

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 02/2012

Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien – Überlegungen aus der Sicht „Integrativer Therapie“*

Vortrag, gehalten auf dem 9. Symposium der „Deutschen Gesellschaft für künstlerische Therapieformen und Therapie mit kreativen Medien e.V.“, 1994

Ilse Orth, Hückeswagen /Erkrath

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Erschienen in: *Integrative Therapie* 4/94, S. 312-339

1. Theoretische Grundkonzepte

Bewusstseinsphänomene sind mit einem Strom vergleichbar, einem „Strom“ des *Wahrnehmens, Erlebens, Erkennens*. In dieser sprachlichen Feinabstufung wird deutlich, daß dieser „Strom des Bewusstseins“ nicht an jeder Stelle und zu jeder Zeit die gleiche Fließgeschwindigkeit und Dichte hat. Was ich „am Rande“ des Bewusstseinsfeldes gerade eben noch wahrnehme, was ich mit „klarem Bewusstsein“ erlebe, ja in seinem Sinn- und Bedeutungszusammenhang erkenne und verstehe, hat genauso eine jeweils spezifische unterscheidbare Qualität des Bewusstseins wie Beobachtungen, die man im Halbschlaf, bei großer Müdigkeit, mit wachem Interesse, mit angespannter Aufmerksamkeit macht. Sie alle haben Erfahrungen mit unterschiedlichen Bewusstseinsqualitäten. Jeder von Ihnen kennt aber auch das Erstaunen, zuweilen das Erschrecken oder Betroffensein, wenn er in einem Handlungszusammenhang entdeckt: „Das war mir gar nicht bewusst!“ — „Das hatte ich gar nicht bemerkt, obwohl es doch offensichtlich vor mir lag!“ — „Das war mir völlig entgangen!“ — „Das hatte ich nicht mehr im Gedächtnis gehabt!“

Diese und ähnliche Alltagserfahrungen zeigen uns: Es gibt Regionen jenseits der „Lichtung“ (*Heidegger*) des Bewusstseinsfeldes, genauso wie es Regionen am Rande oder im Zentrum des Bewusstseinsfeldes (*Gurwitsch* 1974) gibt. Ich gehe davon aus, daß die Mehrzahl der hier Anwesenden den Klang meiner Stimme, die Botschaft meiner Worte, mich als Person, die ich hier vorne am Podium stehe, im *Zentrum* Ihres Bewusstseinsfeldes hat. An den Rändern Ihrer Wahrnehmung jedoch finden sich noch andere optische Eindrücke, Farben, Formen, die Gegenstände, die *neben* dem Fokus sind. Indem ich Sie darauf aufmerksam mache, verschiebt sich der Fokus vielleicht. Blicken Sie zum Fenster hin oder an die Decke, bewegt sich meine

** Vortrag, gehalten auf dem 9. Symposium der „Deutschen Gesellschaft für künstlerische Therapieformen und Therapie mit kreativen Medien e.V.“, 19.-21.

Gestalt mehr zum Rand des visuellen Wahrnehmungsfeldes hin, auch wenn meine Stimme noch im Fokus der akustischen Aufmerksamkeit steht. Vielleicht achten Sie aber einmal auf die Nebengeräusche, die die ganze Zeit über im „rezeptiven Wahrnehmungsmodus“ an Ihr Ohr gedrungen waren, ohne daß Sie diese in aller Bewusstseinschärfe und Klarheit registriert haben. Etwas, das im Bewusstsein „mitgegeben“ war, *Mitbewusstes*, wird nun wachbewusst (*Petzold* 1988b, S. 264ff), und vielleicht sind jetzt Geräusche für Sie zugänglich, die zuvor noch nicht einmal am Rande des akustischen Wahrnehmungsfeldes von Ihnen „notiert“ worden waren, sondern die erst jetzt in das Wahrnehmungsbewusstsein, die „*awareness*“ (ebd. S. 268) eintreten. Sie waren zuvor *vorbewusst*.

Ich könnte nun alle Wahrnehmungs- und Sinnesmodalitäten ansprechen: die olfaktorische, die kinästhetische, die taktile Wahrnehmung, um Vorbewusstes, Mitbewusstes bewusst werden zu lassen. Spüren Sie vielleicht einmal die Rückenlehne oder die Stuhlfläche an, die *jetzt* bewusst wird und zuvor vielleicht überhaupt nicht bewusst wahrgenommen wurde, oder, wenn der Stuhl unbequem war, nur irgendwie lästig und störend "am Rande notiert" war, weil die Aufmerksamkeit einen anderen Fokus hatte. Ähnlich wie bei den Wahrnehmungsphänomenen geht es uns bei den Erinnerungsprozessen und Gedächtnisphänomenen. Natürlich kennen Sie Ihr Geburtsdatum, doch erst *jetzt*, wo ich es anspreche, wird es Ihnen bewusst. Natürlich wissen Sie um die jüngsten Auseinandersetzungen, die Sie mit einer wichtigen Bezugsperson hatten, aber sie waren im Hintergrund Ihres Bewusstseins anwesend, es sei denn, sie hätten kurz vor diesem Vortrag stattgefunden, so daß sie noch im Erleben „präsent“ sind und Sie noch „unter ihrem Eindruck“ stehen. Aber der Eindruck verblasst, versinkt im Hintergrund oder Untergrund des Bewusstseinsstromes, obgleich er nicht verschwindet, denn er hat eine Eingrabung (*Petzold* 1968b) hinterlassen, die wieder zum Vorschein kommen kann, wieder ins Bewusstsein tritt, wenn der entsprechende Zusammenhang angesprochen und „aufgerufen“ wird.

Bewusstsein läßt sich, wie diese Beispiele zeigen, als ein *Spektrum* begreifen, das von den Unzugänglichkeiten des Unbewussten bis zu Zuständen sehr klarer, luzider Bewusstheit reicht, wie dies *Hilarion Petzold* (1991a, S. 264) in der Bewusstseinstheorie der Integrativen Therapie herausgearbeitet hat. Es wird damit an Erfahrungen angeschlossen, die jeder Mensch mit Bewusstseinsprozessen hat. Unsere Beispiele haben evident gemacht: Bewusstsein ist mit Wahrnehmungsprozessen und Gedächtnisprozessen unlösbar verbunden. Unbewusstes hingegen ist mit Vorgängen der Ablenkung oder Ausblendung von Wahrnehmung verbunden, mit Prozessen des Verdeckens, Abdrängens oder Verdrängens von Erinnerungen, mit denen Geschehnisse im Gedächtnis gehalten oder in das Vergessen gestellt

werden, in Archive, in denen zuvor „bewusst Wahrgenommenes“ abgelegt wurde: Manches ist gut zugänglich, so daß es schnell wieder hervorgeholt werden kann, manches verstaubt in entlegenen Winkeln, so daß vielleicht erst ein mühseliges Suchen erforderlich wird, und manches wird ganz einfach verlegt oder in Seitenkammern gestellt, zu denen sogar die Schlüssel verlorengehen können. Nicht alle Räume dieses Archivs sind überdies beleuchtet, so daß vieles im Dunklen bleibt, es sei denn, man bringt ein Licht mit: *das Licht unseres Bewusstseins*.

Ich denke, daß diese Metaphern verdeutlichen können, worum es in der integrativen kunsttherapeutischen Arbeit geht: Es geht um die Arbeit mit Bewusstseins- und mit Verdrängungsprozessen, um die Arbeit mit Wahrnehmungsvorgängen und Wahrnehmungsausblendungen. Die therapeutische Arbeit mit erinnerbarer Geschichte und aus dem Gedächtnis verlorenen Ereignissen wird notwendig, weil das Vergessene oder Verdrängte oder Ausgeblendete ja nicht aufhört zu existieren: Es ist *da*, ist anwesend in den „Archiven des Leibes“, und es *wirkt*. Erkrankungen, Störungen, Krisen, Symptome sind Ausdruck solcher Wirkungen. Sie zeigen, daß in den Leibarchiven Lebensgeschehnisse abgelagert sind, die nicht gut geordnet, nicht gut verarbeitet worden sind. In manchen Kammern liegen Dinge, die dringend „entsorgt“ werden müßten. Psychotherapeutische Diagnostik (Petzold 1993p) besteht oft darin, die Orte solcher „Altlasten“ aufzufinden, damit sie unser Lebensgefühl, unseren Lebensvollzug nicht „kontaminieren“, beeinträchtigen, schädigen, bis hin zur Ausbildung von Erkrankungen. An dieser Stelle aber ist es auch wichtig zu betonen, daß in das Archiv des Unbewussten nicht nur Negativerfahrungen aus dem Strom bewusster Wahrnehmung absinken. Auch Glückserlebnisse, Gefühle der Zufriedenheit, der Sicherheit, der Zuversicht finden sich unter den Archivalien. Das Unbewusste enthält nach dem Verständnis der Integrativen Therapie also nicht nur Belastendes, traumatische Erfahrungen, verdrängte Negativerlebnisse, sondern in ihm ist auch die ganze Fülle schützender, fördernder, lebensbejahender Erlebnisse aufgehoben. Wir erinnern uns niemals an *alle* unsere Glückserfahrungen und positiven Einflüsse, und dennoch sind sie in uns anwesend, tragen uns und prägen unser „Lebensgefühl“ und unsere „Grundstimmungen“ (ders. 1992b). Die Vergegenwärtigung solcher in die „Generalität des Vergessens“ (ebd.) versunkenen Erfahrungen, ist ein wichtiges therapeutisches Moment.

Die Arbeit mit *kreativen Medien* und *künstlerischen Methoden* schließt an diese Quellen an, auch wenn sie schmerzliches oder bedrückendes Material bearbeitet, allein schon durch die Tatsache, daß sie auf die Möglichkeiten freier, spontaner schöpferischer Gestaltung zurückgreift, die in sich schon ein Moment der Lebensbejahung, der Lebens-

bewältigung, der Heilung trägt (ders. 1992m). Die bildnerische Gestaltung einer Krise, einer traumatischen Erinnerung, einer zunächst noch unbewussten Konfliktkonstellation, die im kreativen Prozess *bewusst* wird, führt ein neues Moment ein: An die Stelle des Ausgeliefert-Seins und der Ohn-macht des „Nichts-tun-Könnens" wird zumindest *im Medium* eine gewisse „Macht" - und das ist mehr als der „locus of control" (Flammer 1990) - über die Ereignisse, eine Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*, vgl. Bandura 1977, 1988) zurückgegeben. Können sie in ihrer lebensbestimmenden Wirkung auch nicht gänzlich verändert werden, so sind Akzentverschiebungen, Umwertungen möglich, durch die die Chancen einer angemessenen Problembewältigung und Verarbeitung erhöht werden. Je mehr wir das „*positive Unbewusste*" in therapeutischen Prozessen nutzen können, desto eher wird es uns gelingen, die Auswirkungen unbewusst gewordener Negativerfahrungen zu kompensieren, zu heilen, zu verändern.

Zuweilen werden aber die positiven Erfahrungen in entlegenen Kammern des Unbewussten vergessen. Manchmal werden sie zusammen mit belastendem Material verschlossen, und so entstehen in den Biographien von Menschen „blanke Jahre", an die man „keine Erinnerung" hat, weder an Gutes noch an Schlechtes. Therapeutische Arbeit muß deshalb auch darauf gerichtet sein, die positiven Quellen unserer Lebensgeschichte wieder freizulegen und verinnerlichte gute Atmosphären wieder erinnerbar und erlebbar zu machen, schützende und sichernde Beziehungserfahrungen zugänglich zu machen, sind sie doch die Grundlage eines positiven Lebensgefühls und die Voraussetzung dafür, mit schwierigen Situationen der Gegenwart besser fertig zu werden. Weiterhin erfährt der Patient, daß es in seiner Geschichte nicht nur *pathogene* Momente gegeben hat, sondern auch heilsame, protektive, *salutogene* Erfahrungen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), so daß er eine „Plattform" gewinnen kann, ein Stück festen Bodens, von dem aus er sich den schlimmen Geschichten in seiner Biographie, den Belastungen oder den Mangel Erfahrungen nähern kann; denn Erkrankung gründet im wesentlichen in „prolongierten Mangel Erfahrungen" oder in länger dauernden Überforderungen und „zeitextendierten Belastungen", die nicht durch Schutzfaktoren und entlastende Hilfen abgefedert oder kompensiert werden konnten.

Auf diese Weise entstehen Zonen der Beunruhigung in unserer Persönlichkeit, Areale der Verspannung, unerledigte Situationen und Reste, fortwirkende Problematiken - eine Vielzahl negativer Einflussgrößen also, die vom Bewusstsein ferngehalten werden, im Verdrängten, im Unbewussten verbleiben, damit überhaupt ein einigermaßen geordneter Lebensvollzug möglich wird. Aber „das Verdrängte kehrt wieder", wie *Pierre fallet*, *Sigmund Freud* und andere bedeutende Vertreter psychodynamischen Denkens erkannt haben. Es zeigt sich in der Wiederholung alter Geschichten (Narrative, Skripts), in der

Perpetuierung von Problemen, in Einseitigkeiten der Beziehungsgestaltung, in Blockierungen persönlicher Potentiale, in Krankheiten, im Scheitern von Lebensentwürfen. Es ist mir wichtig herauszustellen, daß es hier nicht nur um eine Beeinträchtigung der Lebensführung, sondern um eine Verhinderung von *Möglichkeiten* geht, sich selbst in seinem Leben mit anderen Menschen zu entfalten. Dabei wird nicht nur das belastende, kränkende, verletzende Material wichtig, das verdrängt oder abgespalten oder verleugnet werden musste, sondern es werden immer auch die Situationen, Geschehnisse, Beziehungskonstellationen zu betrachten sein, die es erforderlich machten, daß Verdrängung stattfand als ein Notmechanismus, eine „*emergency strategy*“, weil anderweitige Bewältigungsmöglichkeiten, Hilfen, Ressourcen nicht vorhanden waren.

Die Folgen dieses Vorganges für die Persönlichkeit beschreibt *Maurice Merleau-Ponty* (1945/1966) als eine Art einschränkender „Generalisierung“, die unser Wahrnehmen und Handeln beeinflusst und behindert:

„Das Phänomen der Verdrängung ... besteht darin, daß jemand einen einmal eingeschlagenen Weg — der Liebe, der Arbeit, des beruflichen Fortkommens — versperrt findet, ihm aber sowohl die Kraft, das Hindernis zu überwinden, fehlt als auch die, auf sein Vorhaben zu verzichten, so daß er in seinem Versuch sich festläuft und all seine Energien damit vergeudet, ihn unentwegt im Geist zu erneuern. Die verfließende Zeit spült das unmögliche Vorhaben nicht mit sich fort, schließt sich nicht über der Traumaerfahrung, sondern ständig bleibt das Objekt, wenn schon nicht in seinem expliziten Denken, so doch in seinem wirklichen Sein auf jene unmögliche Zukunft hin geöffnet ... Eine unter allen Gegenwarten erhält so eine Ausnahmebedeutung: Sie überschiebt sich jeder anderen Gegenwart und beraubt diese ihres Sinnes als echte Gegenwart. Ich bleibe der, der eines fernen Tages jener Jugendliebe verfiel, oder der, der einst in jener Welt der Eltern lebte. An die Stelle des vormals Wahrgenommenen tritt ein neues, ja auch neue Gefühle treten an die Stelle der einstigen, doch diese Erinnerung wandelt nur den Erfahrungsinhalt, nicht die Erfahrungsstruktur. Die unpersönliche Zeit fließt weiter, die persönliche Zeitlichkeit aber stockt. Diese Fixierung hat nicht etwa nur die Bedeutung einer Erinnerung, sie schließt im Gegenteil Erinnerung aus“ (1966, S. 107).

Dieser Text macht deutlich, daß durch Verdrängung und natürlich durch die verdrängten Ereignisse unbewusste Fixierungen, festschreibende Narrative (*Petzold* 1992a, S. 906) entstehen, die eine gravierende Einschränkung der individuellen Gestaltungskräfte und Kreativität zur Folge haben können, Kreativität, die wir zur Bewältigung der Aufgaben, die uns das Leben im Alltag, im Beruf, in der Partnerschaft oder im sozialen Miteinander stellt, dringend benötigen. Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, daß es sehr sinnvoll ist, gerade mit künstlerischen Formen und kreativen Medien den Auswirkungen von Verdrängungsprozessen zu begegnen, um generalisierte Fixierungen, erstarrte Muster, Narrative, Skripts zu verflüssigen, denn für seelische Erkrankungen ist oft charakteristisch, daß nicht nur ein spezifischer Problembereich beeinträchtigt ist, sondern die gesamte Lebensführung des Betroffenen.

Wir können hier von den „unspezifischen Heilungsfaktoren“ (Huf 1992; Petzold 1992g, 1993p) künstlerischer Therapieformen sprechen: der Mobilisierung kreativer Vermögen, der Förderung der Gestaltungskräfte, der Ermutigung, neue Möglichkeiten und Wege zu erproben. Kommen diese Faktoren zum Tragen, wächst auch die Chance, daß sich die Impulse aus den Archiven des Unbewussten in anderer Weise artikulieren können als in „Wiederholungszwängen“, „Skripts“, „festschreibenden Narrativen“, „stereotypen Mustern“. Die künstlerischen Therapieformen bieten hier eine Möglichkeit, im Tun und durch das Tun selbst das Wahrnehmungs- und Handlungsrepertoire des Patienten - gleichsam im Vorfeld - zu erweitern, ohne daß schon eine biographisch aufdeckende, durcharbeitende und verarbeitende therapeutische Strategie zum Einsatz kommt.

Es ist ein Irrtum mancher psychotherapeutischer Ansätze zu glauben, daß die Aufdeckung unbewussten Materials, die Deutung verdrängter Konfliktkonstellationen als solche immer schon ein heilendes Potential hat. Das Gegenteil kann der Fall sein, wenn nämlich die Belastungsfähigkeit, die Integrationskraft, das Gestaltungsvermögen des Patienten nicht ausreichen, um das „Aufgehellte“, wahrnehmbar und erkennbar Gemachte auch in konstruktiver Weise verarbeiten zu können. Jemand, der die Fähigkeit zur Gestaltung verloren hat, muß diese zuvor wiedergewinnen; jemand, der in seinen Möglichkeiten der Mitteilung eingeschränkt wurde, muß zuvor wieder dialogfähig werden; jemand, dessen Kreativität verboten und verhindert wurde, muß erst wieder den Mut und die Freiheit gewinnen, schöpferisch zu sein, ehe er mit Konflikten, Defiziten, traumatischen Erfahrungen in Kontakt kommt. Dies gilt besonders für sehr schwer geschädigte Patienten. Andere haben noch große intakte Bereiche ihrer Persönlichkeit zur Verfügung, so daß wir diese Fähigkeiten und Möglichkeiten nutzen können. Es wird also um die Frage der Stimmigkeit der „Dosierung“ gehen, in welcher Ausrichtung und Intensität wir die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien einsetzen, wie viel an erlebniszentrierter, stützender, fördernder kunsttherapeutischer Arbeit in unseren Behandlungen geleistet wird und wie viel an konfliktzentriert aufdeckender.

2. Diagnostische Überlegungen und Methoden zum Erfassen unbewusster Dynamik in der Integrativen Kunsttherapie

Wollen wir uns unbewussten, verdrängten Materialien in kunsttherapeutischen Prozessen annähern, so geschieht dies immer als „Theragnose“, d. h. in einer doppelten Ausrichtung: einer diagnostischen und einer therapeutischen. Es ist ja das Wesen unbewussten

Geschehens, daß es für das Subjekt aus eigenem Vermögen unzugänglich bleibt. Der Patient braucht das „Zeugbewusstsein“ (*Ricoeur* 1969) des Therapeuten, er braucht die Konfrontation aus seinem sozialen Umfeld, er wird durch Erfahrungen des Scheiterns gehen müssen, um aus all diesen Rückmeldungen allmählich oder zuweilen auch plötzlich zu begreifen: In meinem Leben sind Mechanismen am Werk, die sich meiner Wahrnehmung und meiner Steuerung entziehen. In meiner Erinnerung gibt es Lücken, in meiner Wahrnehmung gibt es Ausblendungen, in meinem Gefühl gibt es unzugängliche Bereiche, mein Gespür, mein Empfinden kommt an Grenzen, die aus eigener Kraft nicht zu überschreiten sind. Dies sind Erfahrungen, die in jeder Therapie einen zentralen Platz haben. Mit Hilfe des therapeutischen Geschehens, der Person des Therapeuten oder der Gruppenmitglieder bei einer Gruppentherapie beginnt der Patient, die „Äußerungen“ des Unbewussten wahrzunehmen. Er wird sozusagen „Ko-Diagnostiker“, indem er mit der Therapeutin gemeinsam und dann zunehmend eigenständig die unbewussten Bereiche seines Selbst in ihren Artikulationen, das heißt in der Art und Weise, wie sie sich zeigen, entdeckt, ja, darüber hinaus die motivierenden Kräfte zu verstehen lernt, die hinter diesen Äußerungen stehen. Das Unbewusste wird hiermit in einen sozialisationstheoretischen Kontext (*Faltermaier* et al. 1992; *Hurrelmann, Wich* 1991) unter dem Blickwinkel einer „Entwicklungstheorie der Lebensspanne“ gestellt. Es wird damit gleichzeitig aus dem triebtheoretischen Kontext der Freudschen Metapsychologie herausgenommen. Nicht *Triebe*, sondern „evolutionäre Programme“ (*Petzold* 1990b), „Defizite“, „zeittextendierte Belastungen“ (ders. 1992a, S. 551ff) in der Biographie oder im aktuellen Lebenskontext, „unerledigte Situationen“ der Vergangenheit und Konflikte der Gegenwart (*Perls* 1969) werden als Motivatoren unbewusster Reinszenierungen angesehen, die sich damit als die Projektion alter Szenen und Atmosphären erklären lassen. Kunsttherapeutische Methoden und Medien haben in diagnostischer Absicht das Ziel, Zugang zu derartigen archaischen Skripts und Narrativen zu finden, indem sie das projektive Potential medialer Arbeit und die in Gestaltungsprozessen zum Tragen kommenden Symbolisierungen nutzen (*Petzold* 1993p; *Petzold, Orth* 1993a, S. 153ff).

Um diese Ausführungen zu verdeutlichen, möchte ich Ihnen einige Beispiele aus meiner kunsttherapeutischen Praxis vorstellen. In der *Integrativen Kunsttherapie* (*Petzold, Orth* 1990a, b) vertreten wir einen „intermedialen“ Ansatz, d. h. wir verwenden je nach Situation, Übertragungskonstellation, Krankheitsbild unterschiedliche „Medien“. Ton bietet andere Möglichkeiten als Fingerfarben, Collagen haben einen anderen Aufforderungscharakter als Handpuppen, Texte können andere Dimensionen der Persönlichkeit erschließen als mit Wachskreiden gemalte Bilder (*Petzold* 1977). Allen Medien aber ist ein

projektives Potential eigen (Abt, Bellak 1950; Anderson, Anderson 1951; Anzieu 1973). In ihnen und durch sie können sich die Strebungen des Unbewussten ausdrücken.

Beispiel:

In einer Gruppensituation haben verschiedene Teilnehmer über die „Atmosphären“ in ihren Herkunftsfamilien gesprochen. Dabei wurde deutlich: Atmosphären sind oft „schwer greifbar“. Man kann in ihnen etwas spüren, es aber nur „schwer zu fassen bekommen“. Für manche Teilnehmer verbanden sich mit den Atmosphären *Szenen*, für andere blieben sie unbestimmt. Schließlich gab es eine Reihe von Gruppenmitgliedern, die sich an Szenen erinnern konnten, ohne daß ihnen die *Stimmungen* der erinnerten Situation zugänglich wurden. Als Therapeutin stand ich vor der Situation, sehr unterschiedlichen Bedürfnissen, sehr spezifischen Verdrängungsphänomenen, sehr variierenden Zugangsweisen entsprechen zu müssen. Familienatmosphären! Ich habe mich in dieser Situation entschlossen, auf die „projektive Familienskulptur“, eine von *Petzold* im Rahmen der *Integrativen Therapie* entwickelte diagnostische Methode (*Petzold* 1969b /1988n, S. 480, 569) zurückzugreifen, durch die die Familiendynamik, die Familienatmosphären, konkrete Familienszenen in sehr plastischer Weise zugänglich werden können.

Wie meistens in der projektiven Verwendung kreativer Medien wird die Arbeit mit einer Einstimmung begonnen, die das Ziel hat, *Atmosphären* konkret ins Erleben zu bringen, bewusst zu machen, wie sie als „ergreifende Gefühlsmächte“ (*Schmitz* 1989) den Leib erfassen und „einstimmen“, so daß *Stimmungen* aufkommen können. Diese sind das „Vehikel“, über das alte, zum Teil verdrängte Szenen aufsteigen können, gegenwärtig gesetzt werden, ins Bewusstsein treten. Die Einstimmung hat folgende Form:

„Vielleicht versucht ihr einmal wahrzunehmen, wie euch die Atmosphären, die hier in der Gruppe aufgekommen sind, berührt haben. Spürt auch die Resonanzen, die sie in eurem Leib auslösen, und lasst euch von aufkommenden Stimmungen forttragen ... überlasst euch euren Regungen, Empfindungen, Gefühlen, Bildern, Gedanken, Erinnerungen, ohne etwas zu bewerten Lasst euch auf dem Strom eures Erlebens in eure Geschichte treiben und schaut, was aufkommt, was sich euch als Impuls in eurem Körper vermittelt, was nach Ausdruck sucht. Wenn ihr solche Impulse spürt, legt eure Hände auf den Ton und versucht, sie an das Material weiterzugeben, an die plastische, formbare Tonerde. Lasst eure Hände gestalten. Ihr könnt die Augen geöffnet, halb offen, geschlossen halten, ganz wie es für euch richtig ist.“

Die Teilnehmer beginnen zu gestalten, jeder in unterschiedlicher Weise. Einige setzen den ganzen Körper beim Kneten und Formen ein, andere arbeiten aus der Hand mit minuziös feinen Bewegungen. Man sieht lebendige Mimik, versteinerte Gesichter, hört tiefes Seufzen, verhaltenes Atmen, Keuchen ... Der Prozess der Gestaltung in der „Produktionsphase“ (*Orth, Petzold* 1990b) ist für die Therapeutin

schon aufschlussreich, lässt er doch Gefühle, Stimmungen, „emotionale Gesten“ und Haltungen erkennbar werden. Auch während des Gestaltungsprozesses selbst können noch Interventionen gegeben werden, weil unsere Arbeit nicht nur *produktorientiert* ist, sondern auch *prozessorientiert* (ebd.). Wir greifen dabei Impulse auf, die wir in Mimik und Gestik einzelner Teilnehmer sehen, und benennen sie differenzierend, fördernd, eventuell verstärkend. Die nonverbalen Signale der einzelnen und der Gruppe, die überwiegend unbewusst, zuweilen mitbewusst am Rande des „Bewusstseinsfeldes“ sind, werden Leitlinie für die Interventionen:

„Peter, vielleicht kannst du noch einmal so tief atmen und schauen, was sich weiterentwickelt!“ —
„Sabine, vielleicht spürst du einfach einmal bewusst deine gespannte Schulter, und bleibe etwas in dieser Haltung, um deutlich wahrzunehmen, was hier vor sich geht. Gebe dann die Qualität des Erspürten, Empfundenen, Gefühlten an den Ton weiter!“

Eigenleibliche Regungen sind in der Regel „Resonanzphänomene“ auf den *atmosphärischen Gehalt* von Szenen, den *interaktionalen Gehalt* von Situationen, und so repräsentieren die Tongebilde immer auch situative Konstellationen, hier Konstellationen in der Familie. Der gestaltete Ton führt unmittelbar über bewusste Erinnerungen hinaus zu Familienklimata, die verdrängt wurden, zu Szenen, die ins Unbewusste abgesunken sind und die schon während des Gestaltens, zuweilen nach der Produktionsphase im Betrachten der geschaffenen Skulpturen oder auch erst in der erlebnisaktivierenden Bearbeitung der Tongebilde bzw. Familienskulpturen bewusst werden.

Beispiele:

Im Folgenden möchte ich Bilder aus der kreativitätstherapeutischen Arbeit mit einem 42jährigen Patienten* vorstellen, der wegen diffuser Angstzustände in die Therapie gekommen war, aber auch, um „mehr über sich zu erfahren“, wie er sagte. *Gunther* stellt seine Eltern als einen geschlossenen Kreis mit zwei Köpfen dar (Abb. 1). Er selbst repräsentiert sich als „kleines Würstchen“ außerhalb dieses Kreises, isoliert, ohne eine Chance, in den geschlossenen Raum der Elternbeziehung einbezogen zu werden. Er erlebt die starke Allianz der Eltern als ausschließend, besonders wenn er „etwas angestellt hat“. Die Darstellung ist nicht absichtsvoll gestaltet worden. Sie ist *Gunther* „unter den Händen entstanden“. Wie stets bei solchen Gestaltungen ist der Patient erstaunt, betroffen, denn es wird ihm „mit einem Mal klar“, plastisch, be-greifbar, wie die Familienatmosphäre zu Hause war und was sie mit ihm gemacht hat. Auf der anderen Seite wird in einem späteren, mit Wachsmalfarben angefertigten Bild deutlich, daß nicht nur er sich von den Eltern ausgeschlossen fühlt, sondern daß er auch um sich selbst einen Ring der Isolation gebaut hat (Abb. 2). So bedingt sich Isolation wechselseitig, und ein durchaus auch vorhandenes Sich-Öffnen des Elternpaares dem Kind gegenüber kann von diesem dann nicht mehr angenommen werden. Tonplastik und Bild erhellen die unbewusste Dynamik.

Doch bei dieser Einsicht in Zusammenhänge darf nicht stehengeblieben werden, wenn das Muster der Kindertage, das sich bis in die Erwachsenenzeit fortgeschrieben hat, verändert werden soll, so daß

* Die Fallbeispiele wurden anonymisiert

die „Vergangenheit als Gegenwart“ im Sinne des voranstehend zitierten Textes von *Merleau-Ponty* ihre generalisierende und fixierende Kraft verliert. In der Bearbeitung der kreativen Gestaltungen können Gefühle der Trauer und der Wut gezeigt werden, womit die Atmosphären der Einsamkeit und Isolation verändert werden können.

In einer späteren Skulptur gestaltet *Gunther* ein Paar, das eng miteinander verbunden ist, aber die Hände einladend nach außen, auf andere Menschen hin geöffnet hat (Abb. 3). In der Nachbesprechung beschreibt er dieses Bild als Wunschvorstellung für seine Beziehung, als Zielvorstellung, zu der hin er sich entwickeln möchte. Dieser Wunsch muß nun in der Praxis der Beziehungsgestaltung begleitet werden, um Hilfen bei der Umsetzung zu geben. '

Kunsttherapeutische Sequenzen dieser Art sind für Fokalthérapien und mittelfristige Therapien des Integrativen Ansatzes (*Petzold* 1993p) charakteristisch. Sie dokumentieren nicht nur Einsichtsprozesse, sondern auch Veränderungen unbewusster Dynamik, emotionale Umstellungen, neue Formen der Kommunikation.

Das Beispiel einer anderen Familienskulptur (Abb. 4), ausgefertigt von *Gudrun*, einer 38jährigen Patientin mit depressiver Symptomatik, verdeutlicht in sehr plastischer Weise die „phantasmatische Familie“, d. h. die Familienatmosphären und Interaktionen, wie sie sich im Erleben des Kindes niedergeschlagen haben. In der Kindertherapie finden wir einen ähnlichen diagnostischen Ansatz, in der „Familie in Tieren“ (*BremmGräser* 1970; *Müssing* 1991), und auch in der Familientherapie werden derartige Skulpturen zunehmend verwandt (*Frings-Keyes* 1974; *Heinl* 1986; *von Schlippe, Kriz* 1993). Die Tonplastik zeigt von den Feinstrukturen her die Familie als ein geschlossenes Ganzes mit einem übermächtigen, brüllenden Vater, der gleichzeitig seine Pranken schützend über Mutter und Kinder hält. Die Atmosphäre hat etwas Unheimliches und Bergendes zugleich und bringt die starke Ambivalenz der Familiendynamik zum Ausdruck, wie sie sich im Gedächtnis des Kindes niedergeschlagen hat. Tierköpfe symbolisieren nach innen Bedrohliches, aber nach außen, zur Umwelt hin wird gleichzeitig Abschreckung und Schutz geboten. Auch dieser Patientin wird durch ihre Skulptur etwas über die lebensbestimmenden Qualitäten ihrer Ursprungsfamilie deutlich, Zusammenhänge, die ihr zuvor in dieser Form nicht bewusst gewesen waren.

Der Niederschlag dieser Familienerfahrungen zeigt sich durch „atmosphärische Fortschreibungen“ in ihren gegenwärtigen Beziehungen. Die familientherapeutische Veränderung von Kommunikationsformen, die einsichtszentrierte Paarberatung kann derartige Dynamiken nur bedingt beeinflussen. Es müssen vielmehr die verinnerlichten Atmosphären und die mit ihnen verbundenen Szenen bearbeitet werden, auf der kognitiven, der emotionalen, sensumotorischen und der kommunikativen, d. h. also — ganzheitlich betrachtet — der leiblichen Ebene; denn — und das wird besonders in Skulpturen mit dem Medium Ton deutlich — Familienrelationen sind *zwischenleibliche* Beziehungen. Wenn es der Patientin eines Tages gelingt, sich selbst losgelöst, „selbstständig“ darzustellen, ohne ihren familiären Hintergrund ausblenden, verdrängen zu müssen, wird sie in ihrem therapeutischen Prozess ein gutes Stück weitergekommen sein.

In den Tonskulpturen kommt nicht nur zum Ausdruck, *wie* eine Familie leiblich von einem Patienten oder Klienten erlebt worden ist,

sondern - und das ist aus der Sicht somatopsychischer Diagnostik besonders wesentlich - wie sich der Klient selbst in Familienatmosphären wahrnimmt, spürt, empfindet, fühlt. Denn in derartigen Kontexten werden die „selbstreferentiellen Emotionen“, wie z. B. Selbstwertgefühl, Minderwertigkeitsgefühl, Selbstsicherheit, Ohnmacht, Stolz, Beschämung - Emotionen also, die das Selbst betreffen - beeinflusst, verändert, getönt (Petzold 1992b, S. 823ff).

Claudia, eine dreißigjährige Lehrerin, ist wegen diffuser psychosomatischer Beschwerden in Behandlung, die unter Belastungssituationen immer wieder mit wechselnder Symptombildung auftreten. Unklare Bauchbeschwerden (Teegen et al. 1986), Globusgefühle im Hals, allgemeines Krankheitsgefühl sind die Leitsymptome, deren Hintergründe wir zu fassen suchen. In einer Tonplastik versucht sie, die Stimmungen, die ihr „im Leibe sitzen“, die ihr irgendwann einmal „unter die Haut gegangen“ sein müssen, in eine Form zu bringen. Sie stellt sich selbst als eine zarte, schlanke Figur dar, die, nach innen gekehrt in sich verschlossen und sich schützend, am Rande der Familienatmosphäre zu überleben versucht. Die bedrückende und bedrohliche atmosphärische Qualität findet ihren Ausdruck in einem mächtigen „Trollgesicht“, die spitzen, böartigen Einflüsse in einem „Teufelskopf“ (Abb. 5). „Das ist das Boshafte, was von meiner Schwester ausging, aber nicht nur von ihr. Es ist irgendwie eine Personifizierung von Feindseligkeit in dieser Familie!“ Die Tongestalten vermitteln in eindrucklicher Weise die leibliche Qualität des „erfahrenen Familienklimas“ (Petzold, Kirchmann 1990) und ermöglichen der Patientin, ihre Verslossenheit, die Mechanismen der Abkapselung und der Somatisierung besser zu verstehen; denn obgleich sie sich am Rande stehend darstellt, nisten diese Atmosphären doch in ihrem Leib. Die Tonplastik hat sie „externalisiert“, nach außen gebracht, so daß Distanzierungsmöglichkeiten und emotionale Formen der Auseinandersetzung entstehen.

Die positiven Atmosphären der therapeutischen Beziehung und der Therapiegruppe müssen nun als „korrigierende emotionale Erfahrungen“ (F.M. Alexander) „eingeleibt“ (Schmitz 1989) werden, so daß sich ein anderes Lebens- und Leibgefühl ausbilden kann. Das bedeutet aber auch, daß die bedrohlichen Trollgestalten, oder genauer, die bedrückenden Atmosphären, die auf diese Weise symbolisiert wurden, abnehmen und die schwächliche, verschlossene Selbstdarstellung auch eine andere figurale Identität gewinnen muß. Mehr Fülle, Volumen, eine Öffnung auf die Welt hin wird erforderlich werden. Das retroflexive, festhaltende Muster des Somatisierens muß durch expressive Muster emotionalen Ausdrucks und lebendiger Kommunikation abgelöst werden (Petzold 1992a, S. 765ff, 1157ff). Genau diese Ziele konnten dann im Verlaufe der Therapie erreicht werden, wobei die Möglichkeiten der verschiedenen künstlerischen Methoden und kreativen Medien (Theater, Bewegung, Tanz, Musik) genutzt werden.

In einen ganz anderen Bereich projektiv diagnostischer Darstellung unbewusster Strebungen führen uns Bilder, die mit unterschiedlichen *Farbmedien* (Fingerfarben, Aquarelle, Pastellkreiden, Ölkreiden, Kohlestiften, Buntstiften) gefertigt werden. Hier können themenspezifische Vorgaben einen Fokus der Exploration setzen. In der Integrativen Therapie wird das therapeutische Geschehen als ein Wechsel

verschiedener Fokalisierungen von Problemen betrachtet (*Thomä, Kächele* 1985; *Petzold* 1993p; *Petzold, Goffin, Oudhof* 1993). Die Fokusbestimmung, insbesondere die Auswahl lebensbestimmender unbewusster Konfliktkonstellationen (*Luborsky* 1984) wird durch themenspezifische, projektive Bilder sehr erleichtert. „Selbstbilder“ (*Orth, Petzold*, dieses Heft) und „Darstellungen der Identität“ (*Petzold* 1993p, S. 289), „Darstellungen des Konfliktfeldes“ (ders. 1987b) oder von Themen, die sich aus dem Gruppenprozess ergeben haben, bieten hier nützliche Zugangsweisen.

Beispiele:

In einer Gruppe wurde z. B. das Thema „Umgang mit Alleinsein“ (Kontaktschwierigkeiten, Einsamkeit, positiver Rückzug, um für sich zu sein, Isolation) besprochen. Die thematische Entwicklung führte auf das Thema „*Alleinsein in der Kindheit*“ hin. Um die vielfältigen biographischen Erfahrungen, besonders in ihren unbewussten Dimensionen, differenzierter zu erschließen, wurde das Thema bildlich gestaltet. Für die Mehrzahl der Gruppenmitglieder ergab sich aus dem Gestaltungsprozess eine thematische Präzisierung: „*Kindereinsamkeit*“. Wiederum kommt bei vielen Teilnehmern unbewusste Familiendynamik deutlich zum Ausdruck und wird für die Gestalter prägnant und „sinnfällig“.

Anna (Abb. 6) zeichnet sich eingeschlossen in ein braunes Oval. Die Mutter wendet ihr den Rücken zu. Zur farbig-bunten Geschwisterschar hat sie keinen Zugang. Sie ist als „böses, unartiges Mädchen“ im Abseits, gerät in Trotz und Widerstand, aus dem sie selbst nicht herausfindet. Von ihrer Umgebung erhält sie nicht die entsprechenden Hilfen. Der Teilnehmerin und den Gruppenmitgliedern werden auf diesem Hintergrund Verhaltensweisen und Kommunikationsformen der Patientin deutlich, die zur Ablehnung oder Unverständnis in der Gruppe geführt hatten. *Anna* wird jetzt „verstanden“, erhält Mitgefühl und Hilfen und kann auf diese Weise im Verlaufe des Gruppenprozesses an der Veränderung ihrer Kommunikationsformen arbeiten, die Ausdruck des zuvor unbewussten *Narrativs* bzw. *Skripts* (*Petzold* 1992a, S. 386ff, 529ff, 693f) waren, sich in eine Situation der Isolation und des Ausgeschlossenseins zu bringen. Die Appelle, die zuvor von Seiten der Gruppe gekommen waren, konnten bislang von *Anna* nicht umgesetzt werden, weil die Patientin eher mit Verschlussheit und Rückzug reagierte. Die Bearbeitung ihrer Beziehung zur Mutter und zur Geschwistergruppe in ihrer Reinszenierung im Kontext der Therapiegruppe eröffnete einen *Neuanfang* (*Balint* 1950/1988), der auch zu Veränderungen im Alltagsleben führte.

Ein anderes Bild aus der gleichen Gruppensituation zeigt *Herman*, einen Patienten, auf den noch näher eingegangen wird, mit seinen Kinderängsten im dunklen Zimmer, die abends besonders stark waren (Abb. 7). Im Hintergrund sind Familienangehörige und Lebensereignisse, die ihm in den Zuständen der Dunkelangst aber keine Hilfe bringen können. Der Patient hatte als Junge einen schwerkranken Vater, der verstarb, als er zwölf Jahre alt war. In der Familie war nie darüber gesprochen worden, daß der Vater nicht mehr gesund werden könne. Das sehr sensibilisierte Kind hatte aber die lebensbedrohliche *Atmosphäre* und die Angst des Vaters hinter dem familiären Tabu gespürt, leiblich aufgenommen und in den Dunkelängsten aktualisiert. Das Bild steht in einer Serie, die über einen längeren Therapieverlauf erstellt wurde und in der dem Patienten die lebensbestimmende Qualität der bedrohlichen Familienatmosphäre allmählich immer deutlicher wurde, d. h. daß das Ausmaß der Verdrängung sich erst allmählich erschließen konnte, so daß die unbewussten Ängste, die hinter seiner Angstsymptomatik standen, wegen der er zur Therapie kam, dem Bewusstsein zugänglich gemacht und bearbeitet werden konnten.

Unbewusstes liegt nicht nur in der Vergangenheit. Auch belastende Gegenwart kann abgespalten, aus dem Bewusstsein verbannt werden: Anstehende Trennungen, die verleugnet werden, berufliche Schwierigkeiten, vor denen man den „Kopf in den Sand steckt“, Ablehnung im Bekanntenkreis, obwohl man sich selbst von allen wohlgeht sieht. Derartige Phänomene tauchen in projektiven Gruppenbildern, pantomimisch gestellten Gruppenskulpturen (Petzold 1969b / 1988n, S. 464; 1988n, S. 5680, Bildern von aktuellen sozialen Netzwerken (ders. 1987c; 1993p, S. 288) immer wieder auf und gehören zum Alltag der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie. Ich bringe deshalb hierfür keine Beispiele, sondern möchte mich den *Prospektionen*, den bewussten und unbewussten „Zukunftsentwürfen“ (Petzold, Orth 1993a, S. 153) zuwenden.

Ängste, Befürchtungen, Katastrophenerwartungen, Wünsche, Sehnsüchte, Hoffnungen sind Menschen durchaus nicht immer bewusst, obgleich unser Leben in sehr starkem Maße von bewussten und unbewussten Zukunftszielen bestimmt wird. *Adler* gehört zu den Therapeuten, die dies in besonderer Weise erkannt hatten, wie seine „Teleoanalyse“ (Titze 1979) zeigt. Das Betrachten von *Lebenszielen* nimmt auch im Integrativen Ansatz eine wichtige Stelle ein. Zukunft ist vielfach etwas, das *noch nicht* ins Bewusstsein getreten ist. Im „Prinzip Hoffnung“ entfaltet *Ernst Bloch* (1959) dieses Konzept des Unbewussten, um es gegen die einseitige Vergangenheitszentrierung des *Freudschen* Konzeptes zu stellen. Aber eine solche Polarisierung ist nicht notwendig, weil das Lebenskontinuum eines Menschen, ausgehend von der jeweils gegebenen phänomenalen Gegenwart, die Dimension der memorierten Vergangenheit „im Rücken“ hat und die Dimension der antizipierten Zukunft „vor sich“.

In der Arbeit mit unseren Patienten versuchen wir deshalb, eine erlebniskonkrete Bewusstheit (*awareness*) für das Lebenskontinuum zu entwickeln und auch ein abständiges, exzentrisches Bewusstsein (*consciousness*), um den Lebensweg insgesamt mit seinen Zukunftsperspektiven und seiner biographischen Determinierung in den Blick zu nehmen. Wir gehen von *Phänomenen* in der Gegenwart aus, kommen zu den sich in ihnen zeigenden *Strukturen* der Vergangenheit, die ihrerseits wiederum nicht nur in der Gegenwart wirksam werden, sondern sogar die *Entwürfe* der Zukunft bestimmen. Botschaften der Eltern, Delegationen, Aufträge, etwa im Bereich der Berufswahl oder der Karriere, kommen hier zur Wirkung. Berufliche Unzufriedenheit erweist sich unter einer solchen Perspektive oft als ein Verfehlen eines unbewussten, aber emotional bestimmenden familiären Auftrags, oder es zeigen sich Konflikte zwischen den sich herausbildenden eigenen Lebensentwürfen und elterlichen Wunschvorstellungen, die aus dem Be-

wusstsein verdrängt wurden, aber dennoch wirksam blieben. Ein guter Weg, diese unbewussten Bereiche zu erschließen, findet sich in den Formen des *Lebenspanoramas* (Petzold 1975h; Petzold, Orth 1993a), im psychodramatischen Spiel von künftigen Szenen, den sogenannten *Zukunftsprojektionen* (Petzold 1979f), im bildnerischen Gestalten von Zukunftsvisionen.

Mit den Zukunftsvisionen wird die konsequente *Temporalisierung* in der therapeutischen Arbeit erreicht. Die Wirkungen von Lebenszielen werden zugänglich, aber auch die Probleme der Ziellosigkeit oder der Diffusität der Zieldimensionen. Zukunftsvisionen, *Prospektionen*, bildnerisch gestaltet, öffnen in sinnfälliger Weise den Antizipationsraum. Zukunftsvisionen können als Fortführung der Vergangenheitslinie in Lebenspanoramen dargestellt werden, indem sie sich als Kontinuität des Lebensstromes fortschreiben, oder sie können auch als eigene Aufgabenstellung vorgegeben werden, um Prospektionen deutlich zu machen. Prospektionen sind „Versuche, Künftiges suchend zu erfassen und gleichsam visionär zu gestalten“ — soweit sie dem Bewusstsein zugänglich sind. Wo es sich um unbewusste Prospektionen handelt, wird es darum gehen, über sie „Klarheit“ zu gewinnen. Die *Zukunft* als eine „Welt potentieller Reichweite“ wird so in den Bereich bewusster Gestaltung hereingeholt. Damit besteht die Chance, daß sich nicht nur alte, *fixierende* Narrative fortschreiben und sich immer wieder die gleichen Muster reproduzieren, Reinszenierungen, die persönliches Wachstum einschränken oder verhindern, vielmehr wird die Möglichkeit eröffnet, neue Stücke in kreativer Weise vorzubereiten, einzustudieren, zu spielen. Der Patient wird dann nicht mehr von den Impulsen seiner Vergangenheit hilflos in die Zukunft hineingeschwemmt. Er kann vielmehr wieder das Ruder seines Lebensschiffes in die Hand nehmen und sein Geschick — zumindest weitgehend — in eigener Verantwortung und nach eigenen Wünschen steuern.

Beispiele:

Kerstin (Abb. 8) malt ihre Zukunftsvision aus einer Meditation über ihre „Lebenszeit“ (Petzold 1981h, 1989d, e). Aus dem Strom ihrer Biographie finden sich erdige, bodenständige Qualitäten in Grün und Braun neben feurigem Elan in Rot und Gelb und in dem schwarze Faserungen auf belastende Ereignisse verweisen, entwickelt sich die Öffnung des Zukunftsraumes, der - wie sollte es anders sein - für den Bereich der physischen Existenz einen endgültigen Abschluß mit dem Tod findet, ein Ende, das Angst auslöst, Angst vor Leere und Endgültigkeit. Der Patientin wird dies durch das Bild spürbar und auch ihre Auflehnung, ihr Protest „Nie! Nein!“ (vgl. Sternberger 1981).

In der Integrativen Therapie halten wir es für wesentlich, nicht nur die „*Verdrängung der Vergangenheit*“ (vgl. Freud 1898a, 1918b) anzusehen, sondern auch die „*Verdrängungen der Zukunft*“: Alter, Krankheit, mögliches Siechtum, Sterben, Tod. Die aktive Auseinandersetzung mit dieser Dimension der „*condition humaine*“ führt in der Regel

zu einem bewussteren und damit auch reicheren Leben (*Lückel* 1981). Die Energie, die in der Verdrängung dieser ultimativen Zukunft gebunden war, wird verfügbar. Auch in *Kerstins* Bild zeigt sich neben dem Gesicht (in der Farbe Rosa), aus dessen geschlossenen Augen Tränen fließen, eine Öffnung, an deren Horizont die Begriffe Hoffnung und Klarheit auf eine Alternative zu Angst, Leere und Verzweiflung verweisen und ein "innerer Frieden" möglich wird (*Orth* 1993, S. 384). Das Blau, das diese Qualitäten symbolisiert, zeigt sich aber nicht als eine „abgehobene, ätherische Leichtigkeit“, sondern die vitalen Farben Rot und Gelb bleiben anwesend als Zeichen der Kraft und des Willens, die Zukunft aktiv auf dem Boden von Hoffnung und Klarheit zu gestalten. In der Erarbeitung derartiger Zukunftsvisionen wird versucht, die *Prospektionen* zu konkretisieren. Es wird gefragt, *was* erreicht werden soll, *worauf* sich die Hoffnung richtet, *worüber* Klarheit gewonnen wurde, *wie* Unklarheit und Diffusität beseitigt werden konnten. Damit wird versucht, die Zukunft zumindest in eine Welt „potentieller Reichweite“ zu transformieren, um von der Gegenwart her durch „antizipierendes Handeln“ Vorstrukturierungen zu ermöglichen. „Darin unterscheiden sich Prospektionen von Projektionen, die die Bedürfnislagen einer Gegenwart oder einer einstmaligen Gegenwart bzw. Vergangenheit unbewusst in die Zukunft transportieren wollen“ (*Petzold* 1992a, S. 8850. Der „innere Frieden“ wird damit *konkret* und bleibt nicht nur eine nebulöse Metapher, denn er bedeutet immer auch im Frieden mit sich, im Frieden mit anderen Menschen, im Frieden mit seiner Lebenssituation in der Welt. Das soll die Zukunftsvision vorbereiten und gestalten helfen.

Barbara (Abb. 9) sieht ihre „Lebensvision“ auf dem Hintergrund ihrer bisherigen Arbeit an sich selbst als Ausdruck ihres Individuationsprozesses. Sie vermag ihr Bild auf dem Boden ihrer Therapie zu gestalten, die ihr im Zusammenwirken mit den Wachstumsprozessen in ihrem Alltagsleben das Gefühl zunehmender Freiheit und Selbstbestimmtheit ermöglicht hat. Sie stellt einen Tisch mit Früchten dar, die ihren Sinn für Schönheit und ihre Fähigkeit, Schönheit zu erleben, symbolisieren. Von ihnen setzt sich ein starker roter und gelber Strom in den Zukunftsraum fort. Vom Fuße des Tisches erstreckt sich ein grünes Feld, Symbol für ihre sozialen Beziehungen, Freundschaften und ihr Arbeitsfeld. Die blaue Figur im geöffneten Portal symbolisiert einen Aspekt ihres „Selbst“, ihre Möglichkeit des Rückzugs, der meditativen Selbstbesinnung. Die strukturierte graue Fläche stellt die „Aufgaben des Tages“ dar, die Dinge, die getan werden müssen, die Welt der Mühen und der Pflichten, und auch diese gehört in eine Zukunftsvision. Die relativ wenig gefüllte linke Bildseite verweist auf den „offenen Raum“, der noch nicht greifbar ist und sich erst im Vollzug weiter konkretisieren kann, denn die Zukunft birgt natürlich auch Unbestimmtes.

In den Zukunftsvisionen und Lebensperspektiven geht es nicht nur um konkret antizipierte „events“, es geht oft um die Fortschreibung oder Entwicklung eines „Lebensgefühls“. Integrative Therapie vertritt nachhaltig, daß therapeutisches Handeln auch in der Veränderung von Grundstimmungen und Lebensgefühlen besteht, die - in der Gegenwart beginnen - für die Zukunft neue Möglichkeiten eröffnen

sollen, in der Welt in anderer Weise zu leben, als dies unter dem Schatten der Erkrankung möglich gewesen war. Natürlich baut ein solcher Entwurf auf der „Verinnerlichung guter Erfahrungen“ in der Gegenwart auf, die *„alternative Erlebnismöglichkeiten“* (ders. 1992a, S. 917f) zu vergangenen Belastungen bietet, in der Bearbeitung und Verarbeitung bedrückender Geschichte erfolgt durch Einsichtsprozesse, Neubewertungen oder „korrigierende emotionale Erfahrungen“ (Alexander, French 1946), so dass die Lebenskontinuität insgesamt eine andere Qualität gewinnt; denn wird es möglich, in einer jeweils gegebenen Gegenwart eine neue Haltung zu gewinnen, so strahlt das nicht nur in die Zukunftsgestaltung hinein, sondern wirkt auch auf die hinter uns liegende Vergangenheit, deren „Schatten“ von der Gegenwart her aufgehellt oder unter ungünstigen Bedingungen auch noch verdüstert werden können. Diese Möglichkeit, das ganze *Kontinuum* „von der Gegenwart her“ zu beeinflussen — denn Menschen sind „Reisende in der Zeit“ (Petzold 1989d) —, ist ein anthropologisches Grundfaktum, das die Voraussetzungen für psychotherapeutisches und kunsttherapeutisches Handeln bietet.

3. Der Umgang mit dem Unbewussten in einer Integrativen Therapeutik mit künstlerischen Methoden und kreativen Medien

Die im ersten Teil meiner Ausführungen vorgestellten Beispiele waren auf diagnostische Aspekte in der kunsttherapeutischen Arbeit gerichtet. Sie haben jedoch auch deutlich gemacht, daß Diagnostik und Therapeutik unlösbar miteinander verwoben sind (Petzold 1974k, 1993p). Dies gilt für die mediale Arbeit noch stärker als bei bloß verbalen Explorationen, denn die Medien „aktivieren“ das Erleben und bieten unbewussten Dynamiken Ausdrucksmöglichkeiten. Auf dem Hintergrund der medientheoretischen Überlegung des Integrativen Ansatzes (ders. 1977c, S. 102; Wolff 1989) werden Medien verstanden als *„Träger oder Systeme von Informationen in einem kommunikativen Prozess“*. Das Medium Ton z. B. (Petzold, Kirchmann 1990) wird von Gestaltern bewusst und unbewusst mit Inhalten „geladen“. Dabei wird der „natürliche Aussagewert“ des Mediums in die Übermittlung einbezogen. Ton hat durch seine Qualität des Formbaren, Weichen, Prägbaren in seinem Assoziationsraum Erde, Wachstum, Endlichkeit, aber auch Matsch, Analität, Aggression. Er bietet durch seine leichte Verformbarkeit, dann aber auch mit seiner Möglichkeit, durch Trocknen und Brennen eine feste, gleichsam endgültige Form zu konservieren, für den Gestalter vielfältige Anregungen. Ton eröffnet in besonderem Maße die Möglichkeit zur „Zwiesprache mit sich selbst“, zum

Phänomen der „Autokommunikation“: Der Gestalter gibt einen Impuls an das Material, das Material erhält einen neuen Formaspekt, dieser wird wiederum wahrgenommen, „begriffen“, regt neue Gestaltungsimpulse an, und so kann sich gleichsam im „Dialog mit dem Material“ das bewusste Gestaltungsgeschehen entwickeln, aber in gleicher Weise auch unbewusste Gestaltungsdynamik artikulieren, so daß z. B. nach Fertigstellung einer Skulptur der Gestalter, der nun zum Betrachter geworden ist und sich aus dem Produktionsprozess zurückgenommen hat, mit Erstaunen an dem Tongebilde Aspekte wahrnimmt, die er nicht mit Absicht, ja nicht einmal bewusst geformt hatte. Die „Sprache des Unbewussten“ zeigt sich unmittelbar oder erschließt sich mit Hilfe des Therapeuten in der Bearbeitung, so daß das Produkt kreativer Gestaltung zu einer „*Botschaft von mir, über mich, für mich, aber auch an andere Betrachter*“ (Petzold, Orth 1985b) wird.

Von solchen Erfahrungen nehmen Metamorphosen, Transformationsprozesse ihren Ausgang, bieten Umgestaltungen des Materials, des Mediums auch Möglichkeiten der eigenen Umgestaltung, denn das, was im Medium an neuen Formungen möglich wird, wirkt im Prozess des Schaffens wie im Prozess der Betrachtung und Reflexion zurück auf den Urheber in einer Kette von *Symbolisierungen* und *Desymbolisierungen*: verdichteter Ausdruck ungelöster, biographischer Konflikte, Entzifferung ihrer Signaturen, Erschließung des ursprünglichen Bedeutungsgehaltes, Auflösung der Bedeutungsfixierung und Öffnung zu neuen Bedeutungsfindungen. Diese Kette, diese einzelnen Schritte, die hier abstrahierend in eine Reihe gestellt wurden, vollziehen sich in den Prozessen der Gestaltung, des Erlebens, des Miteinander-Teilens natürlich fließender, oft weniger linear in Suchbewegungen, die häufig verschlungene Wegstrecken (*viations*) nehmen, ganz wie es die unbewusste Dynamik des Patienten, aber auch das Spiel der Übertragungen und Gegenübertragungen in der therapeutischen Beziehung oder im Gruppenprozess erforderlich und möglich machen. Oft wird erst im nachhinein die Psycho-logik solcher Iterationen deutlich.

Beispiel:

Diese Vorgänge sollen nun anhand eines Fallbeispiels aus einem mittelfristigen Therapieverlauf im Rahmen einer integrativen gruppentherapeutischen Behandlung mit künstlerischen Methoden kreativen Medien verdeutlicht werden.

Herman, ein 35jähriger Sozialwissenschaftler, kommt wegen diffuser Angstsymptomatik und nächtlichen Panikattacken in die Behandlung, um seine „Symptome loszuwerden“, aber auch mit der Motivation, durch Selbsterfahrungsprozesse sich selbst besser kennenzulernen. Seine gute Introspektionsfähigkeit und seine Ansprechbarkeit durch die kreativen Medien und künstlerischen Methoden helfen ihm, sich intensiv auf die Prozesse der Selbstexploration einzulassen.

Es ist überhaupt unsere Erfahrung, daß keineswegs nur der „Leidensdruck Motor der Behandlung“ ist, wie es in der Psychoanalyse vertreten wird, sondern daß eine durchaus gleichwertige „intrinsische“ Motivation in den Selbstaktualisierungstendenzen von Menschen (*Goldstein, Maslow, Rogers, Perls*) und in einer „Neugierde auf sich selbst“, dem Bedürfnis, sich besser kennen und verstehen zu lernen, zu sehen ist. Zuweilen kommen äußere Motivationen aus dem sozialen Feld, von Lebenspartnern oder aus der Berufssituation hinzu, und dieses alles gibt in seinem Gesamt eine vielschichtige Motivationsstruktur, die man in dieser Differenziertheit sehen muß, um sie adäquat nutzen zu können und nicht Einseitigkeiten zu erliegen. Immer wieder können wir nämlich feststellen, daß Patienten, deren Symptomatik sich relativ schnell gebessert hat oder sogar verschwunden ist, weiter an der Entwicklung ihrer Persönlichkeit-im Rahmen der Therapie arbeiten, ja zuweilen sogar noch engagierter, weil sie in ihrem eigenen Leben von der Wirkung der Selbsterfahrungsmöglichkeiten überzeugt wurden.

Hier weichen unsere Erfahrungen offenbar von denen analytischer Kollegen ab. Andererseits finden wir auch das Phänomen, daß Patienten - selbst bei großen Schwierigkeiten, eine Besserung der Symptome zu erzielen - dennoch intensiv im Prozess mitarbeiten, weil sie die Selbsterfahrung für sich als wertvoll erleben. Es entwickeln sich bei ihnen noch andere Zieldimensionen als die der Symptombeseitigung.

Diese komplexe motivationale Lage finden wir bei *Herman*, und sie muß für das Verstehen seines Prozesses mitberücksichtigt werden. Nachdem sich der Klient in die Gruppe eingefunden hatte und sich zunächst mit Alltagsproblemen einzubringen suchte, kommt er in einer Gruppensitzung, in der zum Thema „Ausdrücken, was mich drückt“ mit Ton gestaltet wurde, zu einem Bild, das ihn und die übrigen Teilnehmer in beeindruckender Weise an seine Angstproblematik heranführt, ohne daß dies in seiner bewussten Gestaltungsabsicht gelegen hatte. Seine Skulptur (Abb. 10) spricht für sich selbst. Er gab ihr später den Namen: „Stummer Schrei eines alten Babys“. Der Tonkopf — weit aufgerissener Mund, weit aufgerissene Augen, die Hände im Schreck vor die Brust und zum Hals genommen — wird von ihm als Ausdruck seiner „nächtlichen Panikattacken“ gesehen. Die Therapeutin assoziiert für sich unter anderem einen Totenschädel (bei diesem Bild durchaus naheliegend) und ein schreiendes Kind, das von Dunkelängsten überflutet wird. Der Patient selbst schlägt trotz des Bildtitels keine bewusste Brücke zu seiner Kindheit. Die spätere Entwicklung des therapeutischen Prozesses zeigt aber klar, daß in dieser Tonskulptur eine mächtige Äußerung des Unbewussten zu sehen war und eine Botschaft an den Patienten, sich mit dem Thema „Angst“ auseinanderzusetzen, auch wenn er das Thema „Tod“ zum Zeitpunkt der Gestaltung noch nicht sehen konnte. Eine Deutung auf dem Hintergrund meiner Assoziation hielt ich seinerzeit für verfrüht. Die Entfaltung seines Themas erfolgt entlang der Dynamik von Angst, Abwehr, Widerstand, Versicherung, Vertrauensgewinn, wobei Interferenzen durch die Themen anderer Gruppenteilnehmer, durch den gruppenspezifischen Prozess, durch die Gegenübertragungsresonanzen der Therapeutin und ihre Behandlungsziele und Strategien (*trajectories*) dazu führen, daß die *Wege (viations)* des Patienten, die *Wege* der Gruppe, die *Wege* der Behandlerin insgesamt das prozessuale Geflecht wirken (*Petzold* 1988n, S. 226 ff).

Es sind also nicht nur Grundkonflikte, wie der zwischen Abhängigkeit und Autonomie, zwischen Bindung und Separation, zwischen den Personen der ödipalen Triade, wie von vielen Psychoanalytikern angenommen wird (*Mentzos* 1984, S. 129). Es wiederholt sich keineswegs immer ein grundlegendes Konfliktmuster „auf einer jeweils höheren Ebene“ (ebd.), sondern es geht um vielfältige Konfliktkonstellationen und Ursächlichkeiten im Verlaufe der Biographie und im Wirkungsfeld der gegenwärtigen Lebenssituation (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993), zu der dann auch die therapeutische Gruppe oder die dyadische Beziehung in der Einzelbehandlung gehören kann, die das Leben eines Patienten bestimmen.

In *Hermans* Prozess kommt, so scheint es, zunächst eine Seitenlinie seiner Problematik auf, als die Gruppe in ihrem Prozess sich stärker dem Erleben der eigenen Leiblichkeit zuwendet und sich hier auf Erfahrungen der Kraft, der Stärke, der Gesundheit, Vitalität und Sicherheit richtet. Aber aus dem Abstand zeigt sich, daß ein unbewusstes Bedürfnis nach Sicherheit und Versicherung zunächst eine „Plattform“ erforderlich macht, einen festen Boden, von dem aus eine konfliktzentrierte Bearbeitung belastenderer Themen möglich wurde. Das Unbewusste wirkt also auf der individuellen und gruppalen Ebene.

In einem Körperbild (*Orth, Petzold* 1991a) haben die Teilnehmer das Thema „Wo fühle ich mich in meinem Leib vital und kräftig und wo eingeengt und bedrückt“ gestaltet. *Hermans* Bild (Abb. 11) repräsentiert einen vitalen, lebendigen Mann, der sich offen und expansiv in den Raum reckt. Die Farbqualitäten Rot, Gelb, Orange symbolisieren Lebendigkeit. Andererseits finden sich in dem Bild Körperpartien, die, in einem kräftigem Blau gehalten, Verspannung und Belastung ausdrücken: Schulter, Nacken, Brustbein, oberer Magenbereich. Diese im Vergleich zum Gesamtbild eher kleinen Areale liegen „wie ein Schatten“ über ihm. Die Assoziation kontrastiert die expansive Tendenz des Gesamtbildes. Sind die ausgebreiteten Arme, die gut gegründeten Beine nur Wunschbild? Sind sie Abwehr des „Schattens“ oder niederdrückender Ängste? Uns kommt die Tonarbeit des Patienten in den Sinn, in der er eine Woche zuvor seine nächtlichen Ängste gestaltet hatte (Abb. 10). Der Druck im Brustraum, der ihn nachts bei Angstanfällen belastete, konnte sich artikulieren — im „stummen Schrei“.

Nach dieser Arbeit war für *Herman* eine Verbesserung in seiner Symptomatik eingetreten. Ist das Bild ein Rückfall, oder wird es eine weitere, vertiefende Erarbeitung der Problematik ermöglichen? Das Abklingen der Beschwerden erfolgte auf die Gestaltung im Medium der Tonerde durch das Ausdrücken des Schreis in einer Plastik, ohne daß *Herman* in der Sitzung selbst geschrien hätte. Es war ihm bewusst: „Dieser lautlose Schrei hat mir Erleichterung gebracht, aber ich habe die Stimme nicht gebraucht!“ Der Schrei muß sich inkarnieren.

Im Kontakt mit den blauen Arealen kommt das Belastungsgefühl wieder auf und auch ein Zorn über die „Schatten der Vergangenheit“, die auf seinem Leben liegen. Er wagt es, sich auf diese Dimension stärker einzulassen, und arbeitet mit der „Vergrößerungstechnik“ (*Orth, Petzold* 1990c, S. 752, 1072) die blauen Passagen stärker heraus. Neben/hinter seiner Körperdarstellung entsteht die Schattenfigur, einem großen dunklen Vogel gleich. Die „Flügel“ zeigen ihr ganzes niederdrückendes Poten-

tial. Im Kontrast zu den ausgebreiteten Armen und Beinen sind die „Schwingen“ nach unten gebogen. Eng aneinander gepresste Stelzen tragen eine durch rote Ringe eingeschnürte Leiblichkeit. In einer weiteren Malsequenz wird *Herman* aufgefordert, aus der „Resonanz“ auf diese kontrastreiche Darstellung ein neues Bild zu gestalten (Abb. 12), in sich hineinzulassen, um zu sehen, welche Atmosphären heraufziehen, ob und wie sie sich verdichten, ob aus ihnen ein Bild, eine *Szene* heraustritt und sich konkretisieren will. Nach einiger Zeit beginnt der Klient zu gestalten.

Er zeichnet sich: Die rote Umrissfarbe verblasst in einem Ocker, die expansiv ausgreifende Haltung wirkt niedergedrückt, eine inverse Figur. Die Arme liegen hilflos, impulslos auf den Oberschenkeln, die Beine sind verschränkt, die Füße ohne tragenden Bodenkontakt, alles Zeichen von Dekarnation (*Petzold* 1992a, S. 1157ff). Der Kopf ist zwischen die Schultern eingesenkt, die „blauen Wülsten“ gleich, sich gegen bedrohliche Impulse abzuschirmen suchen. Hinter der Figur entsteht eine Form, ein schwarzes Podest. Es ist eine Treppe, auf der *Herman* seine Mutter darstellt: über ihm, ihn mit ihren Blicken niederdrückend. Aus ihren Augen schießen beherrschende Strahlen, die auch das Herz (noch lebendig, rot und sichtbar dargestellt) treffen. Im Bilde werden die Blicke in ihrer Wirkmacht unübersehbar und damit auch für ihn leiblich spürbar (*Wahrnehmen*) — ihre Gewalt durfte er zuvor „nicht merken“ (ebd. S. 129ff). In der formalen Qualität erinnern die Beine des Schattenbildes an die Beine der Mutter auf dem Podest. *Herman* kommt aus seiner Darstellung eine Atmosphäre entgegen, die er erkennt und die ihm ermöglicht, eine typische Kindheitsszene zu erfassen. Sie stellt die „Qualität“ der „Zwischenleiblichkeit“ im Bezug zu seiner Mutter dar: die über ihm stehende, ihn kontrollierende niederdrückende Dominanz.

In einem weiteren Bild (Abb. 13) wird die Entwicklung dieser Konstellation in die Adoleszenz und in die Erwachsenenzeit weiterverfolgt. Die Mutter wird zu einer kompakten Figur: schwarz und dunkelblau sind ihre Farben. Sie schleudert schwarze und rotblaue Pfeile auf ihren Sohn, der nichtsdestoweniger erstarkt, selbst groß und massiv wird und Möglichkeiten ausbildet, sich abzugrenzen (Trennungslinie quer durch das Bild), um den Preis der Verhärtung. Er entwickelt eine Panzerung: auf seiner linken Seite besonders stark einen blauen Schild, dann vor seiner Brust eine quadratische Stahlplatte. Sie schützt sein Herz, aber sie wiegt auch schwer und drückt. *Herman* kann Attacken (blaue Pfeile) zurücksenden, aber er muß immer in einer „Hab-acht-Stellung“ auf Gegenangriffe und Bedrohungen gefasst sein. Seine Schultermuskulatur, die Muskulatur seiner Arme und Beine wird in massiven schwarzen und blauen Schraffuren herausgestellt und zeigt die chronische Überlastung und Panzerung.

Die Bildsequenz macht deutlich, wie das entsteht, was *Wilhelm Reich* als „Charakter-Panzer“ beschrieben hat. Sie zeigt: die Fähigkeit der Abgrenzung ist da, aber der Preis, der gezahlt wurde, war hoch. *Herman* muß sich heute immer noch abgrenzen, muß auf der Hut sein, kann aber auch die Initiative ergreifen und bei Besuchen seiner Mutter die Situation zunehmend gestalten, u.a. auch durch zeitliche Begrenzungen.

Therapeutisch wird folgendes zu erarbeiten sein: Der „stumme Schrei“ muß laut werden. Die Verhärtungen müssen an Rigidität verlieren, zu flexiblen *Abwehrmöglichkeiten* werden, um damit die Qualität eines *chronifizierten* Musters zu verlieren. Das *Narrativ* (*Petzold* 1988n, S. 218ff) von „Angriff, Zurücknahme, Verpanzerung“ wird seine lebensbestimmende, generalisierende Kraft verlieren müssen. Die Therapie hat hierzu Wichtiges beigetragen, genauso wie eine gute, liebevolle Partnerbeziehung, in der sich die „weichen Seiten“ unter dem „Schutzschild“ immer mehr zeigen können. Es scheint, daß

Herman zunehmend lernt, in welchen Situationen er „Helm und Harnisch“ ablegen kann, wo es vielleicht möglich ist, das „Visier“ aufzuklappen, und wo es gut ist, durchaus gewappnet und gerüstet zu bleiben. In seinem beruflichen Alltag kann er diese Möglichkeiten schon differenzieren und gezielt nutzen.

Der thematische Fokus der Behandlung hatte bis zu diesem Zeitpunkt die „Mutterproblematik“ in den Vordergrund gestellt. Die Angstsymptomatik wurde wesentlich mit der mütterlichen Dominanz und Kontrolle und mit Verletzungen in der Mutter-Sohn-Beziehung in Verbindung gebracht. Im weiteren Verlauf der Behandlung sollte sich erweisen, daß — wie wir es immer wieder finden — Symptomatiken multiple Ursachen haben und nicht nur aus einer Quelle gespeist werden. Sie sind Ausdruck unterschiedlicher Konfliktkonstellationen, traumatischer Erlebnisse oder Defiziterfahrungen. Das, was die erste Tonplastik (Abb. 10) an Atmosphärischem verdichtet hatte, was sie symbolisierte, war im bisherigen Verlauf der Therapie noch nicht ausgeschöpft worden. Die Angst des Kindes vor der Mutter war nur *eine* Dimension in einer komplexen Angstsymptomatik, die unterschiedliche Qualitäten der Furcht, des Schreckens, der Ängstigung aufwies. Der „stumme Schrei“ vermittelte noch andere Atmosphären als das Verstummen des Kindes vor der mütterlichen Dominanz. Sehen wir den Tonkopf als *Symbol*, als „eine Repräsentation komplexer, vielschichtiger, manchmal auch widersprüchlicher Wirklichkeit, die Verdichtung vielfältiger szenischer Elemente (Gefühle, Atmosphären, Stimmungen, Wertungen, Bilder, Bedeutungen, Fakten usw.) in einem sinntragenden Zeichen“ (Petzold 1988t; Petzold, Orth 1993a, S. 154ff), was eine „Brückenfunktion“ (Oelkers, Wegenast 1991) für das Unbewusste darstellt, das weiterhin auch „Sinnsprünge“ zwischen verschiedenen Erfahrungsfeldern überbrückt, so verstehen wir, was sich im weiteren Verlauf der Therapie als ein weiterer Fokus zeigt. Das Unbewusste als „Archiv aller unbewussten Lebenserfahrungen“ wollte Verdrängtes freigeben in der Tonskulptur als Symbol. Dieses hatte zunächst in der Resonanz der Therapeutin durch seine „affizierende Kraft“ das Todesthema anklingen lassen, gleichsam als Hinweis auf den weiteren Weg, der wiederum über das Medium Ton führen sollte. Nachdem der Patient durch die Bearbeitung des Mutterthemas und die positiven Erfahrungen in der Gruppe und im Lebensalltag soviel an Boden gewonnen hatte, daß er zu noch bedrohlicheren Schichten in den Archiven seines Leibes vordringen konnte, war es möglich, diesen Weg zu beschreiten.

Für den integrativen Ansatz ist die Arbeit in „intermedialen Quergängen“ (Orth, Petzold 1990c) charakteristisch. Wir bleiben nicht bei einem Medium, sondern aus der individuellen Psychodynamik und dem gruppenspezifischen Geschehen wird der Einsatz verschiedener künstlerischer Methoden und kreativer Medien notwendig. Was

noch nicht sprachlich gefasst werden kann, formt sich z. B. im Ton. Was nach Ausdruck „ohne Worte“ verlangt, bedient sich der Pantomime oder Musik. Emotionale Intensität lässt zu Farben greifen. Konflikthafte, szenische Konstellationen führen zu dramatischem Spiel, das Realitätscharakter haben kann, auf zukünftige Einsichten verweist oder aber auch zur Form eines Symbolspiels finden lässt (Petzold 1982i). Das Symbolisierte wiederum kann Ausdruck in einem Gedicht (Heinermann 1990; Pape 1993), einem Märchen (Lücke! 1979; Petzold 1975c), einer Theaterimprovisation (Petzold 1982a, 1993k; Wening 1993), einem Prosatext (Goßmann 1993) finden. In all diesen Prozessen klärt sich Bewusstes und artikuliert sich Unbewusstes, kommt Verdrängtes zum Bewusstsein, wird Phantasmatisches real und greifbar.

Alle diese Möglichkeiten finden sich im therapeutischen Weg von Herman und im Weg der Gruppe, an der er teilnimmt. Eine Phantasieübung zu prägenden Einflüssen in der Kindheit bringt ihn wieder in Kontakt mit seinen Angstgefühlen, bei denen ihm nun eine besondere Qualität deutlich wird: „Furcht im Bauch“, die in seinem *Körperbild* zunächst nur schwach angedeutet war — die Belastungen, die auf seine Schulter drückten, waren bewusstseinsnäher. Eine Serie von Tonplastiken und Bildern bringt ihn mit einer Qualität „existentieller Bedrohung und Furcht“ in Kontakt, die ihn offenbar "bis in die Eingeweide" (*on the gut level*) ergriffen hatte.

In einer Familienskulptur (Abb. 14) stellt er seinen Vater als amorphen Klumpen dar, seine Mutter als nach außen orientierte, umschlingende, dominierende Frau, die immer nur auf ihre Arbeit gerichtet war. Er selbst steht im Hintergrund, in seinem Bauch die Angst, die in der Tonplastik in Form eines schreienden Gesichtes dargestellt wird, das die Eltern nicht sehen, weil sie ihm den Rücken zuwenden. Die drei Figuren sind unverbunden. In der Darstellung des Vaters finden sich Anklänge an die erste Darstellung des stummen Schreies mit der Totenkopfqualität (Abb. 10). Jetzt, in der Resonanz auf die Atmosphären, die von den einzelnen Plastiken ausgehen, kann er mit seinem Vater, mit der Geschichte seines Vaters in Kontakt kommen. Er spürt, daß von seinem Vater etwas ausgegangen ist, das ihn zutiefst geängstigt hatte.

Die Angstfratze im Bauch der Tonplastik, in *seinem* Bauch, wird durch einen „intermedialen Quergang“ in bildlicher Gestaltung detaillierter ausgearbeitet. Es entsteht eine Zeichnung mit schwarzer Wachsmalkreide (Abb. 15). Keine Farbe wird gewählt, und auf der Projektionsfläche des Kinderbauches entstehen Bilder. Das Unbewusste gibt Kinderängste frei, bedrohliche Familienatmosphären, die nicht benannt, geschweige denn besprochen werden konnten. Grimmige Blicke, eine totenköpfige Figur, die ein Kind würgt, zähnebewehrte, diabolische Visagen, schreckgeweitete Kinderaugen, hilfeausstreckende Hände, all das zeigt „namenlose, ungreifbare Schrecken“, die jetzt *Gestalt* gewinnen, eine *Form* finden und nach *Sinn* und *Bedeutung* rufen.

Herman werden in dieser Phase seiner Therapie Zusammenhänge deutlich, die er zuvor nicht gesehen hatte. Er kommt an die Quelle einer Angst, die er bislang nicht erklären konnte und die jetzt als Todesangst erkennbar wird. Herman hatte schon in seinen Kindertagen unter Angstzuständen gelitten, insbesondere unter *parvor nocturnus*, der sich verschärfte, als sein Vater (der Junge war damals 12 Jahre alt) plötzlich verstarb. In einem Bild (Abb. 16) stellt er diese Angst als ein schwarzes Loch dar, das mitten in seinem Zentrum sitzt und vielarmig ausgreift, als abgrundtiefer Brunnen, über dem der Kopf des Kindes (Augen und Mund angstvoll aufgerissen, die Arme

hilfesuchend ausgestreckt) so dargestellt ist, als würde es jeden Moment versinken oder verschlungen werden. Das Thema aus dem projektiven Bild des „Kinderbauches“ (Abb. 15) ist hier ausgearbeitet.

Hermans Vater war als junger Soldat in Gefangenschaft geraten und nach langer Kriegsgefangenschaft schwerkrank als Spätheimkehrer zurückgekehrt. Die Eltern hatten in der Hoffnung geheiratet, daß der Vater wieder gesunden würde und seinem Beruf als Arzt nachgehen könne. Doch es sollte anders kommen. Seine Erkrankung (eine Tuberkulose) heilte nicht aus. Seine Praxisräume blieben leer, und er konnte seine Tätigkeit nicht beginnen. Die Mutter war gezwungen, den Lebensunterhalt der Familie zu verdienen. *Herman* erinnert sich an seinen Vater als kränklich, schwach, hustend auf dem Sofa liegend oder röchelnd über das Waschbecken gebeugt. In einer Tonplastik (Abb. 17) stellt er ihn ausgemergelt, ohne Hände auf dem Becken abgestützt dar. In dieser Tonarbeit gelingt es *Herman*, zu den Leiden seines Vaters, seinem Leidensweg einen Zugang zu finden, und aus der unbewussten Identifikation, in der er Ängste und Beunruhigung übernommen hatte, in ein bewusstes, empathisches Verstehen einzutreten, durch das sich ein Verständnis für die Situation des Vaters, aber auch für die abspaltende Außenorientierung der Mutter gewinnen ließ. Ein Speer steckt in seiner Schulter, wie die Lanze, die Siegfried an seiner verwundbaren Stelle in den Lebensnerv trifft.

In der Familie stand die Krankheit des Vaters, obwohl sie das Leben so zentral bestimmte, eher am Rande. Es wurde nicht darüber gesprochen, daß keine Aussicht auf Heilung bestand. Der Junge wusste nicht, daß sein Vater „vom Tode gezeichnet“ und die Familie „mit dem Tod im Hause lebte“. So traf der plötzliche Tod des Vaters *Herman* sehr massiv und unvermittelt. Die Todesängste des Vaters, die Gegenwart des Todkranken über so viele Jahre zeigen sich nun als die zentrale Quelle für die Angstzustände des Kindes und die nächtlichen Panikattacken des Erwachsenen, in denen das nächtliche Husten und Röcheln des Vater wiederholt. Zorn und Trauer bestimmen die therapeutische Arbeit in dieser Phase „emotionaler Differenzierungsarbeit“ (Petzold 1992b), in der *Herman* lernt, seine *eigenen* Gefühle der Beunruhigung über den Zustand des Vaters und die „delegierten Ängste“ des Sterbenskranken zu unterscheiden.

Natürlich lassen derart intensive Einzelprozesse das Gruppengeschehen nicht unberührt, sondern sie finden Resonanz auch bei den anderen Gruppenteilnehmern. Die Themen „Vater“ und „Tod“ kommen vermehrt auf und werden u.a. im Schreiben von Märchen und Geschichten bearbeitet. Der methodische Ansatz des *Märchenschreibens* und *Märchenspiels* (Petzold 1975c; Franzke 1985) ermöglicht, komplexe Wirklichkeit und schwer greifbare Lebensthemen in symbolische Formen zu gießen, Fragen auf einer anderen Ebene als die der zergliedernden Sprache zu bearbeiten und Möglichkeiten aktiver Gestaltung anzubieten. In „intermedialen Quergängen“ werden dann immer wieder in Märchenspielen oder szenischen Konkretisierungen Elemente oder Passagen des Märchens dramatisch umgesetzt (Orth, Petzold 1990c).

Herman spielt in einer Gruppeninszenierung verschiedene Märchensequenzen aus seinem Text: z. B. den Tod, der versucht, immer wieder Menschen zu sich herüberzuziehen (Abb. 18). Aber die anderen Gruppenmitglieder spielen ihre eigenen Themen weiter — wer lässt sich schon gern vom „Sensenmann“ holen —, so daß er allein bleibt, keine Mitspieler findet und sich die Szene dann burlesk auflöst.

Ich hoffe, daß an diesem Fallbeispiel deutlich geworden ist, wie durch die kreativen Medien und künstlerischen Methoden in der Integrativen Therapie Unbewusstes nicht nur zugänglich und einsich-

tig wird, indem es in projektiven Gestaltungen Ausdruck findet, sondern daß es auch selbst geformt und umgestaltet wird, daß in den Bildsequenzen, Texten, dramatischen Spielen sich Umgestaltungen vollziehen, die Transferschritte in den Alltag ermöglichen, Materialien aus dem Alltag aufnehmen und in der therapeutischen Gruppe ausarbeiten, so daß es nicht zu einer Zweiteilung des Lebensgeschehens in eine therapeutische und eine Alltagsrealität kommt, in einen „analytischen Raum“, der vom „Lebensraum“ abgeschnitten ist, sondern zu *einem* Prozess: zu dem des Lebens dieses Patienten.

Therapie nach dem Integrativen Ansatz ist eine „begleitete Strecke Leben“. Sie nimmt die Therapeutin, die Therapiegruppe hinein in das soziale Feld des Patienten, in den Kreis der „emotional bedeutsamen Personen“ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993), die positive Qualitäten in das Leben eines Menschen bringen. So verstanden, wird Therapie zu einem „Prozess gemeinsamen Lernens und wechselseitiger Hilfeleistung“, ein gemeinschaftliches Geschehen des Wachstums und der Entwicklung, der Stütze, Problemlösung, Heilung und Lebensbewältigung. *Herman* hat in „seiner“ Gruppe Menschen gefunden, mit denen er seine Geschichte, seine Ängste und seine Entwicklung teilen konnte. Die Teilnehmer der Gruppe hatten in *Herman* einen Menschen gefunden, der sich für das Schicksal eines jeden Gruppenmitglieds interessieren und engagieren konnte. Dieser zwischenmenschliche, mitmenschliche Zusammenhang - dies soll abschließend unterstrichen werden - ist das Milieu, in dem das heilende und entwicklungsfördernde Potential der künstlerischen Methoden und kreativen Medien zur Wirkung kommen und sich entfalten kann.

Zusammenfassung: Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien Überlegungen aus der Sicht „Integrativer Therapie“

Auf der Grundlage der Bewusstseinstheorie der Integrativen Therapie wird dargestellt, dass Wahrnehmungsergebnisse aus allen Sinnesbereichen in die Sphäre des Unbewussten absinken können, auch Atmosphären und Szenen, die, aufgehoben in den Archiven des Körpers, von dort in negativer, aber auch in positiver Weise wirksam werden können, indem sie unsere Stimmungen beeinflussen. Die Arbeit mit „kreativen Medien“ vermag über ihr projektives Potential verdrängte benigne und maligne Narrative und Scripts zugänglich zu machen, so daß sie in Gestaltungsprozessen, die Verbales und Nonverbales einbeziehen, bearbeitet werden können. Dies wird anhand von ausgewähltem Bild- und Fallmaterial verdeutlicht.

Schlüsselwörter: Unbewusstes, kreative Medien, Integrative Therapie

Summary: The unconscious in the therapeutic work with creative media based on Integrative Therapy

Based on Integrative Therapy's theory of consciousness, the author demonstrates, that exceptional events in the different senses can drop into the sphere of unconsciousness. Among them are atmospheres and scenes, which — stored in the archives of the body — can emerge in negative or in positive ways that may influence our moods. Therapy with „creative media“ and their projective potential can uncover repressed

good or bad narratives and scripts, which can be worked through in creative processes that include verbal as well as nonverbal elements. These processes are illustrated by selected case examples and pictures.

Key words: Integrative Therapy; unconsciousness; creative media; art therapy.

Literatur

- Abt, L.E., Bellak, L. (1950): Projective psychology. New York: Knopf.
- Alexander, F., French, T.M. (1946): Psychoanalytic therapy. principles and application. New York: Ronald Press.
- Anderson, H., Anderson, G. (1951): Introduction to projective techniques. New York: Prentice Hall.
- Anzieu, D. (1973^a): 1.2S mdthodes projectives. Paris: P.U.F.
- Balint, M. (1952): Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom. *Intern. J. Psychoanal.* 33, S. 214ff; auch in: Ders.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München: dtv, 1988, S. 244-266.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Towards an unifying theory of behavioral change. *Psychological Revue* 8, S. 191-215.
- (1988): Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research* 1, S. 77-98. Bloch, E. (1959): Das Prinzip Hoffnung, 2 Bde. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bremm-Gräser, L. (1970): Familie in Tieren. München: Reinhardt.
- Faltermajer, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P. (1992): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirklichkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Franzke, E. (1985): Märchen in der Psychotherapie. Bern: Huber.
- Freud, S. (1898a): Die Sexualität in der Ätiologie. GW I, Frankfurt: Fischer, 1978, S. 498ff. — (1899b): Zum psychischen Mechanismus der Vergeßlichkeit. GW I, Frankfurt: Fischer, 1978, S. 517ff.
- (1918b): Aus der Geschichte der infantilen Neurose. GW XII, Frankfurt: Fischer, 1978, S. 27-157.
- Frings-Keyes, M. (1974): The inward journey. Millbrae, Ca.: Celestial Art Press. Gößmann, I. (1993): Sprache, Sprechen, Identität. *Integrative Therapie* 1/2, S. 32-42.
- (1993a): Poesie- und Bibliothherapie am Fritz Perls Institut (FPI) und an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG). In: Petzold, Sieper 1993a, S. 581-592.
- Gurwitsch, A. (1974): Das Bewußtseinsfeld. Berlin: de Gruyter.
- Heinermann, B. (1990): Arbeit mit Texten und Poesie in der Integrativen Therapie mit Jugendlichen. In: Petzold, Orth 1990a, Bd. 2, S. 975-1010.
- Heini, P. (1986): Die Interaktionsskulptur. *Integrative Therapie* 1 /2, S. 77-109.
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hurrelmann, K., Ulich, D. (1991): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz.
- Kuhr, I., Berger-Jopp, A. (1993): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, Sieper 1993a, S. 505-518.
- Luborsky, L. (1984): Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- Lackel, K. (1981): Begegnung mit Sterbenden. München: Kaiser.
- Lücke!, R. (1979): Gestalttherapeutische und integrative Arbeit mit Märchen. Paderborn: Junfermann.

- Mentzos, S. (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. München: Kindler.
- Merleau-Ponty, M. (1945): *Phänomenologie de la perception*. Paris: Gallimard; dt.: *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter, 1966.
- Müssig, R. (1991): Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie. München: Ernst Reinhardt.
- Oelkers, J., Wegenast, K. (Hg.)(1991): *Das Symbol – Brücke des Verstehens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Orth, I. (1993): Integration als persönliche Lebensaufgabe. In: *Petzold, Sieper* 1993a, S. 371-384.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1985c): Überlegungen zur Eigenständigkeit kunsttherapeutischer Medien. Ausbildung in Poesie- und Bibliothherapie. In: *Petzold, Orth* 1985a, S. 413-431.
- (1993c): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In: *Petzold, Sieper* 1993a, S. 93-117.
- (in Vorber.): Der domestizierte Körper. In: *Psychologische Beiträge*. Mainz: Matthias Grünewald.
- Pape, T. (1993): Über den Umgang mit Texten, Metaphern und Poesie in Gruppen. *Integrative Therapie* 19, S. 154-158.
- Perls, F.S. (1969): *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette: Real People Press; dt.: *Gestalttherapie in Aktion*. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, S. 331-360.
- (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris; auszugsweise dt. in: *Petzold* 1988n, S. 455-491.
- (Hg.)(1972a): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann.
- (Hg.)(1974b): *Drogentherapie. Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann/Hoheneck, 2. Aufl. Frankfurt: Klotz, 1980.
- , (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Ders. 1974j, S. 285-404.
- (Hg.)(1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann.
- , (1974l): Konzepte zur Drogentherapie. In: Ders. 1974b, S. 524-529.
- (1975c): Masken und Märchenspiel in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1, S. 44-48.
- , (1975h): Integrative Therapie ist kreative Therapie. Düsseldorf: Fritz Perls Institut. —, (1977): Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik. In: *Petzold, Brown* (Hg.)(1977): *Gestaltpädagogik*. München: Pfeiffer, S. 101-123.
- , (19790): Die Technik der Zukunftsprojektion. Zur Zeitstrukturierung im Psychodrama. In: Ders. 1979k, S. 198-250.
- , (1979k): *Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- , (1981h): Leibzeit. *Integrative Therapie* 7, S. 167-178; auch in: *Kamper, Ch., Wulf, P.* (Hg.)(1982): *Die Wiederkehr des Körpers*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 68-81.
- , (1982a): *Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater*. Stuttgart: Hippokrates.
- , (1982i): Symbolspiele mit Puppen. *Animation* 7, S. 249-251.
- , (1984c): Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. In: *Petzold, Spiegel-Rösing* (Hg.)(1984), S. 431-501.
- , (1987c): Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie. *Integrative Therapie* 13, S. 104-141.
- , (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit. Düsseldorf: Fritz Perls Institut; erw. in: Ders. 1991a, S. 153-332.

- (1988b): Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie. Düsseldorf: Fritz Perls Institut; erw. in: Ders. 1991a, S. 91-152.
- , (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und 1/2. Paderborn: Junfermann.
- (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen (Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988). Hückeswagen: Fritz Perls Akademie.
- , (1989d): „Die Brille von vorgestern“. Vergangenheitsprojektion und Zeitreisen in der Erinnerungs- und Antizipationsarbeit der Integrativen Therapie. *Gestalt & Integration* 2, S. 44-52.
- , (1989e): Das Käutchen vom Lambertusturm – ein Märchen über Reisen in der Zeit. *Gestalt & Integration* 2, S. 34-42.
- , (1989f): Zeitgeist als Sozialisationsklima. Zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie. *Gestalt & Integration* 2, S. 140-150.
- , (1990e): „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese (Vortragsfolge auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychosomatik“, 22. – 23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam); erw. in: Ders. 1992a, S. 649-775.
- , (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- , (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: Ders. 1992a, S. 789-870.
- , (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: Ders. 1992a, S. 927-1040.
- , (1992m): Die heilende Kraft des Schöpferischen, *Orff-Schulwerk-Informationen* 50, S. 6-9; auch in: *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1993), 5.10-14.
- (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. 11/3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- (1993k): Dramatische Therapie. Herkunft, Entwicklung, Konzepte. In: *KlosterkötterPrisor, B.* (Hg.): Grenzüberschreitungen. Theater, Theaterpädagogik, Therapie. Remscheid: RAT.
- (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik. Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* 1993a, S. 267-340.
- Petzold, H.G., Goffin, Oudhof, I.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Sieper* 1993a, S.173-266.
- Petzold, H.G., Kirchmann, E.* (1990): Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie. In: *Petzold, Orth* 1990a, S. 933-974.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- (1985b): Poesie- und Bibliothherapie. Entwicklung, Konzepte, Theorie-Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes. In: *Petzold, Orth* 1985a, S. 21-102.
- (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- (1990b): Die neuen Kreativitätstherapien. Formen klinischer Kunsttherapie und Psychotherapie mit kreativen Medien. In: *Petzold, Orth* 1990a, S. 15-30.
- (1990c): Metamorphosen. Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 16, S. 53-93; auch in: *Petzold, Orth* 1990a, S.15-30.
- , (1991a): Körperbilder in der Integrativen Therapie. Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie* 17, S. 117-146; auch in: *Petzold* 1993a, S.1201-1226.

Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 19, S. 95-153.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann. *Ricoeur, P.* (1965): De l'interprétation. Essai sur Freud. Paris; dt.: Die Interpretation. Versuch über Freud. Frankfurt: Suhrkamp, 1969.

Schlippe, A. von, Kriz, J. (1993): Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen. Eine Integrative Perspektive auf zwei systemtherapeutische Techniken aus der Sicht der personenzentrierten Systemtheorie. *Integrative Therapie* 19, S. 999-241.

Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann.

Sternberger, D. (1981): Über den Tod. Frankfurt: Suhrkamp.

Teegen, F., Johann, A., Voght, K.H. (1986): Modifikation von Beschwerdeshäufigkeit, -intensität und Medikamentenverbrauch von Klienten mit funktionellen Bauchbeschwerden, *Integrative Therapie* 12, S. 39-48.

Thomä, H., Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. I. Berlin: Springer, 2. korr. Nachdr. 1989.

Titze, M. (1979): Lebensziel und Lebensstil, Grundzüge der Teleoanalyse nach A. Adler. München: Pfeiffer.

Wening, G. (1993): Integrative Dramatherapie. In: *Petzold, Sieper* 1993a, S. 575-580. *Wolff, W.* (1989): Die Medien, das sind wir selbst. Handbuch für die Medienarbeit.

Praktische und theoretische Ansätze integrativer Medienpädagogik. Reinbek: Rowohlt.

Abbildungsteil *Orth*, Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit



Abb. 1: *Gunther* und seine Familie

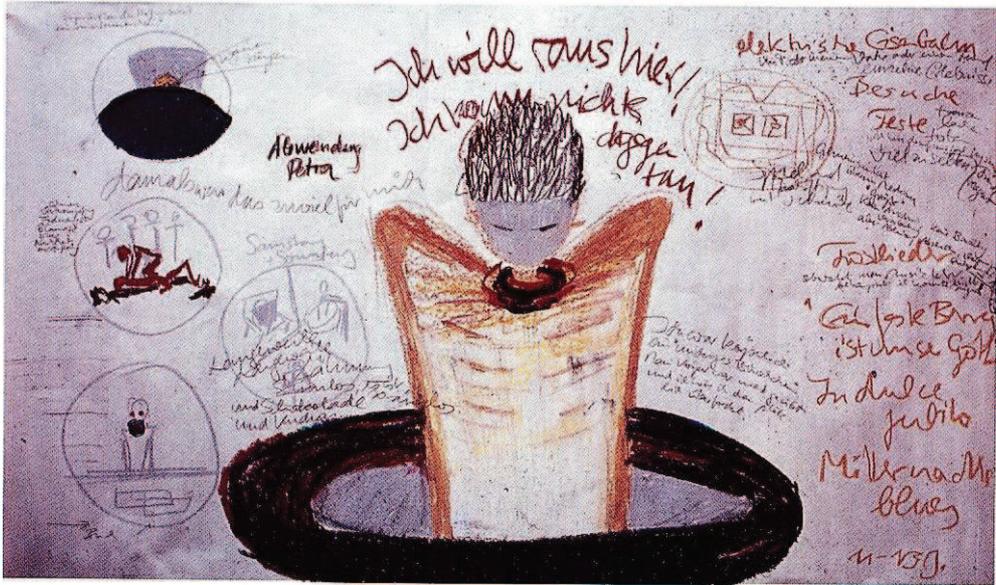


Abb. 2: Gunther — gefangen

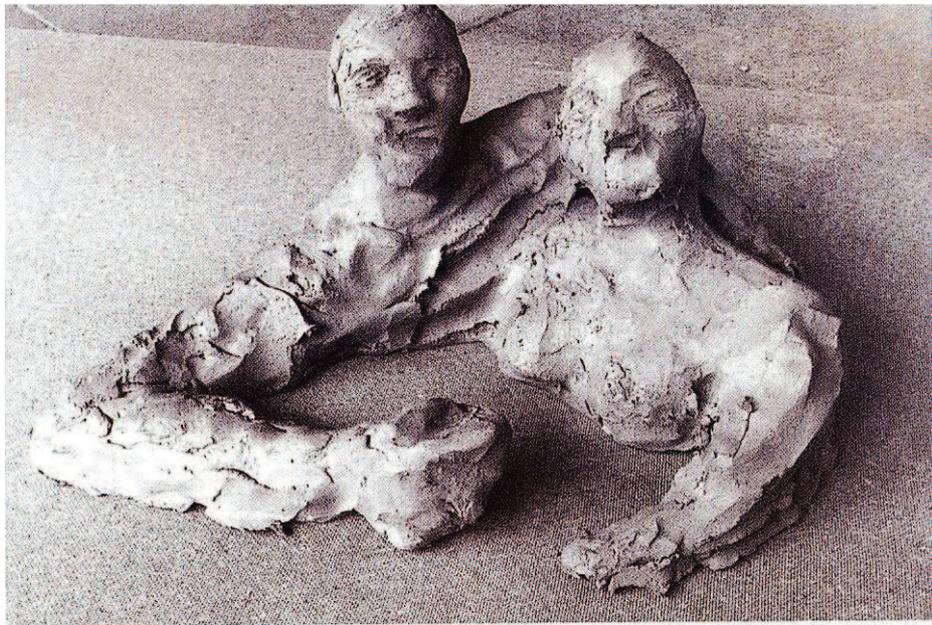


Abb. 3: Gunther: Verbundenheit und Offenheit

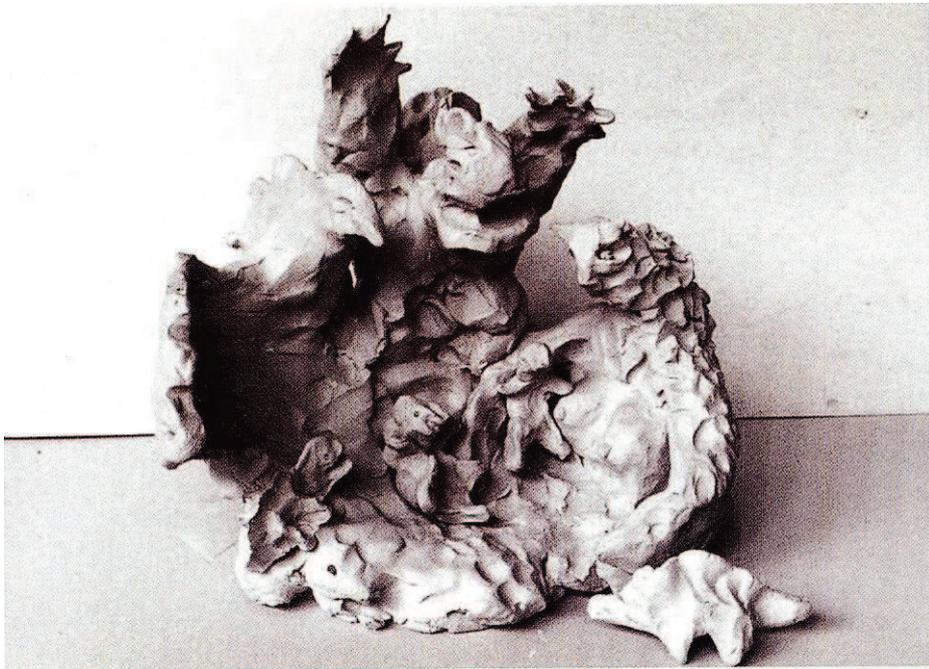


Abb. 4: Gudrun – „phantasmatische Familie“



Abb. 5: *Christiane* — bedrohliche Atmosphären



Abb. 6: *Agnes* - Kindereinsamkeit



Abb. 7: Herman – Dunkelängste

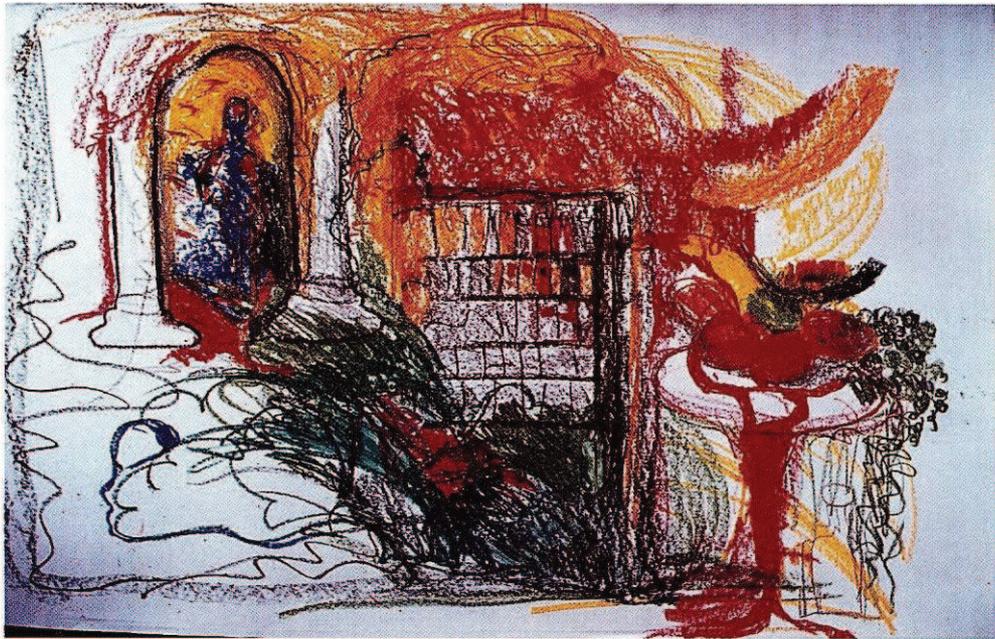
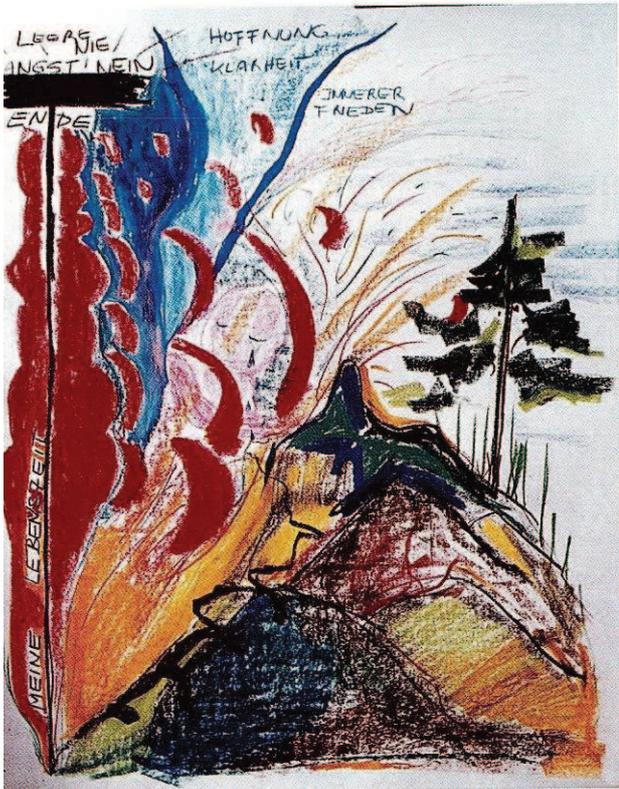


Abb. 9: Barbara – Lebensvision



b. 8: Marlene – Strom der Lebenszeit

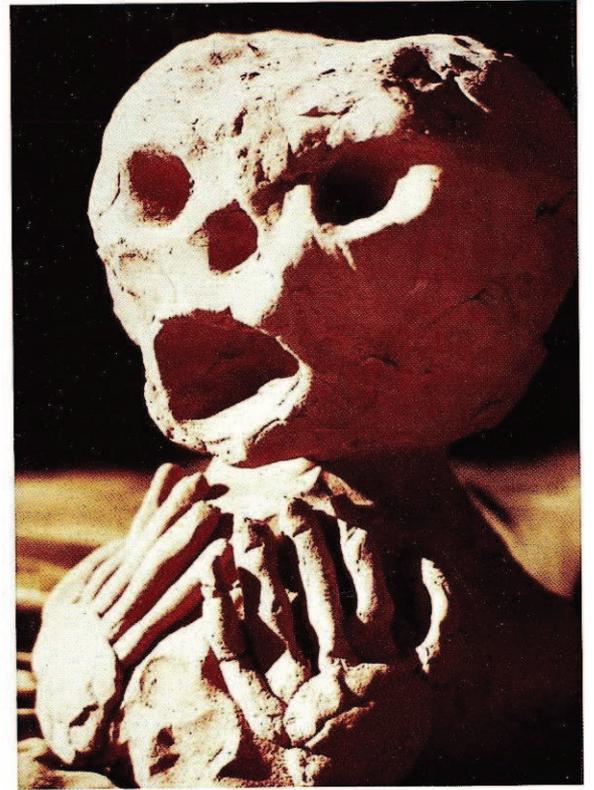


Abb. 10: Herman – „Stummer Schrei eines alten Babies“



Abb. 11: Herman – Selbstdarstellung



Abb. 13: Herman und seine Mutter – „Zwischenleiblichkeit“



Abb.12: H. Unter den Augen der Mutter

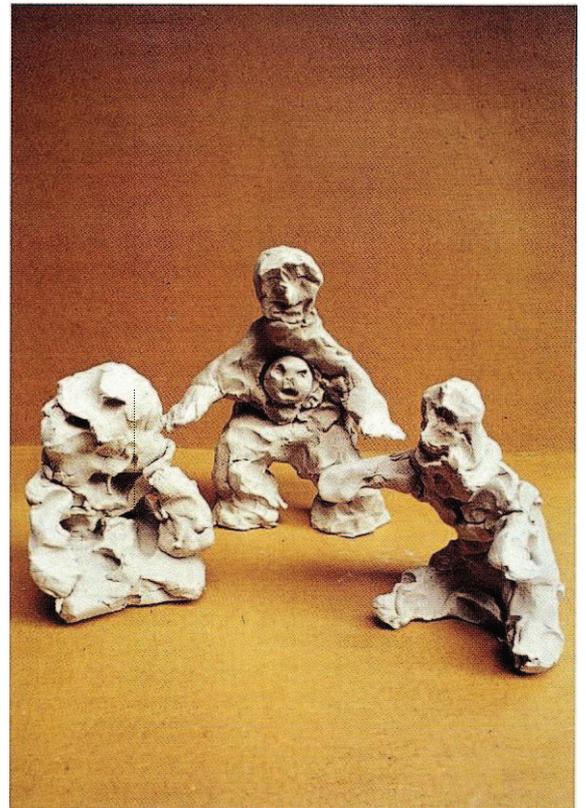


Abb. 14: Herman — Die Furcht im Bauch

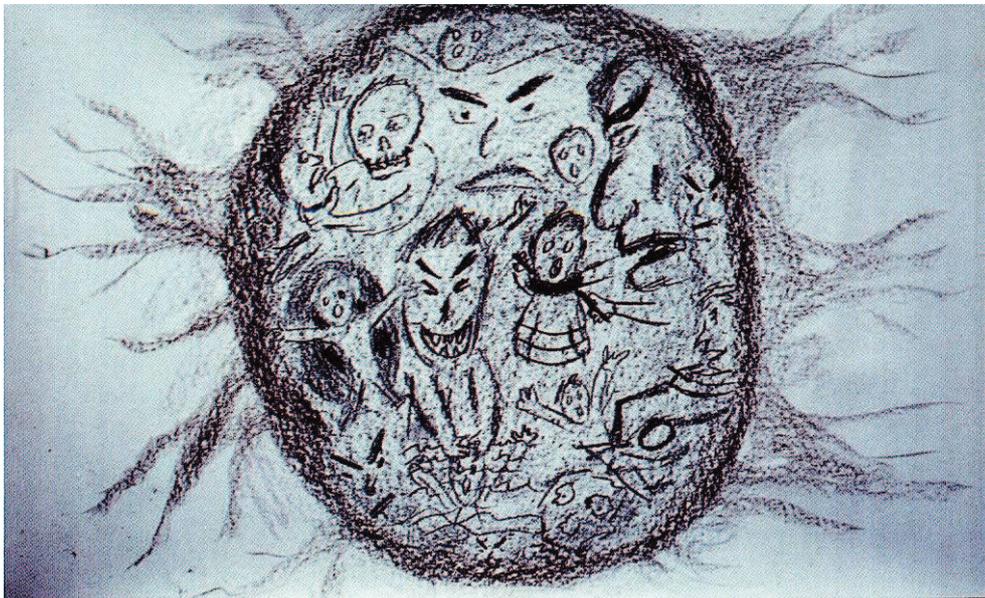


Abb. 15: Herman — Kinderbauch: „namenlose Schrecken“

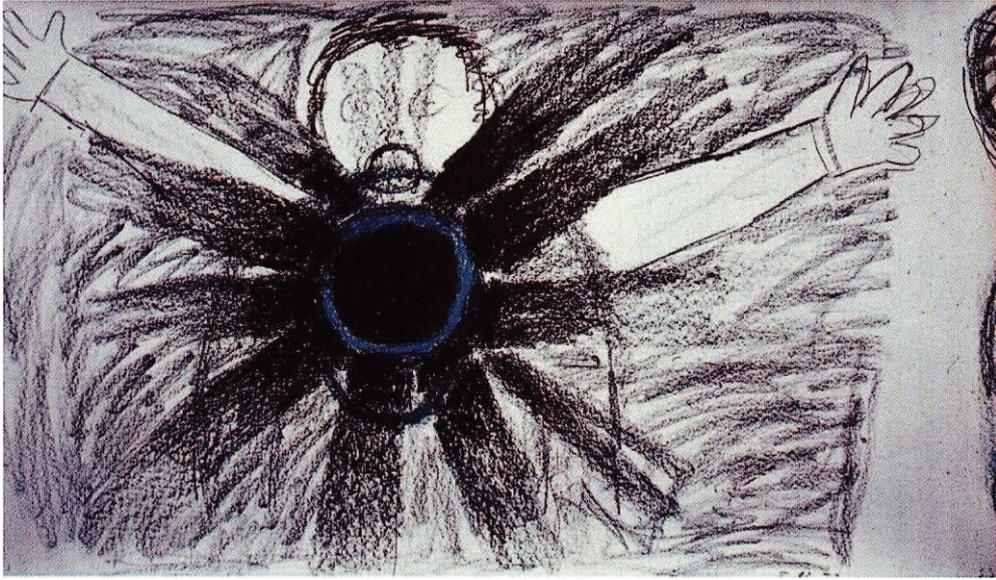


Abb. 16: Herman — „Das dunkle Loch der Angst“



Abb. 17: Die Leiden des Vaters



Abb. 18: Herman – Symbolspiel

