden Weiterbildung beträgt, je nach angestrebtem Abschluss, drei oder vier Jahre. Selbsterfahrung, Theorie und Praxis finden in jedem Jahr mit unterschiedlicher Gewichtung statt. Ein berufsqualifizierender Abschluss ist nach dem dritten Jahr möglich (Zertifikat: BeraterIn Kunsttherapie). Nach dem vierten Jahr kann der Abschluss in Kunsttherapie bzw. Kunstpsychotherapie erworben werden. Die Weiterbildung richtet sich nach den Qualitätsstandards der DGKT (Deutsche Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen). Des weiteren vermittelt der Fachbereich Kunsttherapie am HIGW seit 2015 Spezialkenntnisse durch Schwerpunktseminare im Rahmen von Kurzcurricula.

In der gestaltorientierten Kunsttherapie verbindet sich das Verfahren der Kunsttherapie mit dem therapeutischen Ansatz der Gestalttherapie und dem Menschenbild der Humanistischen Psychotherapie. Gestalttherapeutische und künstlerische Elemente werden so verknüpft, dass die Teilnehmenden sich in ihrer professionellen und kreativen Kompetenz als TherapeutIn und KünstlerIn entwickeln können. Die TN werden dazu qualifiziert, kunsttherapeutische Elemente in ihr Praxisfeld einzubringen. Sowohl der individuelle Prozess des Einzelnen als auch der Gruppenprozess werden in der Durchführung der Seminare berücksichtigt.

Zielgruppe der Weiterbildung

Die Weiterbildung in der Gestaltorientierten Kunsttherapie richtet sich an Personen, die mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern psychotherapeutisch, (heil)pädagogisch, beratend oder künstlerisch arbeiten wollen.

Aufnahmekriterien (ein Punkt sollte mindestens zutreffen)

- abgeschlossene Berufsausbildung in einem pädagogischen, psychosozialen oder pflegerischen Beruf
- abgeschlossene Ergotherapie-Ausbildung
- abgeschlossenes Studium an einer Fachhochschule oder Hochschule in den Humanwissenschaften (Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik, Soziologie, Theologie u.a.) oder Lehramt an Schulen
- künstlerischer Beruf oder künstlerische Tätigkeit
- abgeschlossenes Studium in Kunsttherapie, Kunst und anderen künstlerischen Studiengängen

Vor Beginn wird in einem Orientierungsseminar die persönliche und künstlerische Eignung reflektiert. Vorerfahrungen in der Selbsterfahrung sind erwünscht. Je ein Nachweis in künstlerischer und in psychosozialer Tätigkeit ist zu erbringen. Während der gesamten Weiterbildung treffen sich die Teilnehmenden regelmäßig in Peergruppen (Regionalgruppen). Dort vertiefen sie eigenständig die Seminarinhalte durch Vor – und Nachbereitung bestimmter Weiterbildungsinhalte in Selbsterfahrung, Theorie und Praxis. Gemeinsame künstlerische Aktivitäten wie eigenes Gestalten oder Ausstellungsbesuche sind erwünscht.



Ikusa – Institut für Kunsttherapie Sachsen

Das Ikusa-Institut ist ein Begegnungs- und Erfahrungsraum für kunsttherapeutische Praxis und hat die Vision, Kunsttherapie als Berufsfeld und therapeutische Disziplin verstärkt im Raum Mitteldeutschland zu etablieren. Zu den Aufgaben des Institutes zählen:

- Angebot einer berufsbegleitenden 4-jährigen Kunsttherapieausbildung (nächster Start: März 2017)
- Entwicklung und Realisierung von Weiterbildungsprogrammen mit Fokus auf kunsttherapeutische Methoden für Therapeuten, Psychologen, Lehrkräfte, Sozialpädagogen und Erzieher
- Initiierung, Durchführung und Begleitung kunsttherapeutischer Praxisprojekte
- wissenschaftliche Erforschung kunsttherapeutischer Praxis an der Schnittstelle Therapie und Schule

Die Angebote des Institutes leben von den langjährigen und vielfältigen Erfahrungen eines professionellen Dozententeams und sind geprägt von einer aufmerksamen und sensiblen Teilnehmerorientierung. Die Aus- und Weiterbildungsinhalte orientieren sich an den aktuellen und zukünftigen Anforderungen der beruflichen Praxis unserer Teilnehmer und integrieren die neuesten Erkenntnisse z.B. aus der Hirn- und Traumaforschung. Durch die gezielte Vernetzung mit anderen Einrichtungen können kunsttherapeutische Praxisprojekte und Forschungsvorhaben mit hoher Qualität entwickelt und durchgeführt werden. Als neu gegründetes Kunsttherapieinstitut vereint Ikusa die Flexibilität eines kleinen, individuellen Institutes mit der Professionalität einer etablierten Bildungseinrichtung. Innovativ, kompetent, unkonventionell und authentisch ergänzt Ikusa die kunsttherapeutische Landschaft in Mitteldeutschland mit einem hochwertigen Aus- und Weiterbildungskonzept.

Kontakt:

Peggy Kielhorn

Bornaer Chaussee 11A

04416 Markkleeberg

www.institut-ikusa.de

Mail: info@institut-ikusa.de

Büro Tel.: 034297-9051200



Institut für Ausbildung in bildender Kunst und Kunsttherapie (IBKK)

Das Institut für Ausbildung in bildender Kunst und Kunsttherapie (IBKK) existiert seit 1990 als Aus- und Weiterbildungsinstitut in künstlerisch-gestalterischen und therapeutischen Berufen und befindet sich im Kunstzentrum Bochum. Seiner Gründerin, der Direktorin Monika Wrobel-Schwarz, wurde im Mai 1998 für ihr Engagement im künstlerischen Bereich, insbesondere für die Errichtung des Institutes für Ausbildung in bildender Kunst und Kunsttherapie und des Kunstzentrums, die Ehrenmedaille der Stadt Bochum verliehen.



Pause am IBKK-Teich

Das IBKK verfügt über 1000 Aus- und Weiterbildungsplätze in den Fachbereichen Malerei und Grafik, Airbrush-Design, Kunsttherapie, Kreativtherapie, Psychologischer Berater, Heilpraktiker – Psychotherapie, Bildhauerei, Illustration und Computergrafik, Foto-Design, Multimedia-Design, Web-Design, Computergrafik DTP, Digital Painting.

Insgesamt stehen 2.350 qm Atelier- und Ausstellungsflächen in drei Häusern wie auch 6.000 qm Grünfläche mit Teichanlage zur Freilandmalerei und Entspannung zur Verfügung.

Das IBKK besitzt längst überregionale Bedeutung. Die Studienteilnehmer kommen aus allen Bereichen Deutschlands und aus dem europäischen Ausland, um sich an unserem Lehrinstitut künstlerisch fortzubilden oder mit einem berufsqualifizierenden Abschluss ausbilden zu lassen.

Bei den Tagesschulangeboten in Vollzeitform sind bei entsprechenden Voraussetzungen zur Umschulung, Förderungen und Kostenübernahmen durch die Agentur für Arbeit und die AR-GE möglich.



Ausstellungseröffnung mit Studierenden der Kunst- und Kreativtherapie, Institutsleitung und Dozent im Kunst- und Galeriehaus

Auch der Berufsförderungsdienst der Bundeswehr, die Rentenversicherungsträger und die Berufsgenossenschaften finanzieren bei entsprechenden Gegebenheiten die Ausbildungen an unserem Ausbildungsinstitut.

Unsere Kunstschule ist bei der Bezirksregierung als Ergänzungsschule gemeldet und eingetragen. Das IBKK ist in bestimmten Ausbildungen der Tagesschule einer staatlichen Berufsfachschule förderungsmäßig gleichgesetzt und ist in diesen Ausbildungsgängen BAföG-berechtigt.

Unter dem Motto "Kunst und Beruf" bieten wir Ausbildungsmöglichkeiten in Form von Studiengängen an. Die Ausbildung kann als Tagesschule oder berufsbegleitend als Abend- oder Wochenendstudiengang besucht werden.

Unter der Führung und Anleitung von über fünfzig Professoren, Fachdozenten, Künstlern, Diplom-Designern und Kunsttherapeuten bieten wir ein umfangreiches Ausbildungsprogramm an, in dem die Studienteilnehmer gründliche und qualifizierte Fachkenntnisse erwerben können. Alle Ausbildungen sind theorie- und praxisbezogen konzipiert.

Unser Ausbildungsprogramm in den Studiengängen bietet eine umfassende Rundum-Ausbildung an, d.h. neben den künstlerischen und grafischen Fächern wird auch Unterricht in den wissenschaftlichen Fächern wie Kunstgeschichte, Farbpsychologie, Marketing, Öffentlichkeitsarbeit, Kunstrecht und Rhetorik erteilt, damit sich die Studienabsolventen dann in ihrem Berufsfeld und in der Öffentlichkeit unter Einbeziehung kommunikativer Fähigkeiten gut repräsentieren können.



Studierende beim plastischen Gestalten

Der Persönlichkeitsbildung kommt in unseren Ausbildungen ein hoher Stellenwert zu. Schon im Studium lernen die Teilnehmer sich in der Öffentlichkeit vorzustellen und können sich mit ausgezeichneten Arbeiten an Ausstellungen, Messen und Kunstaktionen im In- und Ausland beteiligen. Studienfahrten werden regelmäßig angeboten.

Weiterhin besteht zur Fortbildung von Fachleuten die Möglichkeit an Fachfortbildungen spezieller Fachbereiche teilzunehmen. Die Studierenden können außerdem ihre Werke in unserer Internetgalerie präsentieren.

Das IBKK verfügt unter anderem über modernste technische Einrichtungen wie z.B. Fotostudio, Computergrafikanlagen, Digitalkameras, Großformatkameras usw. Der Unterricht findet in hellen freundlichen Ateliers und Seminarräumen statt. Der Aufenthalt in den Pausenräumen, dem Galerie-Café wie an der Teichanlage kann der Entspannung dienen.



Malunterricht: Farben und Formen erfassen

Neben den Studiengängen bietet das IBKK Atelierarbeitskreise für Anfänger zur beruflichen Orientierung, zur Erstellung von Bewerbungsmappen für akademische Aufnahmeprüfungen und zur Fortbildung von Fachleuten an. In den Atelierarbeitskreisen finden auch Fortgeschrittene ihrem künstlerischen Leistungsstand entsprechende fachkundige Anleitungen.

IBKK – Kunstzentrum

Lohrheidestr. 57, 44866 Bochum

www.ibkk-kunstzentrum.de



Institut für Humanistische Psychologie e.V.

Schubbendenweg 4

52249 Eschweiler

www.ihp.de

- ■Das **Institut für Humanistische Psychologie** ist in Deutschland als Träger der Erwachsenenbildung vom Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen anerkannt. Es ist beim Amtsgericht Aachen als Verein eingetragen und vom Finanzamt Aachen als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt.
- Das **Institut für Humanistische Psychologie** bietet umfassenden Service in verschiedenen Feldern persönlicher, beruflicher und politischer Weiterbildung an. Zentralbüro, Tagungsstätten sowie das Aus- und Weiterbildungsprogramm sind Hauptelemente der Weiterbildungseinrichtung.
- Die **John Brinley Akademie** ist eine nach dem nordrhein-westfälischen Weiterbildungsgesetz staatlich anerkannte Weiterbildungseinrichtung des *Institut für Humanistische Psychologie* in Eschweiler. Die Akademie ist eine konfessionell und parteipolitisch unabhängige Einrichtung der Erwachsenenbildung.

- **Aus- und Weiterbildungsangebote** werden auf unterschiedlichen Ebenen umgesetzt:
 - ▶ in den eigenen Tagungshäusern
 - ▶ durch Inhouse Fort- und Weiterbildung
 - ▶ in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
 - ▶ im Auftrag von Institutionen und Verbänden

- Alle Aus- und Weiterbildungsangebote des IHP orientieren sich verbindlich an den jeweiligen Standards der folgenden Verbände:
 - **DGfB** - Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. *German Association for Counseling*
 - **BVPPT** - Berufsverband für Beratung, Pädagogik & Psychotherapie
Professional Association for Counseling, Education & Psychotherapy
 - **DFKGT** - Deutscher Fachverband für Kunst- & Gestaltungstherapie
 - **DGKT** - Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen und Therapie mit kreativen Medien
 - **DGSv** - Deutsche Gesellschaft für Supervision

Das **Institut für Humanistische Psychologie** blickt auf eine mehr als 30-jährige Entwicklungsgeschichte zurück. Nach wie vor sind unsere Weiterbildungsangebote grundsätzlich offen für alle, die bereit sind, sich auf die jeweiligen Lernprozesse einzulassen und die dazugehörigen theoretischen Grundlagen zu erarbeiten.

- 1972 von Klaus Lumma gegründet, konstituierte sich das IHP im Jahr 1978 als rechtlich selbstständiger Träger der Erwachsenenbildung. Es konsolidierte sich inhaltlich- wissenschaftlich, organisatorisch und rechtlich durch den Betrieb der **John-Brinley-Akademie**.

COUNSELING:

„... lenkt die Aufmerksamkeit auf die gesunden und kräftigen Teile der Persönlichkeit, unterstützt auf dieser Grundlage entwicklungsfördernde Beziehungen, erreichbare Lebensziele und die Verwirklichung des Lebensganzen in einem konstruktiven Zusammenspiel der Menschen untereinander. Ziel eines Lernprozesses im Sinne der Humanistischen Psychologie ist, den Menschen zur Konstruktion bzw. Rekonstruktion gesundheitsbezogenen, ressour-

cen- und lösungsorientierten Handelns im Alltag anzuregen und zu qualifizieren.“

(Klaus LUMMA)

Counselor in vier möglichen Fachrichtungen

Berufsbegleitende Aus- / Weiterbildung

Zeitlicher Rahmen 3 bis 4 1/2 Jahre (je nach angestrebtem Abschluss)

- **GESTALT & ORIENTIERUNGSANALYSE**
für Counselor, die gerne erlebnisorientiert und zugleich strukturiert arbeiten möchten
- **KUNST- & GESTALTUNGSTHERAPIE**
für Counselor, die tiefenpsychologisch & systemisch mit künstlerischen Medien arbeiten möchten
- **SYSTEMISCHE THERAPIE & BERATUNG**
für Counselor, die mit dem Handwerkszeug der FamilienTherapie im Kontext kleiner und großer Systeme arbeiten möchten
- **SUPERVISION & COACHING**
für Counselor, die mit Instrumenten der Team- & OrganisationsEntwicklung arbeiten möchten

Im Kontext berufspolitischer Entwicklungen bietet das IHP bereits seit dem Jahr 2000 den erweiternden Rahmen des **Counseling** an. Durch die Kooperation des IHP mit den entsprechenden Berufs- und Dachverbänden erwerben Sie über den Methoden-Abschluss hinaus die Qualifizierung zum **Counselor**.

Sie entscheiden sich zu Beginn oder auch im Laufe des ersten Aus - / Weiterbildungsjahres für eine auf Ihre Person hin geeignete, den Anforderungen Ihres Anwendungsfeldes und Ihren Interessen und Neigungen entsprechende **Fachrichtung / Methoden-Ausrichtung**. (Einzelheiten über das Menü links)

Allen Fachrichtungen liegen folgende Prinzipien zugrunde. Sie sind:

methodenorientiert ■ interdisziplinär ■ persönlichkeits- und berufsbezogen
anwendungsfeldorientiert ■ praxisnah ■ wertorientiert ■ wissenschaftlich fundiert

Berufsbegleitende Aus- / Weiterbildung zum

Counselor

Fachrichtung Kunst- und Gestaltungstherapie

für Counselor, die tiefenpsychologisch & systemisch mit künstlerischen Medien arbeiten möchten

zeitlicher Rahmen der Aus- / Weiterbildung:

3 bis 4 1/2 Jahre

(je nach angestrebtem Abschluss)

"Kunst- und Gestaltungstherapie ist eine Möglichkeit, spontane schöpferische Energien zu beleben und die eigene Seelenmitte - das Selbst - zu finden" (Elisabeth Thomalin)

Haupt-Thesen dieser Fachrichtung:

- Arbeit mit Archetypen & Symbolen
- Dialogisch bildnerisch
- Bildfolgen Arbeit
- Mehrschichtig vorgehen
- Resonanz orientiert
- Ergänzungs-Bilder durch andere
- Reihenfolge beachten
- Malen & Dreidimensionales Gestalten

Kontakt

- So erreichen Sie uns

Telefonisch	0049 (0) 2403 4726
Schicken Sie uns ein Fax	0049 (0) 2403 20447
Schreiben Sie uns eine eMail	office@ihp.de
Schreiben Sie an	IHP Schubbendenweg 4 D 52249 Eschweiler



INSTITUT FÜR KUNST UND THERAPIE • MÜNCHEN
LEITUNG POF. DR. GERTRAUD SCHOTTENLOHER

Weiterbildung / Kontaktstudium in Kunst- und Gestaltungstherapie

in Kooperation mit der Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen



Das Institut für Kunst und Therapie München (IKT) führt in Kooperation mit der **Staatlich anerkannten Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen** unter Leitung von Dr. Gertraud Schottenloher eine vierjährige **berufsbegleitende** Weiterbildung (modularisiertes Kontaktstudium) in Kunst- und Gestaltungstherapie durch. Es vermittelt eine integrative **Kunsttherapie** in Theorie und Praxis auf dem Hintergrund psychoanalytischer Theorien in Verbindung mit Kunst- und Kreativitätstheorien sowie Einführung in und Anregung zu eigener künstlerischer Gestaltung. Aspekte der humanistischen Psychologie, sowie der systemischen Therapie spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle. Die Lernprozesse sind erfahrungsorientiert und schließen eigene künstlerische Entwicklung und Selbsterfahrung ein. Die Vermittlung theoretischer Inhalte geschieht im Wechselspiel mit praktischer Anwendung unter Einbeziehung persönlicher Erkenntnisprozesse.

Konzeptioneller Hintergrund

Im Zuge der wirtschaftlichen Veränderungen im Gesundheitswesen nimmt die Kunsttherapie zunehmend eine wichtige Position ein, die für eine Erhaltung des humanitären Prinzips in der Therapie einsteht. Das IKT versteht Kunst- und Gestaltungstherapie als eine Behandlungsform, die den ganzen Menschen erfasst, als physisches, psychisches und geistiges Wesen.

Der Gestaltungsprozess umfasst Ausdruck, Be- und Verarbeitung psychischer Inhalte. Gleichzeitig ist er ein Erkenntnisprozess und eine Chance, Neues zu erkunden und zu erproben. Durch seine Handlungsorientierung, die zugleich Unbewusstes zulässt und Hingabe verlangt, fordert er den Gestaltenden heraus, Dimensionen in sich zu entdecken, die er vielleicht längst vergessen hat und die ihm einen neuen Zugang zu sich und seinen Möglichkeiten eröffnen. Dazu gehören: Phantasie, Eigenverantwortung, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Kompetenz mit Unbekanntem (d.h. auch Krisen) umzugehen, Distanz zu den eigenen Problemen, Änderung des Blickwinkels, größere Freiheit im Umgang mit Ideen, Grenzen und Erfahrungen, Mut, Neues zu wagen. Entsprechend fordert auch eine Ausbildung zum Kunst- und Gestaltungstherapeuten die Entdeckung seines Selbst als seelisch-geistiges Wesen heraus. Sie konfrontiert mit dem Abenteuer, sich auf Unbekanntes einzulassen und in der Begegnung mit anderen Menschen daran zu wachsen.

Im Mittelpunkt der Weiterbildung steht neben der Eigenverantwortlichkeit die Entwicklung einer persönlichen, bildnerischen und beruflichen Kompetenz des Einzelnen in Auseinandersetzung mit einer Vielfalt von Anregungen, Anstößen und Training.

In der Kunsttherapie stehen die gesunden Ich-Anteile der Klienten und Patienten im Vordergrund. Der Therapeut unterstützt diese im aktiv-bildnerischen Prozess. Nicht der Mangel, nicht die Krankheit steht im Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit, sondern die kreativen Fähigkeiten, die es dem Menschen ermöglichen, eigenverantwortlich und autonom seine Ideen darzustellen. So findet der Gestaltende einen neuen Zugang zu sich selbst und seinen Möglichkeiten. Er findet neue Verarbeitungs- und Ausdrucksformen, die ihn nicht stigmatisieren, sondern seine Problematik oder Krise in ihrem schöpferischen Potenzial sichtbar werden lassen. Gleichzeitig tritt er durch die bildnerische Arbeit aus seiner Isolierung heraus. Er kommt in Kontakt mit Betrachtern und auch mit seiner eigenen Geschichte, die ebenso Teil der Bilder ist wie die Gegenwart. Das Selbstvertrauen wächst. Unsagbares kann ausgedrückt werden und damit seine krankmachende Wirkung verlieren. Was in der bildnerischen Arbeit an Ausdauer, Einfühlung, Vertrauen, Einsicht, Gefühl für Kompetenz, Neugierde, Unternehmungsgeist etc. entwickelt wird, lässt sich in das Alltagsleben übertragen.

Qualität der Lehre

Das IKT garantiert eine fundierte, qualitativ hochstehende psychotherapeutisch orientierte kunsttherapeutische Weiterbildung in Form eines modularisierten Kontaktstudiums. Die Dozenten sind professionell sehr erfahrene, hochqualifizierte Therapeuten mit fundiertem Wissen und langjähriger Erfahrung in Theorie und Praxis.

Die Weiterbildung hat neben der Vermittlung von solidem und umfassendem Wissen die Entwicklung der Persönlichkeit zum Ziel. Sie folgt einem Modell der Verbindung von Theorie und Praxis, die Vermittlung des Lernstoffes ist, soweit möglich, erfahrungsorientiert, der theoretische Lernstoff auf die Praxis bezogen, die Praxis in die Theorie integriert. Vor allem im Erfassen der therapeutischen Qualität bildnerischen Gestaltens und in der Einübung von Methoden spielt die Selbsterfahrung eine wichtige Rolle.

Ebenso wird Wert auf die Weiterentwicklung der eigenen bildnerische Arbeit gelegt. Ziel ist, eine authentische eigene Ausdruckweise zu finden, bzw. diese weiter zu gestalten.

Dauer, Umfang und Abschluss der Weiterbildung

Die Weiterbildung ist in zwei zweijährige Weiterbildungsabschnitte untergliedert und umfasst zusätzlich zum Selbststudium 2.058 Kontaktstunden inkl. 100 Stunden Gruppensupervision, 30 Stunden Einzelsupervision (extern), 100 Stunden Lehrtherapie (extern), 720 Stunden supervidierte Arbeit mit Klienten/Patienten (Praktikum). Hinzu kommen 160 Stunden Training in therapeutischen Dyaden (interaktive Workload). Das modularisierte Kontaktstudium entspricht somit 180 ECT's und ist in Inhalt und Umfang einem Bachelor vergleichbar. Der Unterricht findet an Wochenenden statt. Die Weiterbildung wendet sich an Interessenten aus künstlerischen, therapeutischen und sozialen Berufen, sowie Lehrberufen.

Die DozentInnen sind ausgesuchte Persönlichkeiten von hoher Professionalität. Die Weiterbildung ist von der Deutschen Gesellschaft für künstlerische Therapieformen (DGKT), vom Deutschen Fachverband für Kunst und Gestaltungstherapie (DFKGT), sowie vom Schweizer Fachverband für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie (GPK) anerkannt und endet mit einem **Zertifikat der Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen**.

Fortbildungen

Neben der 4-jährigen Weiterbildung bietet das IKT über das Forum für Fortbildung Kunsttherapie (FoFoKu) auch kürzere zertifizierte kunsttherapeutische Intensiv-Fortbildungen an, wie die Seminarreihen „**Trauma und Strukturdefizit**“ zum kunsttherapeutischen Fachberater in Traumatherapie mit den SpezialistInnen Dr. R. Hochauf und Dr. N. Unfried (6 Module), **Coaching mit kunsttherapeutischen Mitteln**, mit der erfahrenen Trainerin Regina Lord (8-9 Module), sowie ein **Trainingsjahr in Kunsttherapie (Basiskurs, 6 Module)**. Dieses kann für sich stehen oder führt auf die vierjährige Weiterbildung hin und wird auf diese anerkannt.

Weitere Seminareinheiten sind der Intensivworkshop "Point-Zero-Painting-Prozess: Emotionale Blockaden lösen" mit Debbie Purdy, USA, „Begleitung von Burn-out Betroffenen mit kunsttherapeutischen Mitteln und sich selbst vor dem ‚Ausbrennen‘ schützen“ mit Ina M. Hussmann, und Kunsttherapie in der Gruppe mit Christian Horras. Das genaue Angebot kann jeweils auf der Homepage eingesehen werden oder Informationen im Sekretariat angefordert werden.

Institut für Kunst und Therapie München (IKT)

Germeringerstr. 6 A, 82131 Gauting

Leitung: Prof. Dr. Gertraud Schottenloher

Assistenz: Michaela Hussmann, Tel.: 089-7201 6236,

Sekretariat: Barbara Bernardi, Tel. 089-31 85 99 30, Fax: 089-7201 6258,

E-Mail; info@ikt-muenchen.de,

Internetpräsenz: www.ikt-muenchen.de

Kölner Schule für Kunsttherapie

In der „Philosophie des Hauses“, die auch in unserer Internetseite zu finden ist, wird das Konzept unserer Schule dezidiert beschrieben: so vor allem, dass es uns um die Vermittlung einer Haltung geht. Die „Philosophie des Hauses“ ist diesem Text beigelegt.

Ich habe die Leitung der Kölner Schule Anfang 2013 von Peter Rech übernommen. Als Teilnehmer der ersten Stunde habe ich die Anfänge der Kölner Schule miterlebt und dort meine erste therapeutische Ausbildung gemacht.

In den 90 er Jahren war ich ihr 10 Jahre als Lehrtherapeutin verbunden und habe in dieser Zeit den „strukturellen Ansatz“ mitentwickelt. Ein Ansatz, der sich einerseits aus der Etablierung und Nutzung des inneren Resonanzkörpers speist, andererseits Bilder und Gestaltungen aus einem strukturellen Blickwinkel betrachtet, der das WIE der Gestaltung und des Gestaltungsvorganges in den Vordergrund stellt. Diese Strukturelemente werden mit seelischen Strukturen in Verbindung gesetzt. Es geht dabei um Beschreibung und Übersetzung, nicht um Deutung.

Über spätere Ausbildungen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Körpertherapie nach G. Downing, der Hypnotherapie nach Gunter Schmidt, und in den letzten Jahren Anregungen durch Ansätze der Teile-Arbeit, vor allem des Modells von R. C. Schwartz, hat sich mein Repertoire erweitert.

Die neuen Ansätze fließen ein und gestalten die Kunsttherapie im Sinne eines kreativen Prozesses weiter. Wir sehen uns in der Tradition von Peter Rech, indem wir uns der psychodynamischen Betrachtung aus der Psychoanalyse und der Faktizität des Künstlerischen verpflichtet fühlen.

Als wesentlich erachten wir, dass unsere Teilnehmer eine therapeutische Haltung entwickeln, was mit einer intensiven Auseinandersetzung im Rahmen der Selbsterfahrung und der darin enthaltenen Arbeit an der eigenen Biographie einhergeht.

Es ist ein neues lebendiges Team entstanden, das aus jeweils sehr eigenständigen Lehrpersönlichkeiten besteht. Wir erleben den Austausch aus unserer Vielfältigkeit und unserer gemeinsamen Grundhaltung als große Bereicherung, ein Klangkörper, der zu einem befruchtenden Prozess beiträgt.

In diesem Team gibt es zwei Lehrpersönlichkeiten, die in „Kunsttherapie und Psychotrauma“ ausgebildet sind. Brigitte Biebrach-Schmitt hat ein Curriculum entwickelt, das zum „Fachtherapeut: Kunsttherapie und Psychotrauma“ ausbildet. Diese fachtherapeutische Spezialisierung richtet sich an Teilnehmer, die über eine Ausbildung an der Kölner Schule oder an einem von der DGKT oder dem Fachverband anerkannten Institut verfügen, und die sich in dieser Richtung weiter qualifizieren möchten.

Hiltrud Zierl

Philosophie des Hauses

Die Kölner Schule für Kunsttherapie stellt Kunst und therapeutische Haltung gleichermaßen in den Vordergrund. Dabei geht sie davon aus, dass beides mit inneren Reifungs- und Wachstumsprozessen einhergeht und die Bereitschaft zu einer kontinuierlichen Selbsterfahrung voraussetzt. Diese Selbsterfahrung stellt ein Kernstück der Ausbildung dar und bedeutet im ersten Teil der Ausbildung eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und seelischen Anteilen; im zweiten, klinischen Teil der Ausbildung den Erwerb einer therapeutischen Haltung.

Jede Weiterbildungsgruppe wird einem Lehrtherapeuten als Bezugsperson zugeordnet, um auf der Grundlage von Beziehungsarbeit einen Lernertrag zu erzielen. Hier zeigt sich eine Anlehnung an die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Kunsttherapie beinhaltet den Faktor des Gestaltens. Im Gestalten gewinnt Seelisches Raum und zwar in zweifacher Hinsicht. Einerseits fließt im kreativen Akt Seelisches ein und erfährt Ausdruck, oft erstmals und für den Gestaltenden selbst überraschend. Andererseits ist der Gestaltende dabei ein Schaffender, der sich entwirft, sich erfährt, eine Bildsprache entwickelt und als Betrachter im eigenen Bild begegnet.

Es geht weniger um inhaltliche Aspekte und symbolische Ausdeutungen als vielmehr um übergreifende Wirkmechanismen des Seelischen, die sich im Gestaltungsakt, in der Anmutung des Betrachters, wie auch im innerseelischen Kontext widerspiegeln. Für diese strukturellen Aspekte soll in der Ausbildung sensibilisiert werden. Selbsterfahrung im weiteren Sinn beinhaltet diese Sensibilisierung der (Selbst-)wahrnehmung. Wir nennen dies den „Strukturellen“ Ansatz der Kunsttherapie. Dies beinhaltet auch eine Auseinandersetzung mit seeli-

schen Wirkungen und Konzepten der Übertragung/ Gegenübertragung. Ebenso fließen hier neuere Forschungen aus der Arbeit mit inneren Anteilen ein, aus der Hypnotherapie wie auch aus IFS (Internal Family System / R.C.Schwartz), die von der Vielgestaltigkeit des Seelischen ausgehen.

Wir möchten in der Ausbildung mit Ihnen Räume öffnen, Fragen stellen und in Frage stellen, Neugierde wecken und Sicherheiten schaffen. Wir beziehen uns hier auf Winnicott, der mit dem Begriff des „Übergangsobjektes“ und des „Übergangsraumes“ einen kreativen Raum ausleuchtet, in dem Spiel und Neugestaltung möglich werden. Bilder sind Pforten zum Unbewußten, wie auch Übergangsobjekte und Spielräume (nach Winnicott). Es ergibt sich ein Sprechen, das ohne die Gestaltungen nicht zur Sprache gekommen wäre.

Es geht um den Erwerb einer Sprachbildung und Kommunikation, die sich aus der Determination durch innerseelische Verwicklungen löst, und für das Selbst spricht. Diese Sprachbildung entwickelt sich über die sämtlichen Komponenten der Ausbildung, der Selbsterfahrungs- und Beziehungsarbeit, der theoretischen und methodischen Anteile, der klinischen Erfahrung und der medialen Gestaltung.

In den künstlerischen Seminaren im Rahmen der Weiterbildung werden alle Kräfte des Bildnerischen genutzt, ebenso die an diese gekoppelte Sprachbildung: Machen und Beschreiben des Bildgeschehens im Doppelschritt. Das Bildnerische ermöglicht eine Stärke mit all seinen Qualitäten des Ausdrucks, der Klarheit, der Schönheit und der Anziehungskraft seiner Kontraste. Das Lehrverständnis unserer Schule drückt sich in diesem Ineinandergreifen aus, dass Lerninhalte erfahren und getan werden, um verinnerlicht zu werden. Selbsterfahrungs- und Beziehungsarbeit, der theoretischen und methodischen Anteile, der klinischen Erfahrung und der medialen Gestaltung.

In den künstlerischen Seminaren im Rahmen der Weiterbildung werden alle Kräfte des Bildnerischen genutzt, ebenso die an diese gekoppelte Sprachbildung: Machen und Beschreiben des Bildgeschehens im Doppelschritt. Das Bildnerische ermöglicht eine Stärke mit all seinen Qualitäten des Ausdrucks, der Klarheit, der Schönheit und der Anziehungskraft seiner Kontraste. Das Lehrverständnis unserer Schule drückt sich in diesem Ineinandergreifen aus, dass Lerninhalte erfahren und getan werden, um verinnerlicht zu werden.

Masterstudiengang Intermediale Kunsttherapie an der MSH Medical School Hamburg

Der Masterstudiengang „Intermediale Kunsttherapie“ gehört innerhalb der Fakultät Gesundheit der MSH Medical School Hamburg zum Studienangebot des Departments Kunst, Gesellschaft und Gesundheit. Er ergänzt neben dem Bachelorstudiengang „Expressive Arts in Social Transformation“, dem Masterstudiengang „Coaching & Systementwicklung“ das Studienangebot des Departments und ist eine konsekutive Studienmöglichkeit zur spezialisierenden Weiterentwicklung. Er wird berufs begleitend und ab Oktober 2016 auch als konsekutiver Vollzeitstudiengang angeboten.



Der Masterstudiengang „Intermediale Kunsttherapie“ ist staatlich und international anerkannt und bereitet auf verantwortliche Tätigkeiten im Gesundheitswesen oder in klinisch-therapeutischen, pädagogischen und soziokulturellen Berufsfeldern vor. Darüber hinaus berechtigt er zur Promotion.

Im Mittelpunkt des Studienganges stehen die eigene Persönlichkeitsentwicklung, die künstlerische Ausbildung und die Vermittlung wissenschaftlich-beruflicher Kompetenzen.

Schwerpunkte sind deshalb:

Künstlerische Verfahren in therapeutischen und pädagogischen Kontexten

Lösungs- und Ressourcenorientierte Konzepte in Therapie und

Gesundheitsförderung

Entwicklung von Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.

Ein besonderes Profilvermerkmal des Studiengangs ist die intermediale Ausrichtung. Daher spielt die Einbeziehung der verschiedenen künstlerischen Medien (Malerei, Tanz, Musik, Poesie) und deren intermediale Verknüpfungen eine besondere Rolle, um von ihren Wechselwirkungen zu profitieren. Das so erworbene kunsttherapeutische Handlungsrepertoire kann in verschiedenen sozialen Zusammenhängen eingesetzt werden.

Die Fähigkeit selbstständig Projekte zu entwickeln und durchzuführen ist ein weiterer Studienschwerpunkt. Daher qualifiziert der Studiengang nicht nur für klinische Tätigkeitsbereiche wie die Psychiatrie, die Psychosomatik, die Onkologie und die Pädiatrie, sondern auch für viele Felder der präventiven Gesundheitsförderung, für soziokulturelle Zusammenhänge (Migration, Senioren, Kinder- und Jugendliche) oder die Arbeit mit Menschen mit Handicaps.

Das Studium „Intermediale Kunsttherapie“ trägt zu einem Verständnis kreativer Prozesse bei, fördert die individuellen künstlerischen Fähigkeiten und die emotionale und soziale Entwicklung der Studierenden als eine wichtige Grundvoraussetzung therapeutischer, soziokultureller oder pädagogischer Praxis. Im Rahmen der Ausbildung wissenschaftlicher Kompetenzen wird ein umfassendes Verständnis psychologischer und diagnostischer Inhalte sowie ein fundiertes medizinisches Wissen entsprechender Krankheitsbilder erworben.

Die abschließende Masterthesis bietet den Studierenden schließlich die Möglichkeit, die erworbenen Kompetenzen zusammenzuführen und zielorientiert zu bündeln. Darüber hinaus leistet sie einen Beitrag zum öffentlich-wissenschaftlichen Diskurs im Bereich der künstlerischen Therapien.



Zusatzlehrprogramm und wissenschaftliche Weiterbildung „Sozial- und Heilpädagogische Kunsttherapie“ (SHKT)

Die sozial- und heilpädagogische Kunsttherapie ist ein eigenständiges Verfahren im sozial-rehabilitativen, gesundheitswissenschaftlichen und heilpädagogischen Bereich. Sie ermöglicht, innerpsychische oder psychomotorische Prozesse mit Hilfe bildnerischer Mittel zum Ausdruck zu bringen. Auf diese Weise können durch spezifische methodische Interventionen Erlebnis- und Kommunikationsformen neu geordnet und modifiziert werden. Mit Hilfe malerischer, plastischer oder grafischer Medien und Methoden werden nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten in geeigneter Weise zur Verfügung gestellt, so dass diese unterstützend und ergänzend zu anderen Maßnahmen positiv auf Veränderungsprozesse einwirken können. Darüber hinaus können durch die Aktivierung von sinnesorientierten Handlungsfeldern nachhaltig Ressourcen gestärkt werden. Dem entsprechend ist ihr Ansatz mehrperspektivisch und hinsichtlich der Mittel und Medien vielseitig.

Das Institut für angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Katholische Hochschule Freiburg bietet in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für künstlerische Therapieformen (DGKT e.V.) seit über 20 Jahren eine vierjährige kunsttherapeutische Weiterbildung mit dem Abschlusszertifikat „Kunsttherapeutin“ / „Kunsttherapeut“ an.

Die Weiterbildung gliedert sich in zwei Phasen. Die zweijährige Basisphase ist Voraussetzung für den Einstieg in die darauf folgende zweijährige Intensivphase. Studierende der Katholischen Hochschule Freiburg können die Basisphase im Rahmen des Zusatzlehrprogramms SHKT absolvieren (Teilnahmebescheinigung). Dabei ist das erste Modul in die Lehre der Hochschule integriert. Für Quereinsteigende wird parallel eine Basisqualifikation SHKT angeboten. Für diese und die anschließende Intensivphase der wissenschaftlichen Weiterbildung können sich externe quer einsteigende Interessierte anderer Hochschulen bewerben oder Interessierte, die in sozialen, gesundheitswissenschaftlichen, heilpädagogischen, pädagogischen oder künstlerischen Berufen tätig sind.

Für die Teilnahme an der wissenschaftlichen Weiterbildung sind keine berufsrelevanten Vorkenntnisse oder besondere und spezifische künstlerische Fähigkeiten er-

forderlich. Grundlegend für alle Interessierte ist die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Spektrum bildnerischer Materialien und Gestaltungsprozesse im Kontext von Selbst- und Gruppenerfahrung.

Kompetenzerwerb: Vertiefte Materialerfahrung des bildnerisch-plastischen Gestaltens (Malerei, Grafik, Ton, Holz, Collage usw.); Umgang mit dem ästhetischen Objekt; Grundlagenwissen bzgl. Diagnostik, Störungs- und Krankheitsbildern, Entwicklungspsychologie, Psychopathologie, Neurologie; kunsttherapeutische Methoden und ihre Indikation; Einüben der therapeutischen Rolle; Grundlagen therapeutischen Handwerks (Indikation, Intervention, therapeutische Beziehung und Haltung); Prozessbegleitung, -reflexion und -dokumentation; Professionelles Arbeiten in verschiedensten Bezugssystemen; Organisation von Werkstatt und Atelier.

Die Lehrinhalte der wissenschaftlichen Weiterbildung sollen die Absolvierenden dazu befähigen, die Kunsttherapie als Maßnahme im präventiven, akuten, rehabilitativen, stationären Gruppen- und Einzelsetting anwenden zu können. Für folgende Tätigkeitsfelder wird die Kunsttherapie aktuell angefragt: Klinische Arbeitsfelder (psychiatrische, psychosomatische und somatische Kliniken), sozialpädagogische, psychosoziale, pädagogische und heilpädagogische Arbeitsfelder, Kunstassistenten.

Die Weiterbildung umfasst 2400 Lehr- und Lerneinheiten. Die Teilnehmenden können sich nach den Standards der DGKT e.V. nach Abschluss der Weiterbildung graduieren.

Die Initiative für die Gründung der Weiterbildung und die langjährige Leitung derselben oblag federführend Prof. Dr. habil. Karl-Heinz Menzen, sowie Fachhochschulrätin Maria Cloidt und Fachhochschulrat Georg Schönenborn. Sie gaben der Weiterbildung das bis heute bewährte professionelle Profil.

Seit 2014 haben Dr. phil. Henriette Schwarz und Prof. Dr. rer. medic. Monika Wigger die fachliche Leitung der Weiterbildung inne.

Studiengang Heilpädagogik (BA) mit Supplement Heilpädagogische Kunsttherapie an der Katholischen Hochschule Freiburg

An der Katholischen Hochschule besteht ein Bachelorstudiengang Heilpädagogik, in dem über viele Jahre ein ergänzendes Supplement Heilpädagogische Kunsttherapie (HPKT) gelehrt wurde, derzeit abgeschlossen und weiterhin anerkannt wird (Ausbildungsumfang 1440/1690 Std.). Durch die geänderte Studienordnung hat der Studiengang Heilpädagogik keine spezifischen Schwerpunktabschlüsse mehr. Die heilpädagogische Kunsttherapie wird nun studienintegriert gelehrt. Fragen zum Studiengang und zur Anerkennung beantworten Frau Prof. Dr. phil. Ruth Hampe und Frau Prof. Dr. rer. medic. Monika Wigger.

Nähere Details zur kunsttherapeutischen Weiterbildung, zum Zusatzlehrprogramm und zum Studiengang Heilpädagogik mit Supplement Kunsttherapie sind unter www.kh-freiburg.de zu finden.



Kunst von Kunsttherapeutinnen aus der DGKT



Künstlerin: Corinna Andresen
Acryl auf Leinwand (30 x 150 cm)
Titel: "Schutzengel"



Künstlerin: Corinna Andresen
Acryl auf Leinwand (100 x 100 cm)
Titel: „Du bist nicht allein“

Meine Bilder entstehen meist sehr spontan. Das Motiv entwickelt sich erst während des Malens.

Die Bilder passen gut zusammen, da sie den Wunsch nach Schutz, Trost und Geborgenheit thematisieren.

Das Zitat von Rilke finde ich sehr schön und passend:

Ach, da wir Hilfe von Menschen erharren: Stiegen Engel lautlos mit einem Schritte hinüber über das liebende Herz.

Rainer Maria Rilke (1875 -1926)



„Jesus“

Acryl auf Leinwand von Angela Dieckmann, Format: 18x24 cm

"Jesus Christus lieber Heiland, Sohn Gottes ich danke Dir für deine unendliche Liebe und deine Nähe, dass du immer da bist wann immer ich deine Hilfe brauche. Danke das ich durch dich Gott in dieser Welt erfahren kann, in jedem Tier, in jeder Blume, in jedem Strauch, in jedem Baum, in allem was ist Amen."



Kollmorgen Charlotte

„Hitze“, Öl auf Leinwand, 60 cm x 60 cm

Charlotte Kollmorgen

Malerin bbk, Diplom Designerin, Kunsttherapeutin DGKT

u..a. Schülerin von Gerhard Kreische, Schüler von Paul Klee

s. auch "Hitze", Alfons Reiter in „Psychologie -Spiritualität / interdisziplinär“ Verlag Dietmar

Klotz GmbH und „Hitze“, Hanna Strack in „Spirituelle Reise zur Gebärmutter“ / Verlag ATE



Bettina Kunter

1. Großes Fußbodengemälde - ZUSAMMENHÄNGE - (Gouache / Kreide / Goldacryl)
2. A0 Papier - Leben - (Gouache)



Künstlerin: Regina Liedtke

Titel: Alles hat zwei Seiten

Material: mixed media

Größe: 1,10m x 0,75m

Es handelt sich um ein Kunstobjekt, das die Dualität und Durchlässigkeit unserer Realität thematisiert. Ein- und Durchblicke werden möglich. Aus einem Fensterrahmen wurde durch die künstlerische Gestaltung ein Raumobjekt, welches von allen Seiten dreidimensional betrachtet und erfahren werden kann. Die gegebene Determiniertheit der strengen Rasterung und geschlossenen Fenstergläser wird durchbrochen und öffnet sich in den Raum. „Alles hat zwei Seiten“ ist Teil einer Rauminstallation, die sich der Auseinandersetzung mit den Begrenzungen und Möglichkeiten unserer irdischen Wirklichkeit von Raum und Zeit widmet, sowie deren kreativer Ausgestaltung und Erweiterung, letztlich deren Transzendenz.



Martina Nixdorf-Pohl

Eine Monotypie, kleine Arbeit auf Papier (20 x 35 cm) aus dem Jahr 2003 für den postgraduierten Masterstudiengang Beratung und Sozialrecht - Counselor MA, an der Fachhochschule Frankfurt/Main, der unter meiner Mitwirkung aus der Taufe gehoben wurde.

"Wenn zwei Fachbereiche einer Hochschule, hier Beratung und Sozialrecht, miteinander eine neuartige Verbindung eingehen, dann geht das nicht einfach so und erst recht nicht problemlos. Eigentlich war ich bei der Geburtsstunde des neuen Studienganges nur als Lehrsupervisorin mit an Bord. Die ausgelöste Psychodynamik rund um die methodischen und personellen Integrationsbemühungen unterschiedlicher Fachrichtungen haben mich damals so beschäftigt, dass ich unbedingt eine Form finden musste, mein Erleben des Getummels zu verarbeiten und in eine stimmige Form zu bringen. Monotypie als Möglichkeit des spontanen Aus-Drucks innerer Bilder auf Papier bot sich aus meiner Sicht an. Denn der Einmaldruck ist mein Medium. Zu meinem Erstaunen fanden sich alle am Studiengang Beteiligten, Lehrende und Leitung gleichermaßen, in meiner Grafik wieder. Und das, nachdem alle vorgelegten Logos nach langen und ermüdenden Diskussionen gnadenlose Ablehnung erfuhren. Mein verschlungenes Etwas, Symbiose aus Einzelteilen, Paragraphenfragmenten und fragilen Verbindungen fand Anklang und schließlich seinen Weg auf Broschüren und Einladungen des Studienganges. Wer kann da noch die Aussagekraft des Unbewussten leugnen"



Babett Pierer-Grocholl Save! (2012, 120x150cm, Acryl auf Leinwand)

In diesem Bild geht es mir um den Ausdruck eines ausgewogenen Verhältnis von Ruhe und Lebendigkeit. Dabei meine ich nicht die Ruhe, die der totalen Erschöpfung folgt, sondern die Ruhe, die sich aus Vertrauen nährt. Die Lebendigkeit, die ich meine, hat wenig mit action zu tun, sondern eher mit absoluter Echtheit und gegenwärtiger Aufmerksamkeit. Als leidenschaftliche Seglerin nutze ich gerne die Symbolkraft der Seefahrt in meinen Bildern.

Rezensionen von Brigitte Michels



Malen mit Demenz - Das Praxishandbuch. 15 erprobte Beispiele für Angehörige, Pflegekräfte, Pädagogen

von Horst Kießling, Bärbel Kießling, Birgit Osten

Mabuse-Verlag – 20. April 2015

€ 19,90

Ein Praxisbuch: Klar strukturiert, ohne viel Theorie - ein Handbuch aus der Praxis für die Praxis. Es ist in der kunsttherapeutischen Arbeit, wie in Selbsthilfegruppen mit dementen Menschen sofort einsetzbar.

Malen mit Demenzkranken hilft dabei, verbliebene Fähigkeiten länger zu erhalten und neue Fähigkeiten zu entdecken. Das stärkt das Selbstbewusstsein. Malen in der Gruppe fördert die Wertschätzung füreinander und erleichtert den zwanglosen und angstfreien Austausch zwischen Menschen mit und ohne Demenz. So kommt wieder Farbe in das sonst leider so farblose Leben vieler älterer Menschen mit körperlichen, wie auch geistigen Einschränkungen. Die Motorik wird genutzt und gefördert.

Dieses Buch enthält Anregungen zu fünfzehn Malstunden, die thematisch durch die Jahreszeiten begleiten. Die einzelnen Malstunden werden Schritt für Schritt mit Abbildungen erklärt. Dank der detaillierten Material-Listen gelingt auch die Vorbereitung einfach und schnell. Zudem gibt es Tipps für Ausstellungen, Rahmung, Teilnehmerlisten für Kurse.



Vom Wachsen und Werden im Prozess der Trauer
Neue Ansätze in der Trauerbegleitung
Sylvia Brathuhn/ Thorsten Adelt
Vandenhoeck & Ruprecht 2015

In der palliativen und hospizlichen Begleitung ist das Thema Trauer ständig präsent. Aber auch im privaten Bereich kommt der Tod meistens sehr ‚plötzlich‘.

Die Autoren geben mit diesem Buch Hilfe und Unterstützung im Prozess des Sterbens und Abschiedes. Angehörige von Sterbenden müssen sich auf den bevorstehenden Verlust eines nahestehenden Menschen vorbereiten. Von einem Moment zum anderen wird aus dem geliebten Menschen ein Verstorbener und aus dem Angehörigen ein Hinterbliebener.

Trauer wird in diesem Buch als ein Wachstums- und Werdeprozess verstanden, der mit verschiedenen Schritten einhergeht und für den konkrete Begleitansätze vorgestellt werden. Ziel des Prozesses ist es, sich für ein Neugestalten des Lebens, für eine neue Identität zu entscheiden.

Dieses Buch gibt nicht nur professionellen Trauerbegleitern Anregung und Impulse, es hilft auch betroffenen Angehörigen den Sterbe- und Abschiedsprozess zu verstehen. So können wir den Trauernden in einem neuen Verständnis begegnen, sie beraten und begleiten.



Petra Rechenberg-Winter

Leid kreativ wandeln

Biografisches schreiben in Krisenzeiten

Vandenhoeck 6 Ruprecht 2015

Die Autorin versteht das biografische Schreiben als ein kraftvolles Spiel und als eine Selbstbegegnung. Es ist der persönliche Dialog auf dem Papier, der es ermöglicht, schmerzhaften Erfahrungen eine Sprache zu geben und sich damit auseinanderzusetzen.

Das erfordert Mut und macht neugierig, der Hinweis auf Tagebuchschreiben erinnert die Leser an frühere gute Erfahrungen.

Jetzt wünsche ich mir den Anstoß, zu beginnen und das Probehandeln mit Worten spielerische zu probieren ähnlich dem Bildprozess in der Kunsttherapie.

Der hier vorgestellte Ansatz stellt den Schreibprozess selbst und weniger das Ergebnis, das Geschriebene in den Mittelpunkt. Es gibt wissenschaftliche Erkenntnisse und schreibtheoretische Grundlagen. Methoden werden erläutert und Aufgaben genannt, die sehr eng sind, wenig kreativ. Hier kann ich nur noch den Stift zu Seite legen.



Arbeitsbuch Kreatives und biografisches Schreiben: Gruppen leiten

von [Renate Haußmann](#), [Petra Rechenberg-Winter](#)

Vandenhoeck & Ruprecht 2015

€ 49,90

Kreatives Schreiben hält Einzug in die literarische und wissenschaftliche Welt und findet zunehmend Eingang in pädagogische, psychosoziale und beratende Arbeitsfelder. Es ist eine Ergänzung für kreative Therapien.

370 Seiten schrecken erst einmal ab. Doch Inhalt und Aufbau machen neugierig. Das Buch ist ein echtes Praxisbuch, es ist klar und verständlich geschrieben für Laien und Fachleute. Es ist voller Anregungen und praxisorientierter Übungen, die sich gut in eigene Praxismodelle einfügen lassen. Alle Arbeitsblätter gibt es auch zum kostenlosen Download.

Das Arbeitsbuch bietet alle relevanten Grundlagen zum Einsatz des kreativen Schreibens in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. In Schritten führt es vom theoretisch-wissenschaftlichen Hintergrund über vielfältige methodische Schreibzugänge bis zum gezielten Praxistransfer.

Die Anleitungen sind prägnant, nachvollziehbar und praxisnah beschrieben.

Die Übungen in diesem Arbeitsbuch eröffnen dem Leser neue Ideen und Freude am entdecken anderer Blickrichtungen auf das Leben. Die persönlichen Deutungen und Empfindungen prägen unsere Sicht auf die eigene Biographie, wie auch auf gesellschaftliche Entwicklungen. Denn wir erzählen und schreiben Geschichten so, wie wir sie erleben. Wir empfinden sie als die eigene Wirklichkeit. Dadurch wird es möglich, den Blick auf Probleme und Lösungen zu verändern.



[Silke Heimes](#)

Schreib dich gesund: Übungen für verschiedene Krankheitsbilder

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2015

€ 14,99

Silke Heimes ist Ärztin und Autorin für Bücher die zu kreativem Schreiben anregen. In ihrem neuen Buch „Schreib dich gesund“ zeigt sie Hilfestellung auf für psychisch und körperlich Kranke. Dazu gibt es in diesem Buch 170 Schreibübungen zu verschiedenen Krankheitsbildern. Für eine Reihe von Krankheiten werden konkrete Schreibübungen angeboten, die helfen, die psychischen Belastungen, die eine jede Erkrankung mit sich bringt und sie beeinflusst, zu reflektieren und zu lernen, damit umzugehen.

Der Grundgedanke ist es, durch kreatives und therapeutisches Schreiben mit der Krankheit in den Dialog zu gehen und sich selbst auf die Spur zu kommen.

Die Erklärungen zu den verschiedenen Krankheitsbildern helfen dem Leser, die eigene Krankheit zu verstehen. Das Entscheidende sind jedoch die Grundübungen, zu der Krankheit in den Dialog zu gehen. Es ist ein Schlüssel zu neuem Umgang mit krank sein.



Martin Miller.

Das wahre 'Drama des begabten Kindes'.

Die Tragödie Alice Millers - Wie verdrängte Kriegstraumata in der Familie wirken.

Buch 175 Seiten Kreuz Verlag, Freiburg, 2013

ISBN-13: 978-3-451-61168-1 € 17,99

Martin Miller schreibt eine Biographie über seine Mutter Alice Miller (1923-2010). Mit ihrem Buch »Das Drama des begabten Kindes« (1979) wurde sie als Kindheitsforscherin berühmt. Ihr Ansatz, die Bedürfnisse des Kindes in den Mittelpunkt der Erziehung zu stellen, über das „du sollst Vater und Mutter ehren...“, verändert entwicklungspsychologisches Denken.

Sohn Martin dagegen erlebt eine machtvolle und distanzierte Mutter und einen prügelnden Vater. Als Erwachsener verbindet Martin Miller, Psychotherapeut und Coach, die beiden gegensätzlichen Anteile seiner Mutter. Er erzählt erstmals die tragische Lebensgeschichte seiner Mutter, die in einer polnisch-jüdischen großbürgerlichen Familie aufwächst.

Die Familie kommt ins Ghetto und Alice Miller übernimmt die Verantwortung für Flucht und Überleben der Familie. Nach dem Krieg emigriert sie in die Schweiz und beginnt ein neues Leben.

Wer war Alice Miller? Warum ließ das Thema Kindheit sie nicht los und warum fiel es ihr so schwer, ihre therapeutischen Einsichten in ihrem Leben mit ihrem Sohn umzusetzen. Die Macht des verdrängten Kindheitstraumas und die Forderung, die kindlichen Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen, konnte sie nicht schaffen. Als Überlebende des Holocaust ist sie schwer traumatisiert und spaltet ab.

Impressum

DGKT-Journal 1/2016

DGKT - Deutsche Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen e. V.

Dr. Georg Franzen - 1. Vorsitzender

Prof. Dr. Karl-Heinz Menzen – 2. Voristzender

Geschäftsstelle:

Röpkestraße 16

D-42115 Wuppertal

Tel.: 0202 2988960

Fax.: 0202 2988962

E-Mail: verwaltung@dgkt.de

ISSN 2510-3539

Das Copyright liegt - soweit nicht anders angegeben - bei den Autoren.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge verantworten die Autoren.



Touchin‘

Katja MacLeod Kessin + Alexandra Daszkowski

(Acryl auf Leinwand / Fotografie)

2015