

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

10 /2005

„Malen als Therapie“
bei Alkoholabhängigkeit*

eingereicht von:
Christine Kisch, Theilenhofen

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

*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>)



Inhaltsverzeichnis ¹

Kapitel / Seite

1	Hinführung zum Thema „Malen als Therapie“	
1.1	Einleitung	1 / 6
1.2	Persönliches	1 / 6
1.3	Anlass für Themenauswahl	1 / 6
2	Malen als Therapie / Maltherapie (allgemein)	
2.1	Der Begriff „Maltherapie“	2 / 8
2.2	Was ist Maltherapie	2 / 8
2.3	Wer durch die Maltherapie gewinnt , und warum	2 /10
2.3.1	Wann und wo wird Maltherapie vorwiegend eingesetzt	2 /10
2.4	Ziele in der Maltherapie	2 /11
2.5	Therapieplanung und Stundenverlauf	2 /11
2.5.1	Zeitlicher Rahmen	2 /11
2.5.2	Therapieraum	2 /11
2.5.3	Thema	2 /11
2.5.4	Arbeitsmaterial	2 /12
2.5.5	Anschließendes Gespräch	2 /12
3	Verschiedene Ansätze zur Kunst- / Maltherapie	
3.1	Psychiatrischer Ansatz	3 /13
3.1.1	Der lerntheoretische Ansatz	3 /13
3.1.2	Der kreativitätstheoretische Ansatz	3 /13
3.1.3	Der sozio-biographische Ansatz	3 /13
3.2	Künstlerisch-kunstpädagogischer Ansatz	3 /14
3.2.1	Lassen sich Kunst und Alltag unterscheiden?	3 /14
3.2.2	Was bewirkt das Leben in/mit der Kunst im Leben des Alltags?	3 /14
3.2.3	Kunsttherapie als Heilmittel?	3 /15
3.3	Heilpädagogischer Ansatz	3 /15
3.3.1	Wir sprechen von sinnes- und neurophysiologisch geschädigten Menschen.	3 /15

¹ „Zur Erstellung der Graduierungsarbeit für die Veröffentlichung durfte ich gemalte Bilder einiger Klienten verwenden, deren Zustimmung ich persönlich erhielt.
Die Klientendaten wurden darüber hinaus anonymisiert.“

3.3.2	Wer bildnerisch-gestalterisch..., sollte...	3 /16
3.3.3	Wiederanknüpfung der unterbrochenen Erfahrung	3 /17
3.4	Psychotherapeutischer Ansatz	3 /17
3.4.1	Differenzielle Indikation der Kunsttherapie	3 /17
3.4.2	Beitrag zur Kunsttherapie von Gisela Schmeer	3 /18
3.4.3	Schwerpunkte der psychoanalytischen Kunsttherapie	3 /19
3.5.	Anthroposophischer Ansatz	3 /20
3.5.1	Der kunsttherapeutische Prozess als Zeitgestalt	3 /20
3.5.2	Die Phasen des kunsttherapeutischen Prozesses	3 /21
3.6	Rezeptiver Ansatz	3 /22
3.6.1	Bildende Kunst in der Medizin	3 /22
3.7	Integrativer Ansatz	3 /23
3.7.1	Der Therapeut als Künstler	3 /23
3.7.2	Chaos und Kranksein gehören zu unserem Menschsein (Therapeutischer Prozess)	3 /24
3.7.3	Die Herzmitte ins Spiel kommen lassen zwischen Ich und Du (Therapeutischer Dialog)	3 /25
3.7.4	Die Erfahrung unserer Sinne intensivieren	3 /25
4	C. G. Jung und die Kunsttherapie	
4.1	Die Bedeutung der schöpferischen Prozesse	4 /27
4.2	Seine Beziehung zu Mandalas	4 /28
5	Kunst-/ Maltherapie auf der Basis der Integrativen Therapie	
5.1	Entwicklung der Kreativitätstherapien:	5 /29
5.1.1	Transversalität Quevernetzung	5 /30
5.1.2	Hintergrund des „Integrativen Ansatzes	5 /31
5.1.3	Joseph Beuys: „Kunst ist ja Therapie“	5 /31
5.2	Das Menschenbild in der Integrativen Therapie	5 /32
5.3	Vom Bild des „Schöpferischen Menschen“	5 /33
5.4	Die Säulen der Identität	5 /34
5.5	Die Vier Wege der Heilung und Förderung	5 /35
5-6	Die Wirkfaktoren	5 /37
5.7	Die therapeutische Beziehung (1)	5 /37
6	Maltherapie bei Alkoholabhängigkeit	
6.1	Therapeutische Grundsätze im Therapiezentrum Cronheim	6 /39

6.1.1	Schwerpunkte im Arbeitsbereich der Suchterkrankungen	6 /40
6.1.2	Ziele der Maltherapie in der Suchtarbeit	6 /40
6.2	Wirkfaktoren in der Maltherapie	6 /41
6.3	Die therapeutische Beziehung (2)	6 /44
6.4	Malen als Ressource	6 /45
6.5	Malen als Potential	6 /46
6.6	Malen als Möglichkeit der Kompensation	6 /46
6.7	Malen als Motivation und Arbeitsbündnis	6 /47
6.7.1	Freiwilligkeit der Teilnahme an der Therapie	6 /48
6.7.2	Die differenzierte Patientenvariable und die Beziehungsvariable	6 /48
6.7.3	Die Kontext- bzw. Settingvariablen	6 /48
6.8	Malen als „Vierter Weg der Heilung und Förderung“	6 /50
7	Freude mit Farben und am Malen	
7.1	Farben und ihre Wirkung auf die Psyche des Menschen	7 /51
7.2	Maltechniken	
7.2.1	Klecksbild und Klatschtechnik	7 /53
7.2.2	Fadenziehbilder	7 /53
7.2.3	Naß-auf-Trocken	7 /53
7.2.4	Naß-in-Naß	7 /53
7.2.5	Wachsmalkreide	7 /53
7.2.6	Pastellkreide	7 /54
7.2.7	Malen mit normalen Buntstiften	7 /54
7.2.8	Malen mit Aquarellstiften	7 /54
7.3	Bildnerisches Gestalten	
7.3.1	Collagen	7 /54
7.3.2	Gegenständliches Malen	7 /54
7.3.3	Abstraktes Malen	7 /55
7.3.4	Stimmungsbilder	7 /55
7.3.5	„Selbstbild“ (so sehe ich mich)	7 /55
7.4	„Mandala“ - eine Sonderform des Malens	7 /55
7.4.1	Definition von „Mandala“	7 /56
7.4.2	Bedeutung und Wirkung: Mandala	7 /56
8	Malen als Erlebnis- und Erfahrungsfeld	
8.1	Malen als Experiment und Abenteuer	8 /58
8.2	Malen als Ausdruck von Eindruck	8 /58

8.3	Malen als Prozess	8 /58
8.4	Malen als Kraftquelle	8 /59
8.5	Malen als individuelle Herausforderung	8 /59

9 Praktische Beispiele der Maltherapie aus der Beschäftigungstherapie

9.1	Die Theorie – Praxis - Verschränkung	9 /60
9.1.1	Raumnutzung	9 /61
9.1.2	Setting	9 /61
9.1.3	Störende Einflüsse auf den Therapieablauf	9 /61
9.2	Arbeitsbeispiele aus der Arbeit mit Klienten / Patienten	9 /64
9.2.1	Bedürfnisse und Motivation	9 /64
9.2.2	Probleme und Konflikte	9 /66
9.2.3	Lernfähigkeit und Erfolgserleben	9 /69
9.2.4	Ablehnung und Toleranz	9 /72
9.2.5	Interaktionen (Einzel-/Gruppenarbeit)	9 /73
9.2.6	Selbstvertrauen und Vertrauen zur Umwelt	9 /73
9.2.7	Ziele setzen und erreichen	9 /74

10 Zusammenfassung

10.1	Meine Graduierungsarbeit wird zu meiner Schatzkiste	10 /75
10.1.1	Maltherapie als Teilbereich der Integrativen Therapie	10 /75
10.1.2	Sinn und Gewinn der Maltherapie für den Klienten	10 /76
10.2	Grenzen des Machbaren	10 /76

11 Anhang

11.1	Literaturangabe	11 /77
------	-----------------	--------

1. Hinführung zum Thema „Malen als Therapie“

1.1 Einleitung

In vielerlei Hinsicht bezeichne ich mich als einen kreativen Menschen. Verschiedene Interessen und Hobbies lassen mich mein Leben lebendiger, aufregender, spannender und bereichernd erleben. Dazu kommt, dass jede positive Erfahrung mich antreibt zu neuen Taten und Bereitschaft zu neuen Erfahrungen. Mehr Freude an meinen Hobbies habe ich jedoch, wenn ich diese mit anderen Menschen teilen und sie sogar dafür begeistern kann. Sehr häufig gelingt mir dies auch. Ich habe das Glück, in meiner beruflichen Tätigkeit meine kreativen Interessen einzusetzen und für die therapeutische Arbeit zu nutzen.

1.2 Persönliches

Vom Grundberuf her bin ich Erzieherin, habe jedoch insgesamt mehrere Ausbildungen absolviert, die ich aus heutiger Sicht als Überbrückung und Zeit der beruflichen Orientierung betrachte.

In meinem Grundberuf als „Staatlich anerkannte Erzieherin“ bin ich seit 1980 mit einigen Unterbrechungen tätig. Verschiedene Arbeitsgebiete (Heim für Kinder / Erwachsene, Sonderschulen und Kindergärten) waren für mich Chance und Herausforderung meiner Kompetenzerweiterung und Motivation zu persönlicher und beruflicher Weiterentwicklung.

Berufsbegleitende Weiterbildung: Heilerziehungspflege, Gestalttherapie für Kinder und Jugendliche, und seit 03 / 2003 „Curriculum Sozialtherapie mit Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe.“

1.3 Anlass für die Themenauswahl

Seit September 2000 bin ich im „Therapiezentrum mit Museum und Kräutergarten“, Schloss Cronheim in Bayern als Erzieherin in der Beschäftigungstherapie tätig. Das Therapiezentrum ist eine Langzeiteinrichtung für chronisch alkoholranke Männer und Frauen. Dazu gehört ein Wohnheim, das Platz für ca. 60 Personen bietet. Mit dem Ziel, ihr weiteres Leben ohne Alkohol zu gestalten, steht ihnen ein vielseitiges Therapieangebot zur Verfügung.

Eines dieser Angebote ist zum Beispiel, dass sie mit meiner Begleitung und Unterstützung in der Beschäftigungstherapie an die verschiedensten Arbeiten und Arbeitstechniken heran geführt werden. Klientinnen und Klienten erhalten Gelegenheit brachliegendes Können wieder neu zu entdecken, neue kreative Techniken kennen zu lernen und durch wachsendes Selbstvertrauen „Neues“ auszuprobieren.

Dabei lernen sie nicht nur frustrierende Erfahrungen zu verarbeiten, sondern erleben zunehmend, dass ihr Erfolg durch ihr Selbstvertrauen und ihren Mut zum Handeln getragen wird. Dies wiederum ist Motivation für sie, auch bei weniger erfolgreichen Erfahrungen den Glauben an ihre Fähigkeit und den Wert ihrer Tätigkeit zu schätzen. Unterstützende Begleitung hilft ihnen schwierigere Arbeitssituationen durchzustehen, anstatt aufzugeben und sich mit Selbstzweifeln oder Minderwertigkeitsgefühlen zu quälen.

Oft habe ich mit besonderer Freude gesehen, dass Klienten nach einer Leistung die sie sich nie im Leben zu getraut hätten und die ihnen viel Willensenergie abverlangte, mit einem erfolg-

reichen Gelingen belohnt wurden.

Diese Erfahrungen gaben ihnen das Gefühl, dass sie selbst viele Erfolge lenken und persönlich beeinflussen können, dass sie nicht immer und überall eine unsichtbare Macht am Handeln hindert, sie dieser Macht nicht willenlos ausgeliefert sind.

Ich habe erlebt wie solche Ereignisse diesen Menschen Kraft, Freude und Lebensinhalt gaben. Ihre Energie wuchs enorm, nichts erschien ihnen mehr unmöglich.

Ihre Arbeitshaltung veränderte sich, die Tätigkeiten gingen ihnen leichter von der Hand, beherrschte Arbeitsweise statt zögerndes Beginnen, und die steigende Freude an ihrer Arbeit. Was ich sah, waren meiner Meinung nach die Garanten für die Förderung ihrer Persönlichkeit, ihrer Leistungsbereitschaft und ihres persönlichen Erfolges.

In der Beschäftigungstherapie wurden Bastel- und einfache Werkarbeiten durchgeführt, Seidenmalerei und Korbflechten angeboten. Für verschiedene Anlässe wurden Grusskarten in unterschiedlichen Techniken und Größen hergestellt. Auch Mandalas wurden hierfür verwendet.

Das Ausmalen von Mandalas war eine lustvolle Tätigkeit für einige Klienten, für einige andere ein Weg der Förderung ihrer Ausdauer, Konzentration und Sorgfalt. Für alle Beteiligten war dies jedoch auch Förderung der Feinmotorik, der Wahrnehmung und der Freude am Umgang mit Farben.

Im Laufe der Zeit entwickelten einige Klienten besonderes Können in der Ausgestaltung von Mandalas und wagten schrittweise den Weg zu eigenen frei gemalten Bildern. Sie experimentierten mit verschiedenen Farben (Wasserfarben, Stifte, Kreiden usw.), Formen, Größen und Materialien. Ihr Interesse und ihre Freude an den eigenen Fortschritten wurden innerhalb der Gruppe diskutiert, bestärkt und mit gegenseitiger Wertschätzung quittiert. Gemeinsam wurde viel ausprobiert, gegenseitig Anregungen gegeben und ermutigt zum Weitermachen. Ihre Lust, neues dazu zu lernen, war unübersehbar, erfüllte auch mich mit Freude.

Diese von mir beobachteten Entwicklungen und Veränderungen brachten mich auf die Idee, mit ihnen Bilder für eine Bilderausstellung herzustellen. Ich gab diese Idee als Vorschlag an die Gruppe weiter, die zwar begeistert darauf reagierte, aber gleichzeitig auch ihre Zweifel äußerte, ob sie dies schaffen würden.

Meine Ermunterung ich sei überzeugt dass sie sich dies zutrauen können, weil sie aus eigenem Antrieb schon sehr viel gelernt hätten, überzeugte sie.

Es gelang mir meinen Friseur für unsere Bilder zu interessieren. Ich wusste, dass er unbekanntem Künstlern gerne Ausstellungen ihrer Arbeiten ermöglichte, weil er sich selbst dafür interessierte, und auf diese Weise mehr über die Person erfuhr.

Im August 2003 erhielten wir unseren Ausstellungstermin: September bis Oktober 2004.

Mit Eifer und meiner Unterstützung begannen die Klienten, auf dieses Ziel hinzuwirken. Sie zeigten sich lernbereit und experimentierfreudig, nahmen ihre Arbeit wichtiger und steckten ihre Leistungsziele deutlich höher. In die Gruppe kam neue Lebendigkeit, gegenseitige Wertschätzung und interessierte Aufmerksamkeit.

Mir erschien diese Zeit in ihrer Zielgerichtetheit besonders wertvoll, gewinnbringend und als Bereicherung für die Klienten und Klientinnen.

Wenn man für längere Zeit die unterschiedlichen Ereignisse und Prozesse verfolgt und begleitet, wird man bewegt und berührt in einer Weise, die von Außenstehenden oder den Betrachtern selten so nachempfunden werden kann.

In unserer Einrichtung wurde der Grund unserer Aktivitäten nur wenig bekannt, obwohl die Gruppenteilnehmer mit anderen Bewohnern darüber sprachen. Unsere Tätigkeit wurde oft belächelt, weniger als ernsthaftes Arbeiten betrachtet, sondern eher als „die malen ja nur“ eingestuft.

Hier „vermute“ ich, dass das Ausmaß der Freude, der Sinn, Gewinn und die Intensität des Malens für die Klienten / Klientinnen auf Grund unzureichender Information über das „Malen als Therapie“ nicht ausreichend bekannt ist.

Deshalb möchte ich in meiner Graduierungsarbeit über das Malen schreiben, über die Vorarbeit, die gezielten Lernschritte, und die unterschiedlichen Lernerfahrungen, die meines Erachtens beeindruckend sind und das Selbstbild bei den meisten Teilnehmern güns-

tig beeinflusst haben.

Ich habe keine Ausbildung absolviert, die sich mit „Maltherapie“ befasst, deshalb kann ich mich weder auf ein solches Fundament beziehen, noch behaupten, dass mein Handeln in allen Angelegenheiten dadurch abgesichert sei.

Meine Kenntnisse beziehen sich auf meine Erfahrungen in der Gruppe in der Beschäftigungstherapie, auf Kenntnisse aus der Weiterbildung „Suchttherapie“ und einschlägiger Literatur zu diesem Thema.

Durch die Auseinandersetzung mit dieser Thematik, habe ich viel über den Wert und Sinn des „Malens als Therapie“ erfahren, was sich für meine Arbeit als nützlich erwies.

2 Malen als Therapie / Maltherapie (allgemein)

2.1 Der Begriff „Maltherapie“:

Im Allgemeinen wird begleitendes, unterstützendes und lösungsorientiertes Malen als Maltherapie bezeichnet.

Beim Malen sind wir derselbe Mensch wie im Leben auch. Wir verhalten uns, oder handeln ähnlich. Beim Malen kann der Klient / die Klientin sich und eigene Impulse, Verhaltens- und Denkmuster, sowie die eigenen Bedürfnisse kennen lernen.

Auf metaphorischer Ebene können wir analog direkt am und im Bild ausprobieren, Veränderungen vornehmen und Dinge in Ordnung bringen / erledigen / abschliessen.

Die Möglichkeiten für Ausdruck und Veränderungen finden und entfalten sich beim Malen in den Bildern.

Das, was wir Wirklichkeit nennen, sind die Bilder, die wir uns von der Wirklichkeit machen.

Gemalte Bilder haben sicher einen Einfluss auf unsere Wirklichkeit

Manchmal finden wir neue, überraschende Lösungen im Bild. Manchmal treffen wir neue Entscheidungen beim Tun. Wir zapfen tieferes Wissen an und können es tatsächlich integrieren. Wenn wir beim Malen in Kontakt mit dem Geschehen treten, neue Verbindungen knüpfen und neue Sichtweisen entwickeln, haben wir schon etwas verändert, was sich auf unser Leben auswirken kann.

Die Maltherapeutin unterstützt diesen Prozess und versucht diesen auch in Gesprächen zu begleiten.

- Bettina Egger bezeichnet dieses Vorgehen als „Begleitetes Malen und Lösungsorientiertes Malen.“

Sie bietet mit ihrem Atelier einen geschützten Raum an, in dem die Teilnehmer ihre erwachsenen Kontrollinstanzen ausschalten und frei wie ein Kind mit Farben und Formen spielen können. In diesem Spiel entstehen Bilder, die im Innersten berühren, weil sie die Sprache des Unbewußten sind. So können Sie (die Teilnehmer) in Kontakt mit tieferen Schichten ihrer Persönlichkeit kommen und sich selbst besser verstehen lernen. Alte Verletzungen und Verhaltensstrategien, die in der Kindheit entwickelt wurden und heute noch wirksam sind, kommen über die Bilder ans Licht und werden greifbar. In der Auseinandersetzung mit dem Gemalten kann verarbeitet und verändert werden, ohne dass der gewonnene Draht nach Innen abreißt. Indem wir unser Bild aktiv weitergestalten, kommunizieren wir mit unserem Unbewußten in seiner eigenen Sprache, und es wird uns verstehen.

2.2 Was ist Maltherapie

Sie kann eine Reise zur eigenen inneren Welt sein, die erst noch fremd ist, allmählich vertrauter wird und schließlich in einer Bildervielfalt auf dem Papier zum Ausdruck kommen kann. Ein weißes Blatt Papier, Farbstifte oder Pinsel und Farben genügen meistens, um das zum Ausdruck zu bringen, was die Klientin oder den Klienten gerade beschäftigt, bewegt oder berührt. Oft stellen die Malenden bei der anschließenden Betrachtung und Besprechung erstaunt fest, dass das gemalte Bild teilweise Ausschnitte aus ihrer Vergangenheit und der aktuellen Lebenssituation beinhaltet. Sie betrachten „im Bild“ Ängste und Zweifel aus der Vergangenheit und der Gegenwart, vergleichen was sich vielleicht daran verändert hat. Sehr häufig lassen sich aus den Bildern Existenzängste erkennen. Sie lernen ihre eigenen Stärken kennen und wertschätzen, können über diese Erfahrung den Umgang mit eigenen Schwächen üben, und vielleicht sogar durch neue Quellen der Stärkung mindern. Beim Malen versuchen die Teilnehmer etwas auszudrücken, deshalb steht auch der gestalterische Prozess während des Bildmalens im Vordergrund. Der besondere Wert ist hier in der Veränderung während des Malens zu verstehen. Dies hilft ihnen eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Möglichkeiten zu begegnen und sie zu verstehen

Freies, spontanes Malen in einfacher Technik (eventuell durch eine Phantasiereise angeregt) ermöglicht ihnen und uns, uns selbst und unserer Kreativität zu begegnen.

Das Ausdrucks-malen weckt und fördert die Kreativität und Persönlichkeit. Es kann uns zu unserem eigentlichen Wesen führen und auf dem Weg der Entfaltung eine Hilfestellung sein. Leuchtende Farben mit vielfältigen Möglichkeiten zur Handhabung, wecken die Freude am Gestalten.

Im therapeutischen Setting ist eine unterstützende und begleitende Haltung des Therapeuten nicht nur hilfreich für die Klienten, sondern gegebenenfalls sogar unerlässlich. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Arbeit in einer Gruppe stattfindet und ein gemeinsames Thema bearbeitet werden soll.

Eine Arbeit kann zum Beispiel der aktive Ausdruck einer Reise in die eigene innere Welt sein, die unser Leben widerspiegelt (Ängste, Zweifel, Sorgen, Bedürfnisse, Wünsche, oder eigene Gefühle). Der gestalterische Prozess ist hierbei im Vordergrund. Kreativität und Persönlichkeit wird in diesem Arbeitsverlauf ebenfalls gefördert

Gerade in der Anfangsphase der gestellten Arbeitsaufgabe tauchen häufig Unsicherheit, Versagensängste oder andere Ängste auf, gelegentlich auch Scham. Betroffenheit aus Erfahrungen der Vergangenheit und die Auseinandersetzung mit Zukunftsperspektiven die Existenzängste sichtbar werden lassen, scheinen auf unüberwindbare Probleme hin zu weisen. Fragen werden aufgeworfen, auf die es, wie es im Moment scheint, keine erlösenden Antworten gibt. Hier kann der Klient / die Klientin therapeutisch gestützt, über die Maltherapie zu Lösungswegen finden, die ihn /sie aus aussichtslosen Situationen in befreiende Stärkung führen, die seiner Aktivität und Selbstsicherheit förderlich sind.

Obwohl ich mir meiner Aufgabe diesbezüglich bewusst war, reichten meine Ideen und Vorstellungen darüber nicht aus, in welchen Formen und mit welchen Mitteln ich bestmögliche Unterstützung und Begleitung leisten könnte.

Bei meiner Suche nach Informationen dazu, stieß ich im Buch Kunsttherapie (Peter Baukus & Jürgen Thies, 2.Auflage, Verlag Gustav Fischer) und im Internet auf einen Bericht von **Bettina Egger** über die Maltherapie. Sie beschreibt, welche Bedeutung und Auswirkungen „Begleitetes und Lösungsorientiertes Malen“ für die teilnehmenden Personen hat. Da mir ihre Ausführungen für meine Arbeit eine gute Grundlage boten, möchte ich sie nicht unerwähnt lassen und nachfolgend wieder geben:

Begleitetes Malen heißt:

- Versäumtes nachholen
Sie können Farben und Formen ausprobieren, gestalten, verändern und so lange experimentieren, bis das Bild "stimmt".

- Kontakt mit sich aufnehmen
Sie erleben Ihre Bedürfnisse und Befürchtungen und erfahren Ihren inneren Reichtum
- seinen eigenen Weg finden
Sie lernen sich und ihre verschiedenen Persönlichkeitsanteile kennen, entdecken ihre Ressourcen, ihre Stärken und Schwächen. Dies hilft ihnen, unabhängig ihren eigenen Weg zu gehen
- .heißt Probleme anpacken
Sie können aktiv werden und sich mit Verdrängtem und Aufgeschobenem befreien.
- einfach malen, was kommt.
Die Bilder werden wertfrei betrachtet. Sie müssen nicht malen können und auch keinerlei Vorkenntnisse mitbringen. Jeder malt, so gut er kann.
- Begleitetes Malen unterstützt bei
Wachstum und Erweiterung der eigenen Persönlichkeit.

2.3 Wer durch die Maltherapie gewinnt, und warum

Jeder, der Freude am Malen hat, oder die Lust daran entdecken möchte kann für sich auf unterschiedliche Weise gewinnen, selbst wenn keine „sichtbaren“ Gründe für die Teilnahme an einer Maltherapie vorliegen sollten. .

Es sind keine besonderen Malkenntnisse erforderlich. Ausdruck ist hierbei auch ohne Sprechen möglich; ebenso sich und seine eigenen Fähigkeiten besser kennen zu lernen. Darüber hinaus wird Maltherapie unter anderen auch eingesetzt in psychiatrischen Kliniken, oder bei psychosomatischen Störungen. Besondere Beachtung findet in der therapeutischen Praxis das „Lösungsorientierte Malen.“

Das ist nach Bettina Egger

- ein therapeutisches Verfahren zur Behandlung von:
Angst- und Panikattacken
Verstimmungs- und Schmerzzuständen
Essstörungen
Traumata
- eine Lösungshilfe bei Beziehungskonflikten:
in der Familie,
Freunden
bei der Arbeit / Mobbing
- eine Unterstützung zur Entwicklung von:
höherer Konzentration
besserer Lernfähigkeit
- eine Methode zum Verstehen von Träumen:
- eine Hilfe bei Entscheidungen.

2.3.1 Wann und wo wird Maltherapie eingesetzt

Die Maltherapie wird seit Jahren in privaten Praxen erfolgreich eingesetzt und immer häufiger auch in psychiatrischen Kliniken.

Die Maltherapie kann in allen Lebenssituationen eingesetzt werden. Besonders bewährt hat sie sich auch bei:

- psychosomatischen Störungen

- Migräne
- Asthma
- in schwierigen Lebens- und Stress-Situationen
- Krebserkrankungen
- nach Fehlgeburten
- Depressionen

Im gestalterischen Prozess können Gefühle von Angst, Wut, Trauer aber auch von Freude ausgedrückt und verarbeitet werden. Dadurch finden innere Prozesse zu einem kreativen Ausdruck statt. Besonders dort, wo die Seele durch innere Blockaden gehindert ist den Lebensstrom frei fließen zu lassen, wirkt das Malen lösend und hilft zurück in den eigentlichen Lebensfluss.

Das bedeutet inneres Wachstum und innere Entwicklung; was sich wiederum positiv auf die Lebensgestaltung und Lebenshaltung auswirkt.

2.4 Ziele in der Maltherapie

In meiner Arbeitsweise mit der Maltherapie orientierte ich mich lange Zeit vorwiegend an den gestalttherapeutischen Grundlagen, die mir durch meine Weiterbildung in „Gestalttherapie für Kinder und Jugendliche“ vermittelt wurden. Hier geht es um die Fähigkeit und die Möglichkeit des Klienten seinen kreativen Stimmungen Ausdruck zu verleihen. Die gemalten Bilder werden als Bildsprache aufgefasst. Bedeutung erhält hier die Kraft der Bilder, die als Sinnbilder für das eigene Leben zu verstehen sind, welche die klärenden und selbstheilenden Kräfte zu fördern vermögen.

- Ziel der Maltherapie ist daher die Möglichkeit der Auseinandersetzung:
 - mit sich selbst und seiner Umwelt,
 - mit den eigenen Problemen und Gefühlen,
 - Wege und Ziele für den eigenen Lebensweg sichtbar machen,
 - Problemlösungswege suchen, finden, erarbeiten.
 - Persönlichkeitsentwicklung, Lebensqualität und Lebensfreude fördern und stärken.

2.5 Therapieplanung und Stundenverlauf

2.5.1 Zeitlicher Rahmen

Zur Sicherheit und Orientierung für die Klientin / den Klienten sollte in gegenseitiger Absprache der Behandlungstermin möglichst an einen bestimmten Tag zur selben Uhrzeit stattfinden. Eine Therapieeinheit liegt gewöhnlich zwischen 50 bis 60 Minuten. Die Pünktlichkeit des Klienten / der Klientin ist unter anderen aus disziplinarischen Gründen wichtig und sollte verpflichtend sein. Ebenso muss eine Terminabsage innerhalb eines vereinbarten Zeitraumes erfolgen, und auf mögliche Folgen bei Nichtbeachtung hingewiesen werden.

2.5.2 Therapieraum

Der Raum sollte ansprechend und einladend gestaltet sein, jedoch eine Ablenkung von der Therapierarbeit durch ablenkende Reize verhindern.

2.5.3 Thema

Die Themenauswahl ergibt sich in der Regel aus den thematisierten Problemen der Klienten und wird zudem noch von dem Vertrauensverhältnis zum Therapeuten beziehungsweise zur

Therapeutin beeinflusst.

Während der Therapiestunde werden Themen bearbeitet und neue Themen erarbeitet, die sich mit therapeutisch angemessener Unterstützung thematisch fortsetzen oder auch erst entwickeln können.

In einer Gruppensituation könnten Vorschläge aus der Gruppe übernommen werden.

2.5.4 Arbeitsmaterial.

Für die Klienten erleichtert eine Auswahl verschiedener Arbeitsmaterialien mit der Möglichkeit unterschiedlicher Handhabung, je nach persönlichen Vorlieben, die Bereitschaft ihrer Mitarbeit. Zusätzlich bietet ein vielseitiges Angebot „Spiel-Raum“ für ansprechende und motivierende Ausdrucksarbeit (siehe dazu S.2, Punkt 1.3 Anlass für die Themenauswahl).

2.5.6 Anschließendes Gespräch

Nicht immer wollen Klienten über ihre gemalten Bilder sprechen.

Manche aber brauchen das Gespräch zu dem gemalten Bild. Dazu sollte Zeit sein, oder ein möglichst kurzfristiger Termin gefunden werden. Das Bedürfnis des Redens, die Emotionen und die Verbundenheit mit dem gemalten Bild ist noch frisch und könnte therapeutisch von großem Nutzen sein. Das Frustrieren durch Nichtbeachtung oder unnötig langer Wartezeit auf das gewünschte Gespräch, führt unter Umständen dazu, dass der momentane besondere Kontakt zu sich und der eigenen Arbeit leidet, und zu einem späteren Zeitpunkt nicht wieder hergestellt werden kann. .

Zur Therapieplanung und den Verlauf einer Therapiestunde habe ich Informationen während meiner vierjährigen Weiterbildung in „Gestalttherapie für Kinder und Jugendliche“ gesammelt und zusätzlich verschiedene Lektüre darüber gelesen.

Seit Ende März 2003 bis Dezember 2004 habe ich noch mehr darüber erfahren als ich an einer Weiterbildung zur „Integrativen Therapie“ mit Schwerpunkt „Sucht“ vom Fritz Perls Institut teilnahm.

Mein besonderes Interesse war, in meine Tätigkeit innerhalb der Beschäftigungstherapie gewissermaßen Sicherheit, Wohlgefühl, Motivation, Ordnung und System zu bringen.

Ich wollte, dass mein Tun „Hand und Fuß“ hat, nicht orientierungslos von einer Tätigkeit zur anderen hecheln.

Ich wollte zielgerichtet arbeiten, Schäden für die Teilnehmer durch meine Unwissenheit vermeiden, und so weiter.

Ich wollte so vieles, doch haderte ich auch mit einigen Gegebenheiten meiner Arbeitssituation, die ich nicht mit meiner persönlichen Haltung vereinbaren konnte. Das betraf nicht nur den Umgang mit den mir anvertrauten Menschen, sondern auch die Art und Weise in der ich mit den Klienten arbeiten sollte. Für mich gingen und gehen diese „Arbeitsaufträge“ größtenteils an den Bedürfnissen der Menschen vorbei. In meiner Arbeit mit ihnen erfahre ich immer wieder, dass sie mit Sicherheit nicht sehr darauf bedacht sind überwiegend „irgendwelche Sachen“ zum Verkauf herzustellen.

Ich finde es zwar reizvoll und schön wenn einige von uns produzierte Waren verkauft werden können. Ich lehne es jedoch ab, wenn dabei die Produktion anstelle der Therapie in den Vordergrund tritt, da mir dies für die Klienten zu einseitig erscheint und für ihr besseres Selbstwertgefühl zu wenig Nährstoff bietet.

Mit der „Integrativen Therapie“ fühle ich mich diesbezüglich einig und durch sie bestärkt (z.Bsp. das Menschenbild in der Integrativen Therapie).

Soweit möglich, habe ich versucht und werde das auch weiterhin tun, mir zusagende Informationen in meiner Arbeit umzusetzen. Hierbei gilt mein Interesse im Besonderen meiner Kenntniserweiterung zur Basisarbeit, zum Wohle der Klienten die bei mir an der Beschäftigungstherapie teilnehmen.

Aus dem Buch „Kunsttherapie“ von Peter Baukus und Jürgen Thies habe ich interessiert Texte über verschiedene Ansätze zur Maltherapie gelesen, die ich – teilweise wörtlich übernommen -

unter dem nachfolgenden Punkt 3 auszugsweise vorstellen möchte.

3 Verschiedene Ansätze zur Kunst- / Maltherapie

3.1 Psychiatrischer Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Peter Baukus, Seite 31*

Ein kunst- und kreativtherapeutischer Handlungsbezug bedarf theoretisch-methodischer Grundlagen, die es erlauben, Konzeptbildung, Verfahren, Erträge für die Projektarbeit längerfristig festzuhalten und zu transferieren, damit auch in anderen Einrichtungen, die unter anderen Bedingungen in gleicher oder ähnlicher Weise Erfolge erzielt werden können. Bei Gruppen mit besonderen Schwierigkeiten und Bedürfnissen kann man nicht – bei aller Sympathiegeladenheit und allem sozialen Engagement – die Ärmel aufkrempeln und über Versuch und Irrtum helfen wollen. Viele Initiativen scheitern an der einfachen Erkenntnis, dass soziales Handeln wissenschaftlich rückbezogenes Handeln sein muss.

Dreierlei bestimmt unser Programm, das über Erfahrungsgewinn laufend weiterentwickelt wird.

3.1.1 Der lerntheoretische Ansatz

Er hält an der lebenslangen Lernfähigkeit jedes Menschen unter jeder psychophysischen Ausgangslage fest; damit aber auch an einer selbständigen Umsetzung des Gelernten zugunsten des Lerners und seiner sozialen Umgebung (interaktionistischer Lernansatz).

3.1.2 Der kreativitätstheoretische Ansatz

Er billigt jedem Menschen – in Übereinstimmung mit Beuys und der bildenden Kunst des 20. Jahrhunderts – zu, dass er authentisch, ausdrucksstark und originell sich mitteilen und seine Verhältnisse über solche Fähigkeiten verbessern und verändern kann (humanistische Kreativitätsforschung).

3.1.3 Der sozio-biographische Ansatz

Er verweist jeden Menschen auf seine eigene Lebensgeschichte im Kontext mit den gesellschaftlichen Verhältnissen seiner Zeit, aber so, dass er nicht als Funktion der Gesellschaft, sondern eigenverantwortlich seine historische Identität finden kann (psychohistorisch – mentalitäten - geschichtlicher Ansatz).

Aus diesen Prämissen entwickeln wir Gestaltungsaufgaben, die der einzelne in einer Gruppe mit ähnlichen Vorerfahrungen bearbeitet, um über Selbst- und Fremdinterpretation seines Produkts sich besser selbst finden zu können.

...Fortsetzung, Seite 32

Unter dem Stichwort „Gestaltete Interaktion“ werden theoretische und praktische Bemühungen zur Unterstützung soziokultureller Feldarbeit zusammengefasst. Methodische Basis ist dabei eine kunst- und kreativtherapeutische Problemlösungsstrategie, die in enger Verbindung von Erziehung / Selbsterziehung, Beratung / Therapie als aufgabenbezogene Gruppenarbeit entwickelt wurde.

Gestaltete Interaktion bezieht sich sowohl auf den Gestaltungsprozess und das daraus entstehende Produkt (Abb.1), als auch auf die Gestaltungskräfte, die i.S. von Selbsthilfekräften aktiviert werden, so dass Menschen in produktiver Auseinandersetzung sich selbst behaupten und zusammen arbeiten können.

Vier Entwicklungsschritte spielen dabei eine konstitutive Rolle:

- Sich öffnen lernen in Richtung Produktivität
Nach oft jahre- bis jahrzehntelangem inneren Rückzug, verschütteten Möglichkeiten, Beschädigungen, versuchten wir Ausdrucksformen gegenständlicher Art als konstruktives Medium der Selbstbefreiung zu finden.
- Selbstäußerungen authentisch interpretieren lernen
Produkte als Vergegenständlichungsformen in den Raum zu stellen und mehr Selbstausdruck zu finden, genügt noch nicht, sondern es müssen die eigenen Deutungsmuster und Problembezeichnungen hinzukommen, um in einen sozial fruchtbaren Diskurs mit der Umwelt zu treten (Abb.24)
- Veröffentlichung von Eigenleistungen bejahen lernen
Im Schonraum der Gruppe und privaten Räumen sich mit seinen Produkten präsentieren, weckt Selbstvertrauen, aber sich einer größeren Öffentlichkeit, z.B. in Ausstellungen, zu stellen, probt einen Ernstfall von sozialer Interaktion und Beruflichkeit, der wichtig für Problemgruppen bzw. Gruppen mit besonderen Bedürfnissen zur Anschlussgewinnung wird.
- Verfahrensweisen in Eigenregie handhaben lernen
Über ein Klientelverhältnis hinaus besteht die Intention, die Gestaltungsarbeit von Gruppenbezügen und Fremdeinwirkungen abzulösen, um sozialkreative Mittel für sich selber in neuen Kontexten nutzen zu können, sie können damit zur < zweiten Natur > werden und Abhängigkeitsverhältnisse vermindern.

Das kreativtherapeutische Zentrum gibt in seinen Atelierräumen Beispiele für Selbstaktualisierungsprozesse über längerfristige Gruppenarbeit (3 Jahre Selbstfindung, 2 Jahre Berufsfindung bei wöchentlich einer Nachmittagssitzung) und kürzerfristige Workshoparbeit mit der Möglichkeit, Arbeitszusammenhänge in ihren Produkten und Entwicklungsschritten kennen zu lernen.

3.2 Künstlerisch-kunstpädagogischer Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Fritz Marburg, Seite 55, 61 und 66*

3.2.1 Seite 55 Lassen sich Kunst und Alltag unterscheiden?

... Zwar wird gewöhnlich – naiv und spontan – unterschieden zwischen Ausdrucksformen der Künste in Bewegungen, Tönen, Rhythmen, Farben und Formgestaltungen und solchen des Alltags: Schrift, Zeichen, Abbild, Signal usw. Doch geht diese Sicherheit mehr und mehr verloren.

Die Bedeutungsinhalte der alltäglichen Kommunikation werden häufig als durch Verstand und Vernunft hervorgebracht und kontrolliert, diejenigen der Kunst als von Emotion und Phantasie begleitet angesehen. Blicke es jedoch dabei, dann wäre der Umgang mit Kunst nichts anderes als ein bestenfalls erlebnisgesättigter und ausdrucksreicherer „nonverbaler“ Transfer von kognitiven und emotionalen Inhalten. Kunst wäre dann nichts weiter als Selbstgenuss, eine intensivere Form der Wahrnehmung, „bloße Ästhetik“.

3.2.2 Seite 61 Was bewirkt das Leben in/mit der Kunst im Leben des Alltags?

...Erst wer genügend oft und intensiv im geschilderten Sinn in die Kunst eintaucht, sie übt und vollzieht, wird von ihr ergriffen. Diese Art des Ergriffenseins ist keuscher als das emotionale. Es ist das „heilig nüchterne Wasser“ aus Hölderlins „Hälfte des Lebens“. Es verändert, erweitert, bereichert uns im Alltagsleben, sobald es in die tiefen Gewohnheitsschichten unseres Unterbewusstes eingedrungen ist. Die Fähigkeit zum „Metanoie“, zur Umkehr, zum „ändert euren Sinn“ wird hier grundlegend vorbereitet. Ein Anderer oder erst eigentlich Mensch und frei zu werden, wie Schiller es postuliert und Beuys es erhofft hat („jeder Mensch ist ein Künstler“), beruht auf **dieser** Grundlage. Auf ernste Weise spielend, produktiv, kreativ, lebendig und beweglich zu sein in Alltags-, Berufs-, Beziehungs- und Freizeitsituationen, und schließlich

auch dort, wo Leidenserfahrung, Defizitgestaltung, Schicksalserfassung, Hinwendung zur Not Anderer und der Welt gefragt sind. Erst derjenige, der ausgestattet ist mit diesem Instrumentarium der Seele, kann erfassen, wenn von „Krankheit als Chance“ die Rede ist. Dabei geht es weder um den Ausstieg in ein ästhetisches Inseldasein noch um passive Verarbeitungs- und Integrationsstrategien, sondern um wirklich produktive Kräfte zu menschlicher Innovation. Und hier ist Innovation, Erneuerung nicht nur im Sinne einer seelischen Umwandlung zu verstehen. Vielmehr wirkt diese Erneuerung letztendlich bis in die physisch-leiblichen, z.B. immunologischen Verhältnisse hinein. Insofern wird die Möglichkeit, durch die Kunst eine therapeutische Wirkung zu erzielen, weit über das seither auch nur Geahnte hinausgehen. Allerdings besteht hier noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

3.2.3 Seite 66Kunsttherapie als Heilmittel?

Eine zeitgemäß arbeitende, Bewusstseinsdurchdrungene Kunst, deren gedankliche Darstellung **erlebend** vollzogen werden kann und für den praktischen Vollzug Bewusstseinsklarheit entwickelt und konsequente Verantwortung übernommen wird, kann in und für die Therapie erweiternd, erneuernd und heilwirksam sein. Es darf, ja, es muss nach dem oben Angeführten bei genügend breiter Übungspraxis, präziser Fragestellung und gründlicher Bearbeitung der dabei entstehenden Erfahrungen mit Ergebnissen gerechnet werden, die einen ähnlichen Zusammenhang und in eine ähnliche Wirksamkeit auf leiblich-lebendige (psychisch-funktionale) und seelisch-geistige (psychisch-mentale) Zustände und Vorgänge menschlicher Existenz haben, wie die aus dem Zusammenhang zwischen dem Menschen und den natürlichen (und synthetischen) Substanzen gewonnenen Heilmittel.

Ein in diesem Sinne gründliches, sorgfältiges, übendes und konditionierendes Umgehen mit den künstlerischen Elementen, am besten mit ihren zunächst auch isolierten Grundelementen der Farbe, der Form, des Tones, der Bewegung, der Intervalle, der Rhythmen, der Spannungsbezüge, der Organisationskräfte, der Kompositionsprinzipien, und dann erst mit denen des Ausdrucks und der Aussage, macht ein Erforschen ihrer therapeutischen Kapazitäten, eine Differenzierung in ihrer mentalen und psychischen sowie in ihren physiologischen und physischen Wirkungen erst möglich. Des Weiteren kann dann eine Binnenunterscheidung z.B. innerhalb des Psychischen oder des Physiologisch-Funktionalen getroffen werden. Hier stehen wir am Anfang. Das therapeutische Engagement und die therapeutischen Erfahrungen sind verständlicherweise einer zweifelsfreien und konsensfähigen Beurteilung weit voraus. Deshalb werden vergleichende, integrale Praxis-, Forschungs- und Lehreinrichtungen dringend nötig, wie sie auf Kongressen und in verschiedenen Instituten geeignete Arbeitsformen anzunehmen beginnen. Zu diesem Ziel muss ein ständiges Überwechseln „in das andere Lager“ der Erfahrungen und Ideenansätze unternommen und ermöglicht werden.

3.3 Heilpädagogischer Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Karl-Heinz Menzen, Seite 147, 155,*

3.3.1 Seite 147 Wir sprechen von sinnes- und neurophysiologisch geschädigten Menschen.

Wir verknüpfen gewöhnlich mit solchen Sprachregelungen Zuschreibungen, die diese Menschen betreffen. Was wir über sie, die sinnes- und neuronal behinderten Menschen, denken; wie wir sie wahrnehmen, wie wir sie in ihren Kompetenzen und Defiziten einschätzen, - davon wissen die Betroffenen in der Regel kaum. Wir gehen davon aus, dass sie in einer ihnen eigenen Welt leben.

.....Wir können die Formen dieses Blicks auf Behinderung benennen: Dieser akzentuiert in der Regel die

➤ **entwicklungsgemäßen**, genauer: die entwicklungspsychologischen, speziell: sinnespsychologischen und -physiologischen Aspekte (was muss ich/er/sie auf dem jeweiligen Stand der jeweiligen Entwicklung können?) und die biographisch - sozialisatorischen und didakti-

schen Aspekte (was kann ich/er/sie lernen unter den gegebenen Umständen?)

➤ und die **begreifensgemäßen**, genauer: die neuropsychologisch- und neurophysiologisch-hirnhemisphärischen **Leistungsaspekte** (welche mentalen Voraussetzungen habe ich/er/sie, um meinen Alltag zu bestehen?).

Wir werden diese Aspekte, implizit die Frage nach dem **ausdrucksgemäßen**, genauer: den gestaltausdrücklichen, körperdarstellerischen und erzählerisch-kompetenten Aspekten eines behinderten Lebens behandeln: Welche Ausdrucksmöglichkeiten stehen mir/ihm/ihr zur Verfügung? So dass er oder sie in die Lage versetzt werden, ihre eigene kulturelle Identität zu finden. (ausführlichere Informationen hierzu ab Seite 148 !)

Während meiner Arbeit mit chronisch alkoholkranken Männern und Frauen geriet ich, besonders in meiner anfänglichen Unwissenheit, immer wieder in Zwiespalt bezüglich meiner Förderarbeit. Ich wusste nicht sicher was ich von den vor mir sitzenden „erwachsenen Menschen“ leistungsmäßig erwarten oder fordern konnte. In ihrem Verhalten und ihren Reaktionen erlebte ich sie einerseits häufig wie „größere Kinder“: nichts passte ihnen, alles war Sch..., sie waren von allen Angelegenheiten um sich herum gelangweilt oder genervt, sie fühlten sich eingesperrt und bevormundet (das ist wie im Knast, usw.).

Andererseits zeigten sie sich sehr bedürftig was Aufmerksamkeit oder Zuwendung betraf. Gutes Zureden und Ermunterung tat den einen gut und motivierte sie in ihrer Arbeit, ihr seelisches Befinden und ihr Selbstvertrauen wurde genährt und verhalf ihnen zu einem positiveren Lebensgefühl. Andere dagegen waren davon überzeugt, ehemals Gelerntes (z.B. 10 Jahre zurückliegend) noch immer und ohne Einschränkungen zu beherrschen. Sie mussten in ihrer aktuellen Situation (ihr Leben im Therapiezentrum) die schmerzliche Erfahrung machen, dass sie durch ihre kognitiven, körperlichen und weiteren individuellen Einschränkungen an ihre Grenzen stießen. Diese Erfahrungen machten ihnen klar, dass sie ihr Leben neu organisieren und gestalten- und sie sich der Realität stellen müssen, damit sie wieder ins Gleichgewicht kommen und sie sich ihre Identität erhalten können.

In den meisten Fällen folgte zeitweise Verwirrung, Irritation, Frustration, Ärger, Wut und Schamgefühl, insgesamt Gefühle der Angst und Hilflosigkeit - bis hin zur Depression. Soweit sie sich ihrer veränderten Situation bewusst werden konnten (nicht jeder war dazu in der Lage), drängte sich ihnen dann die Frage auf: „Wie soll es jetzt mit mir weiter gehen? Habe ich noch eine Chance für ein Leben in eigener Wohnung, in Unabhängigkeit und Selbstverantwortung?“ Die Frage nach ihrem Lebenssinn- und Wert überrollte sie.

Um hier einen „Absturz“ zu verhindern war ich darauf bedacht, ihnen möglichst schnell und unverfänglich zu einem Erfolgserlebnis zu verhelfen, z. B. in Form einer Tätigkeit die ihnen Freude bereitete bzw. ihnen Raum gab, ihre Gefühle nach ihrem Bedürfnis und mit ihren Mitteln zum Ausdruck zu bringen. Meistens wurde dafür das Malen gewählt.

Meine Begleitung beschränkte ich dann gerne auf gelegentlichen und freundlichen Blickkontakt. Auf Bitten um Malhilfe (Tipps geben) reagierte ich möglichst zurückhaltend, um eine Beeinflussung durch „meine Vorstellungen“ zu vermeiden.

Zusätzlich verhalfen mir Informationen aus dem bereits erwähnten Buch „Kunsttherapie“ (siehe 3.3.2) zu mehr Kompetenz und Sicherheit in der Förderarbeit, da ja in gewisser Weise bei einigen der Betroffenen, laut ihrer von Fachärzten gestellten Diagnose, eine geistige Behinderung vorliegt, deren Ursache auf Alkohol-Missbrauch zurückgeführt wird:

3.3.2 Seite 155 Wer bildnerisch-gestalterisch mit geistigbehinderten Menschen arbeitet, sollte um die Kompetenzen und Nichtkompetenzen seines Gegenübers wissen:

- Im Falle des *linkshirngeschädigten Menschen* können geforderte Grundgestalten nicht richtig konstruiert werden, weil die geforderten Analysefähigkeiten nicht möglich oder vergrößert sind; die Bestimmung von Reihenfolgen, Sequenzen ist infolge einer weniger kompetenten Detailbestimmung erschwert.
- Im Falle des *rechtshirngeschädigten Menschen* erscheint das Unvermögen eher in einer zusammenhanglosen, fragmentarischen Gestaltherstellung und -wahrnehmung. Also wird der mit ihm Arbeitende vor Beginn des bildnerischen Prozesses zu bestimmen suchen, was er erreichen will, welche Art der hemisphärischen Rekonstruktion er versuchen wird, neu zu or-

ganisieren.

➤ *Seite 155...* Störungen im Bereich von Figur-Grund-Differenzierung, des ganzheitlichen Erfassens von Wahrnehmungsgegebenheiten, in der Formanalyse- und –synthese konstanter Größen-, Farben- und Lagebestimmungen, der Gestaltgliederung, der Raumlageelastizität, der visuomotorischen Koordination oder der visuellen Gedächtnisleistungen können als schwere geistige Handicaps erscheinen.

3.3.3 *Seite 157* Wiederanknüpfung der unterbrochenen Erfahrung oder auch Kompensation des ...

...noch nie Erfahrenen zu leisten heißt, den biographischen und den gelebten eigenen Anteil des sozial verstörten Menschen zu suchen und mit bildnerischen Mitteln zu dokumentieren. Die ausdrucks- und verdichtete alltägliche Erfahrungs- und Erlebniswelt des Behinderten – und ein jeder behinderte Mensch hat die ihm gemäße Weise zu sehen, zu hören, zu fühlen, sich zu bewegen, zu sprechen- ist in ihrem kulturellen Wert und in ihrer sinnhaft- spezifischen Eigenheit, wie kulturellen Ausdrucksformen zu fördern.

Interessant finde ich hierzu die Erläuterungen der Gedanken und Ideen von Hugo Kükelhaus (Seite 158, Erfahrungswelt zur Entfaltung der Sinne) und Bettina Egger (Seite 159, Begleitetes Malen). Von Beiden habe ich bereits wertvolle Anregungen aufgenommen und erfolgreich bei meiner Arbeit in der Beschäftigungstherapie umgesetzt.

3.4 Psychotherapeutischer Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Gottfried Waser, Seite 162 - 164*

3.4.1 Differenzielle Indikation der Kunsttherapie

Seite 162 Das Thema ist schwierig nicht nur, weil dazu wenig fundierte Übersichts- und Forschungsarbeiten vorliegen, sondern auch aus der Natur und Kultur der Kunsttherapie selber, die sich zunehmend als ein weites Feld kunsttherapeutischer Formen und Richtungen darstellt. Zudem spielen Persönlichkeit und klinische Erfahrung der Therapeutin oder des Therapeuten im Hinblick auf Kontraindikationen eine nicht unwesentliche Rolle. Das Licht, in dem die „dämmernden Erscheinungen“ vereint dargestellt werden, ist von der persönlichen Ausrichtung und der theoretischen Auswahl des Autors bestimmt....

... Der theoretische Ansatz ist genetisch-konstruktivistisch im Sinne von Jean Piaget, das heißt, es geht einerseits darum, dass sich Lebewesen selbstregulierend-systematisch und im Austausch mit der Umwelt entwickeln, und andererseits, dass sich auch das menschliche Seelen- und Geistesleben von Kind auf über viele Stufen selbstregulierend herausbildet. Dies geschieht in einer ganzheitlichen, leibseelischen, psychosozialen, wie Hölderlin sagt, „verbindenden“ Weise, die körperliches Handeln als Sammeln, Ordnen, Auslesen überführt in intelligentes Handeln, Umformen, in operatives Verhalten, das „tief der Geistigkeit gelingt“ und Zeichen, Symbole zu lesen und zu schaffen vermag....

Seite 163 ...Dass gestaltende Therapieformen mit der dargestellten genetischen, handlungsbezogenen, **ästhetischen** Betrachtungsweise im Sinne von Strukturentwicklung, von Prozess und Produkt eine ursprüngliche Verwandtschaft aufweisen, und damit mit den Künsten, ist evident. Die konstruktive Feindschaft zwischen Kunst und Therapie, wie sie in Diskursen oft auftaucht, liegt wohl im Missverständnis begründet, dass viele Kunstschaffende und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten der fragwürdigen Meinung seien, im kunsttherapeutischen Prozess würde angestrebt oder vorgegeben, Kunst zu schaffen. Es kann sich zwar in günstigen Konstellationen diese besondere individuelle und soziokulturelle Qualität in der gestalterischen Verbindung von Erscheinung und Sinn eines Werkes ereignen, im Vordergrund der (psycho-)therapeutischen Arbeit steht aber, wie Helena Schrode formuliert, „der Gestaltungsprozess – die Tätigkeit und nicht das Produkt“ (1994). Wo sind nun die Kunsttherapie und die Kunstpsychotherapie einzuordnen unter dem Gesichtspunkt moderner, empirischer Psychologie? Es

zeigt sich, dass die gestaltenden Therapieformen durchaus den aktuellen Vorstellungen systemisch-konstruktivistischer Prägung nahe kommen.

➤ Ziel des therapeutischen Gestaltungsprozesses ist es, wie Helena Schrode darstellt (1994), den „Selbstfindungsprozess einzuleiten und damit den stagnierenden Selbstwertungsprozess wieder in Bewegung zu bringen“.

Von gleicher Bedeutung wie der Gestaltungsprozess selbst ist die tiefenpsychologisch fundierte Reflexion des Gestaltens, der Gestaltung und der therapeutischen Beziehung im Spiegel des Übertragungs- und Gegenübertragungskonzeptes. Bildnerisch gestaltend und plastizierend nehmen bewusste, abgespaltete und unbewusste seelische Inhalte Gestalt an und können integriert werden. Durch **gestaltende, beziehungsmaßige** und **reflexiv-deutende** Arbeit werden, so Schrode, „die Ich-Struktur und die Identitätsbildung gefördert“.

➤ Wirkungsprinzipien

Seite 164 Klaus Grawe (1994) stellt im Hinblick auf eine empirische „allgemeine Psychotherapie“ drei Wirkungsprinzipien heraus: die Perspektive der **Problembewältigung**, der motivationalen **Klärung** und der therapeutischen **Beziehung**. Er versteht diese drei Perspektiven „gewissermaßen als Dimension..., die den Raum aufspannen, in dem das psychotherapeutische Geschehen stattfindet... Wir stellen uns daher vor, dass ein Psychotherapeut grundsätzlich für jede Therapie eine reflektierende Position auf jeder dieser drei Dimensionen einnehmen sollte... Er wählt sich in dem...Raum eine Ausgangsposition – dies wäre die Indikationsentscheidung -, von der aus er sich gemeinsam mit dem Patienten“ auf den Weg begibt. Die drei Wirkungsprinzipien der Gestaltungstherapie bei Schrode (Gestaltungs-, Beziehungs- und Deutungsarbeit) stehen in enger Beziehung mit den von Grawe genannten Prinzipien (Problembewältigung, motivationale Klärung- und Beziehungsarbeit).

➤ Was beim Bildnerischen Gestalten geschieht

Seite 164 Bildnerisches Gestalten – im Sinne von Piaget ein figuratives, repräsentierendes Geschehen – beginnt sensomotorisch mit den Empfindungen am Material, führt zum Bewegen und Handeln und öffnet damit, wie Helena Schrode formuliert, „einen ontogenetisch frühen Zugang zum Gestalten“. Das zuerst „absichtslose, impulsive Tun“ belebt „ursprüngliche, triebhafte Bedürfnisse“ (Phase der Primärprozesse), wird spielerisch bewusster, verbindet sich mit konkreten Vorstellungen und Bedeutungen (Phase der Sekundärprozesse) und erschafft „ein vorher nicht dagewesenes Stück Wirklichkeit“, der eine Doppelnatur eigen ist: die Gestaltung erscheint im realen Außenraum und gehört zugleich zur seelischen Innenwelt, zum Gestaltungsraum. Der Gestaltungsprozess nimmt bewusste und unbewusste Probleme des Patienten auf. Er stellt ein handelnd-kognitives und bewertend-emotionales Geschehen dar. Er hat die Bedeutung eines Probehandelns, bereitet die Problembewältigung vor, wie es – aus der Sicht von Grawe – die kognitiv-sprachlichen und verhaltensbezogenen Therapieformen auch tun. Die „tiefenpsychologisch fundierte Reflexion“ bei Schrode hat ebenfalls eine motivationale Klärung im Auge, wozu die therapeutische Beziehung ein Erlebnis- und Bearbeitungsfeld anbietet. Beide Autoren richten sich aus auf praktisches Handeln im realen, symbolischen und diskursiven Raum, ferner auf Klärung der Motivationen und auf Gestaltung der Beziehung und Kommunikation. Es geht um kognitive, emotionale und ausdrucksmäßig-kommunikative Phänomene.

➤ Zu Überlegungen und Betrachtungsweisen für kunsttherapeutische Indikation kann ab Seite 167 nachgelesen werden!

➤ Aus dem Beitrag „Psychoanalytische Kunsttherapie“ von Gisela Schmeer (ab Seite 187) möchte ich noch nachfolgend mir wichtige Inhalte, kurz zusammengefasst, anführen (siehe Punkt 3.4.2).

3.4.2 Beitrag zur Kunsttherapie von Gisela Schmeer, Seite 187 – 194

Nach Sigmund Freud basiert die Psychoanalyse auf der Innenschau (Introspektion), dem Nachdenken und Erinnern (Reflexion) und dem Ausdruck im **Wort** (Verbalisieren).

➤ Bildnerischer Ausdruck – Agieren?

In der klassischen Psychoanalyse erhält das Wort einen hohen Stellenwert. Körpersprache

oder bildnerischer Ausdruck (z.B. Malen) werden hier als „agieren“ gedeutet und sind demnach weniger wert als das gesprochene Wort (die Hochform der Bewusstheit). Sie könnten ja die Erinnerung an frühere Erlebnisse verhindern und stattdessen zum „Stehen bleiben“ auf niedrigeren Ebenen verleiten.

Wie konnte dennoch eine psychoanalytische Kunsttherapie entstehen?

Schon lange gibt es für Psychoanalytiker immer wieder Situationen, in denen Patienten zur Therapiestunde z.B. selbst gemalte Bilder mitbringen, über die sie mit dem Therapeuten sprechen möchten, mit denen sie etwas ausdrücken oder mitteilen möchten. Oftmals ersetzt das Gemalte oder Gestaltete eigene Worte; und es wird in die Sitzung einbezogen.

➤ Kein Experte kann ein Bild voraussagen!

Jeder Psychotherapeut kennt sicherlich die oben beschriebene Situation – sie unterscheidet sich jedoch in ihrem Ausdruck vom gesprochenen Wort – die Dinge, etc, sichtbar werden lässt. Verschiedene Kräfte und Gegenkräfte, Dynamik und Bewegung werden im Bild sichtbar und nachvollziehbar. Das Bild gibt Informationen, Hinweise auf Übersehenes und Ressourcen, bietet eventuell sogar Lösungswege an.

➤ Das Bild als Medium für eine andere Sprache

Der Psychotherapeut kann somit den Patienten durch seine sichtbar gewordenen seelischen Landschaften begleiten (Labyrinth, Farbkringel, und –kleckse, rätselhafte Symbole, Wesenheiten und Gestalten, chaotisch Zerfallendes, zwanghaft Penibles, Schuttberge, Angst-, Wut- und grelle Sexsymbole, Brandungen und Ufer, Gratwanderungen und Stand- Punkte). Er dosiert heilsam, d.h. er << berührt >> (bespricht) nur so viele Bildelemente, wie der Maler des Bildes integrieren und verarbeiten kann.

Der Integrationsprozess bei dieser Art von „modifizierter Psychoanalyse“ oder „psychoanalytischer Kunsttherapie“ geschieht wiederum durch das Wort: Das Bild (Gestaltete) wird zum Medium einer tieferen, (ab-) gründigeren, reicherer, farbigeren und der Wahrheit näheren Sprache.

3.4.3 Schwerpunkte der psychoanalytischen Kunsttherapie

sind der Ausdruck (gestalterischer Prozess) und der Erkenntnisprozess (Erkennen und Bewusstwerden) aller aus der Psychoanalyse bekannten Abläufe, wie sie z.B. auf den Seiten 190- 192 beschrieben sind:

- Das Ich im psychodynamischen Kontext
- Der Abwehrmechanismus /Die Fixierung
- Die Übertragung / Die Projektion
- Die Gegenübertragung
- Der Widerstand
- Ressourcen

➤ Psychotherapie wird – ergänzt – durch Gestaltung

Seite 192 Der Schwerpunkt Psychoanalytiker und Psychologen „alter Schule“ war und ist die psychotherapeutische Gesprächsführung, die sensible, von Empathie getragene sprachliche Kommunikation. Sie wollen ihre Arbeit durch das Medium Bild / Gestaltung ergänzen.

In den Bildern erkennen sie oft schnell und sicher wieder, was ihnen bereits aus ihrer tiefenpsychologisch orientierten Arbeit bekannt ist, und auf der tieferen Ebene des Bildes nun eine anschauliche, sichtbare Ergänzung erfährt.

➤ Kunst wird – ergänzt – durch Therapie

Der Künstler konnte seine eigenen Erfahrungen im Umgang mit Material, Farbe und Formen sammeln, hat nach langer Zeit seinen persönlichen Ausdrucksstil gefunden und die Bedingungen und Wirkungen kreativer Prozesse am eigenen Leib erfahren.

Wenn er auf Nöte von Mitmenschen oder einer Gruppe eingehen will, wird er weitere Prozesse durchleben und neuen Erfahrungen begegnen. Gelingt es ihm dann sogar eigene künstlerische

sche Prozesse und Ambitionen zurückzustellen, kann er Bilder analysieren und sie als Medium für psychodiagnostische und therapeutische Deutungen benutzen. Mit seiner intuitiven Begabung kann er die analytische Theorie und Erfahrung sicher gut integrieren, und das Gestalten / das Gestaltete in den Mittelpunkt seiner therapeutischen Arbeit stellen.

➤ Kunst und Therapie „verschränkt“ von Anfang an

Seite 194 Gisela Schmeer schreibt unter anderen: Es gibt keine Hierarchie der unterschiedlichen Disziplinen. Die Bildung von „Fronten“ wird rechtzeitig und immer wieder aufgefangen. Kunst und Therapie, die beiden Säulen der Kunsttherapie, umarmen sich, bilden Verbindungsknoten, Lösungen, Schleifen und immer neue Muster (siehe dazu als Vergleich Abb.3, Seite 194).

➤ Der gemeinsame Herzens-Grund von Kunst und Therapie

Gisela Schmeer weist dazu auf ein von ihr gefundenes Symbol hin, den Isis-Knoten. Dabei beschreibt sie wie sich eine Papyruspflanze (Symbol für Oberägypten) und eine Lotospflanze (Symbol für Unterägypten) um eine Achse ranken, sie in einer gemeinsamen Sprache verbunden sind, und dass sie ihre geistige Kraft aus dem gemeinsamen Herzen beziehen, der tiefen Wurzel alles Seins.

Dieses Bild verwendet sie auch zum Vergleich dazu, woher ihrer Meinung nach die Kunst und die psychoanalytische Therapie ihre Kraft gewinnen.

➤ Beispiele zur Maltherapie sind zu finden auf

Seite 196 von Bettina Egger: Begleitetes Malen (oder siehe Punkt 2.1 S.6; 2.2 S.7; 2.3 S.8)

Seite 201 von Ortrud Deuser: Geführtes Zeichnen

3.5. Anthroposophischer Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Marianne Altmaier, Seite 222 -*

3.5.1 Der kunsttherapeutische Prozess als Zeitgestalt

Der therapeutische Prozess ist der Weg im Verlauf der Kunsttherapie, der sich im Verhältnis von Patient zu Therapeut und dem Verhältnis zum künstlerischen Mittel entwickelt. Der Patient verfügt trotz seiner Krankheit über individuelle Fähigkeiten, die in seiner Arbeitshaltung zum Ausdruck kommen können. Dem Therapeuten bietet sich hier die Gelegenheit, den Patienten umfassend in seiner leiblichen **Gestalt** wahrzunehmen, dessen Formbildetendenzen und physiologische Funktionen (Atem und Kreislaufrythmus, Seelentätigkeiten, Stimmungen, Vorstellungen, Willensäußerungen, selbst gefasste Aufgaben und Ziele).

Wahrnehmungsfelder eröffnen sich ihm auch im lebendigen Malvorgang selbst, in den fertigen Arbeiten, in seinem Verhältnis zum Patienten, und erhält auf diese Weise ein lebendig-dynamisches Bild von ihm. Die Wahrnehmungsfelder und seine eigenen Erfahrungen und Prozesse verhelfen ihm zu einem, dem Patienten angemessenen, kunsttherapeutischen Ansatz. Der Therapeut kann zusätzlich mittels seines Wissens und seiner Empathie abschätzen, was er dem Patienten zutrauen bzw. zumuten kann.

Wie wichtig diese Fähigkeit –und auch Voraussetzung - für die therapeutische Arbeit ist, um den Patienten und sich selbst nicht zu überfordern bzw. unnötig zu frustrieren (Grenzen – auch die eigenen – wahrnehmen, erkennen und akzeptieren, Grenzverletzungen –ebenso auch eigene- vermeiden, usw.), habe ich während meiner Tätigkeit innerhalb der Beschäftigungstherapie, in einem langen Prozess selbst erfahren und erlebt.

In meiner anfänglichen Unerfahrenheit, meiner Unwissenheit und daraus resultierenden Hilflosigkeit habe ich viele Fehler gemacht, die ich erst jetzt als solche sicher erkennen und benennen kann. So habe ich z.B. „gemachte Äußerungen“ (der will ja gar nicht, oder, das ist als Arbeitsverweigerung zu werten....) als die „Wahrheit“ schlecht hin übernommen. Dies wirkte sich selbstverständlich negativ auf meine Einstellung und mein Verhalten zu den einzelnen Patienten aus, und es wurde von ihnen entsprechend darauf reagiert. Daraus entwickelte sich ein negativer Kreislauf der sich spiralenförmig verselbständigte. Die Patienten und ich waren ge-

nervt und reagierten dementsprechend unmotiviert, abwehrend, verletzt, verletzend und unverstanden. Jeder war unzufrieden oder unglücklich über diesen Zustand, fragte sich wohin das führen soll.

Im Verlauf der etwa ersten zweieinhalb Jahre habe ich glücklicherweise über verschiedene Literatur Anregungen und Hilfen zu meiner Arbeitsunterstützung und verschiedenen Vorgehensweisen gefunden; auch wenn sich damit keine Ausbildung ersetzen lässt.

Dies war die Gelegenheit und Unterstützung, ein Fundament für meine therapeutische Arbeit zu schaffen und zu meinem eigenen Stil zu finden. Die Erfolge zeigten sich unerwartet schnell und ließen mich erahnen, dass ich mich auf einen guten Weg begeben habe.

Dass Erfolg positive Energien freisetzt, zu mehr Sicherheit und Motivation führt, erlebe ich nun –gemeinsam mit den Patienten – beinahe täglich.

Jetzt gelingt es mir sehr viel besser, Prozesse und Entwicklungen beim Einzelnen oder der gesamten Gruppe wahrzunehmen, zu beobachten und begleitend zu fördern, was mir besonders wichtig ist. Jeder hat mit seiner Persönlichkeit und den mitgebrachten Fähigkeiten seinen Platz in der Gruppe, trägt zu Veränderung, Wertschätzung (die eigene Person und die Mitmenschen betreffend), Wohlbefinden und Entwicklung bei.

➤ Marianne Altmaier schreibt hierzu:

Die innerhalb des kunsttherapeutischen Prozesses sich entfaltende Entwicklung ist keine gleichmäßig verlaufende. Bei jedem Entwicklungsschritt des Patienten – den ich in der folgenden Phase nenne – treibt eine neue Impulskraft zu einer besonderen Gebärde. So bringt jede Phase eine für sich typische Gebärde hervor:

- **es entsteht die Zeitgestalt des therapeutischen Prozesses.**

Im vorgenannten Buch Kunsttherapie wird von ihr dieser Prozess anhand des Therapieverlaufes eines 35jährigen Mannes ab Seite 223 dargestellt.

3.5.2 Seite 233 Die Phasen des kunsttherapeutischen Prozesses

zu erkennen ist hilfreich für die Wahrnehmung und Beobachtung von Entwicklungen im Verlauf von Zeitprozessen und die Planung weiterer therapeutischer Vorgehensweisen des Therapeuten, deshalb möchte ich hier kurz auf sie eingehen:

- 1. Aufnahmephase ↔ Begegnung, Kontaktaufnahme zum Patienten, Wahrnehmung, Vereinbarungen, Verhältnis zwischen Patient und Therapeut.

- 2. Unterstützungsphase ↔ Annehmen und Bejahen dessen, was sich in der ersten Phase gezeigt hat (Vertrauen), **Zutrauen** entgegen bringen ↔ Schlüsse aus dem Wahrgenommenen ziehen, danach handelnd dem Patienten vermitteln, dass er ihm gewisse Fähigkeiten oder Aufgabenerfüllung zutraut. Dieser Vorgang ist ein **Inbeziehungbringen** des Patienten zu dessen Arbeit und ein **Verbinden** des Therapeuten mit ihm, also ein **zusammenhangschaffender** Prozess. Durch die Möglichkeit einer Distanz (Pause) Raum schaffen für erkennen und bewusst werden eigener Kraft und Fähigkeiten, dieses dem Patienten erlebbar machen.

- 3. Auseinandersetzungphase

Der Therapeut mutet z.B. dem Patienten zu, sich einer neuen Aufgabe zu stellen, sich mit etwas auseinander zu setzen, was er noch nicht besitzt. Es beginnt ein Tauziehen zwischen Bereitschaft und Ablehnung zur Auseinandersetzung, Gefühle des Vermögens und des eigenen Unvermögens werden bewusster erlebt. Diese Erfahrungen fordern gleichermaßen von Patient (Durchhaltevermögen) und Therapeut (einfühlsame Interventionen).

- 4. Selbstreifungsphase

Beim Patienten zeichnet sich ein Fortschreiten seines therapeutischen Prozesses ab durch Veränderung seines Verhaltens und in seinem verbalen Ausdruck. Seine zunehmende Aufnahmebereitschaft ermöglicht ihm Identifikation mit der gestellten Aufgabe, Verstehen und

Erkennen, verhilft ihm zu Gestaltungsentscheidung und Echtheit.

- 5. Phase der Selbstausrichtung

Die Entdeckerfreude des Patienten, zunehmende Öffnung und wachsendes Interesse erschließen ihm neue Erfahrungen, lässt innere Berührtheit zu, er beginnt die zielgerichtete Suche nach einem sinnvollen Zusammenhang der Gestaltung zu übergeordneten Prinzipien.

- 6. Phase des Kraftgewinns

Seine bisher gemeisterten Schritte tragen den Patienten weiter zu Schaffens- und Experimentierfreude, Intensität und Ausdauer, Erkennen und Selbstvertrauen, Lebensqualität und Lebensvitalität. Parallel dazu verläuft seine Emanzipation vom Therapeuten.

- 7. Phase des Eigenschöpfertums

Mit der gewonnenen Lebenskraft ergreift ihn starker Gestaltungswille, wird er fähig zum Inspirieren und offen für Inspirationen, zu Hingabe und Bereitwilligkeit in seiner Arbeit, gelingt ihm das Erkennen des Zusammenhangs von Wahrheit und Schönheit.

➤ Hildegard Pütz und Michael Glöckler: geben grundlegende Informationen über die künstlerischen Therapien der Anthroposophischen Medizin und Darstellung ihrer Zeitgestalt am Beispiel einer Maltherapie (Seite 237–248).

➤ Dag Stalhammer, Wolfram Henn und Petra Keller: stellen in einem Beitrag „Kunsttherapeutisches Plastizieren mit Krebskranken“ vor (Seite 249 – 260)

K.H.Türk: gibt ein Plädoyer für das Haptische ab, unter „Aspekte der Form- und Raumtherapie“ (Seite 261 – 268)

3.6 Rezeptiver Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Gerhard Heinrich Ott, Seite 269*

3.6.1 Bildende Kunst in der Medizin:

Wortlose Hermeneutik zwischen Arzt und Patient

Wir kennen die sprachlose Kommunikation der Kunstwerke (Kirche, Andachtsraum,...).

Auch im Arzt-Patienten-Verhältnis finden wir sie: Kunst und Medizin. Hier zeigt es sich ebenso, dass künstlerisches Gestalten – Hermeneutik ohne Worte – einen wichtigen Stellenwert bei der Behandlung des Leidens in Krankheit, Schmerz und Not sein kann.

Kunst kann heilsam wirken auf Körper, Geist und Seele und deshalb könnte sie auch als „Apotheke des Körpers“ bezeichnet werden.

Die naturwissenschaftlich geprägte Medizin wird die heilsame Wirkung der Kunst neu für sich entdecken müssen, ebenso ein anderes Menschenbild und eine andere Krankheitslehre.

Der Künstler Joseph Beuys hat sein ganzes Kunstschaffen als ärztliches Wirken, als Medizin verstanden, als Wirken für eine „soziale Plastik“. Kunst, Musik, Symbol und Ritual helfen im Glauben und können hilfreich zur Heilung im Leiden sein.

Heilung bedeutet nicht nur die Reparatur des Körperlichen und die Wiederherstellung seiner somatischen Regulationen. Es ist auch die geistige, seelische, soziale und religiöse Dimension zu betrachten. Die Beachtung der Fürbitte, Meditation, Liebe, des Mitleidens, der Würde usw., könnte in der Medizin wieder einen Stellenwert erhalten (Barmherzigkeit, Ehrfurcht vor dem Leben, Hoffnung...).

➤ Gerhard Heinrich Ott beschreibt ab Seite 271-274

wie er seit 17 Jahren an einem Evangelischen Krankenhaus in Bad Godesberg in der chirurgischen Abteilung versucht, dieses vergessene Wissen ärztlichen Handelns neu zu erschließen. Weiter schreibt er: „Wir können heute erste, gültige Gesetzmäßigkeiten vorlegen, die es dabei zu beachten gilt“....

➤ Von Albrecht Leuteritz kann man in seinem Beitrag etwas über Kunstwahrnehmung

als „Rezeptive Kunsttherapie“ erfahren (Seite 275-282)

3.7 Integrativer Ansatz

- *Auszug aus „Kunsttherapie“, Peter Petersen, Seite 283 - 294*

3.7.1 Der Therapeut als Künstler

Einleitend schreibt Peter Petersen folgenden Vierzeiler von Nelly Sachs (1):

*Weine aus die entfesselte Schwere der Angst
zwei Schmetterlinge halten das Gewicht der Welten für dich
und ich lege deine Träne in dieses Wort:
Deine Angst ist ins Leuchten geraten.*

Er weist darauf hin, dass sich an ihm drei Aspekte entfalten lassen, die für den Therapeuten als Künstler bedeutsam sind.

- **Erstens ist es der Transformationsprozess**

Die Angst wird nicht unterdrückt, verdrängt, eliminiert oder ausgestoßen, vielmehr entfaltet die Angst ihr eigenes Antlitz, sie wird als Phänomen genau betrachtet – sie weint sich aus. Beim therapeutischen Umwandlungsprozess ist die Wandlung von innen gesteuert, also keine fremdbestimmte. Das Risiko besteht hier in der Unklarheit inwieweit der Patient in Situationen geraten kann, die ihn zum aktuellen Zeitpunkt –noch – überfordern und es ihm dadurch nicht mehr so gut geht. Die Frage ist deshalb: wie wird er sich weiter entwickeln, wird es ihm jemals besser gehen?

Peter Petersen schreibt hierzu: „Allerdings habe ich mit diesem Risikobewusstsein eine Erfahrung gemacht, von der ein Dreizeiler der zeitgenössischen Lyrikerin Hilde Domin (2) spricht“:

Ich setzte den
Fuß in die Luft
und sie trug.

- **Zweitens ist der Begleiter des Leidenden**

mit seinem ganzen Engagement anwesend. *Im Gedicht spricht der Begleiter mit dem Angst leidenden Subjekt.*

Der Therapeut als Begleiter des Leidens und Diener des Leidenden horcht auf die hintergründige Stimme des Leidenden mit seinem dritten Ohr, er betrachtet nachdenklich mit seinem dritten Auge das Inbild seines Patientenpartners, das schmerzvolle und angstreiche Inbild, das der Patient als Einprägung ihrer gemeinsamen unbewussten Einbildungskraft – Phantasie im Sinne der romantischen Medizin (3) – hervorrief.

Der Therapeut macht sich selbst solidarisch zum bildsamen Objekt des Patientenschmerzes – zugleich tritt er ihm auch als Gegner – von Angesicht zu Angesicht gegenüber. Das ist der Beginn und der tiefere Grund des Therapeutischen Dialoges. Daraus - kann - Heilung entstehen, auch wenn die Grundlage des Dialoges die Begegnung von Ich und Du ist.

- **Drittens, die Intensivierung und Intensität als Prinzip der Therapie**

Im Gedicht von Nelly Sachs kann man etwas von der Intensivierung des Phänomens spüren. Die Angst hat eine andere Intensität, sie ist ins Leuchten geraten.

Die Haltung und angewandte Technik des Therapeuten hat Einfluss auf die Intensität und Intensivierung: aufmerksam, zugewandt, liebevoll und dialogbereit. Dies ist besonders wichtig, da die Angst des Patienten, seine Schuldgefühle, sein Hass oder der Wunsch nach Rache auch während der therapeutischen Behandlung anwesend sind.

Ist die therapeutische Handlung nicht dem Patienten angemessen, sind für ihn unabsehbare Schädigungen mögliche Folgen, wie z.B. tiefe Verletzung des Selbstwertgefühls, Gefühl der

Anmerkung zu

(1)...Sachs, Nelly: *Gedichte*. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1981.

(2) Domin, Hilde: *Gesammelte Gedichte*, Frankfurt/M.: Fischer 1987.

(3) Carus, C.G.: *Vorlesungen über Psychologie*, Leipzig: Fleischer Verlag 1831.

Entwertung oder Vernichtung, keine ausreichende Stärkung seiner Persönlichkeit.

Für die Intensivierung der Phänomene (Beschwerden und Symptome) sollte der Patient mit der Unterstützung des Therapeuten lernen, möglichst genau Erinnerungen, Gefühle und Gedanken wahrzunehmen, auch wenn ihm dies bedrohlich erscheint. Mit der Schulung seiner Wahrnehmung – verbunden mit sinnlicher Erfahrung (Musik, Bewegungstherapie, Malen oder sonstiger Umgang mit Farben) - begibt er sich erfolgreicher auf die „sichere Seite“, als wenn er auf seine Spekulationen, Phantasien oder Annahmen zu sehr vertraut.

Weiter schreibt Peter Petersen:

„Diese drei Aspekte des Therapeuten als Künstler“ (die Wandlung destruktiver Strukturen, der Dialog und die Intensivierung der Wahrnehmung) habe ich absichtlich gewählt: sie scheinen mir für alle nicht –manipulativ arbeitenden Therapieformen (sei es mit Tanz, Bewegung, Leib-erleben, Musik, Poesie, Malerei, Plastik oder eben dem Gespräch) verpflichtend zu sein. Außerdem erscheinen sie als wichtige Prinzipien in den modernen Künsten – also außerhalb der eigentlich therapeutischen Szene. Insofern könnten sich hier Brücken von Kunst und Therapie bilden. Kunst ist aber immer verstanden als lebendiges Symbol für die im Hier und Jetzt sich ereignenden Prozesse, sei es individuell oder gesellschaftlich.

3.7.2 Chaos und Kranksein gehören zu unserem Menschsein (Therapeutischer Prozess)

Chaos und Kranksein werden zwar als tiefgehende Störung in unserer Ordnung empfunden, dennoch gehören sie zu unserem Menschsein, fundamental und essentiell.

Chaos bedeutet einerseits - nach allgemeiner Einschätzung - mangelnde Ordnung, wüste Verwirrung, Leere und andererseits Ursprung alles Seins, was besonders bei „aussichtslosen Situationen“ den Blick in eine rettende Zukunft zulässt und erfordert.

Einige vorhandene Konzepte sehen im Chaos eine notwendige und sinnvolle biopsychosoziale Phase.

Verena Kast schreibt, dazu sinngemäß, in ihrem Buch „Der schöpferische Sprung“: das Chaos sei nur Ausdruck des menschlichen Unvermögens, Ordnung in größeren Zusammenhängen zu sehen (4), wie es in der so genannten Chaos-Forschung formuliert wird: im „Chaos liegen alle menschlichen Potentiale, aus denen der Mensch sich organisieren, regenerieren, zurückziehen oder vorwärts schreiten kann“ (4).

Allerdings ist die im Chaos verborgene höhere Ordnung kein System, sondern sie ist eher zufällig, vielfältig und höchst individuell, mehrere Deutungen als Ausfluss oder Resultat sind möglich (Sommer). Die Akzeptanz des Ergebnisses sollte vom Patienten und Therapeuten gleichermaßen erfolgen, ist das Chaos doch sowohl Weg wie auch Ziel in der Bemühung um Verständnis der individuellen Ordnungen“ (Sommer).

So ist nicht jedes destruktive Verhalten - wie es in der Beobachtung erscheinen mag – tatsächlich auch als solches zu interpretieren. Es könnte z.B. ein integraler Teil eines übergeordneten Muster sein (Sommer) welches in sich die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bündelt. Hier stellt sich heraus, ob die therapeutischen Interventionen zugreifen auf ein spontan erfasstes Wissen, das erst später vom Verstand bestätigt wird (Sommer).

Ein therapeutischer – nicht manipulativer – Prozessverlauf beinhaltet beinahe zwangsläufig den Verzicht auf Sicherheit bekannter und festgefügtter Ordnungen, Mut zum Risiko, ungesicherte Zustände und ungewisse Offenheit bezüglich des Ausgangs. Der Prozess ist nicht herstellbar, sondern er ist ein spontaner und autonomer Ablauf, den man lediglich anstoßen kann. Der Erfolg des therapeutischen Konzeptes ist nur im Kontext mit dem integralen Krankheitsbegriff erreichbar. Das integrative Krankheitskonzept schätzt das Krankwerden ein als sinnvolles und notwendiges Moment des Organismus: „nur wer krank werden kann, ist gesund“

Krankheit gehört potentiell zum Wesen des (gesunden) Organismus.

Als Chance betrachtet führt sie einerseits zur Auseinandersetzung mit dieser Störung im therapeutischen Prozess, und andererseits zur Steigerung der Gesundheit.

- Die Kunsttherapeutin Elisabeth Wellendorf schreibt in ihrem Aufsatz über „Individuation und individuelle Gestaltung“ (7) ab Seite 286 -287

3.7.3 Die Herzmitte ins Spiel kommen lassen zwischen Ich und Du (Therapeutischer Dialog)

Der therapeutische Dialog ist in der Therapie eine tragende Säule, die auf Gegenseitigkeit beruht (sich aufeinander einlassen, sich auf sich selbst zurückziehen) – bei klarer Rollenverteilung -, die das Sichöffnen fördert, Empathie erfordert und dem Patienten einen sicheren Raum / Rahmen bietet. Störungen, Fixierungen und Entfremdungen – wie Erwartungen die dem Therapeuten abverlangt werden, obwohl sie nicht sein Aufgabengebiet betreffen -, behindern einen fließenden Dialog.

Martin Buber bezeichnet in seinem Buch „Das dialogische Prinzip“ die Herzmitte als das Organ des Dialoges. Dies ist wörtlich und leiblich zu verstehen: Herzmitte ist das psychosomatische Organ der Begegnung, das Organ des fruchtbaren Ausgleichs unserer stählernen und heißen Spannungen. Wenn diese Spannungen auf den Therapeuten übertragen werden, wird er sie leiblich aufnehmen, sie in seiner ausgleichenden Mitte bewegen, um sie dann in verwandelter Form an den Patienten zurück zu geben. Mit diesem Spiegelbild übergibt er dem Patienten ein durch herzliche Wärme erträgliches Licht. Im Dialog ist aber auch das „Zwischen-Wort“ bedeutend, ein Zwischen-Reich, in dem es um die fruchtbare Spannung zwischen „Ich und Du“ geht. In ihm - befinden sich die Wurzeln unseres schöpferischen Spiels (ein Grundelement) und schöpferischer Kultur. Ein guter Therapeut sollte deshalb „spielen“ können, schwingen zwischen empathischer Identifikation und reflektierender Distanz, die Vielfalt unserer Sinne ins Spiel bringen.

Nicht das Produkt, nein, das gemeinsame Erleben und der schöpferische Prozess des Werdens ist ein gemeinsames Werk, von Patient oder einer Gruppe und Therapeut. Der Kern dieses schöpferischen Spiels ist ein spielerischer Prozessverlauf im Zwischen – Reich. In dieses Spiel kann der Therapeut seine Herzmitte nur bringen, wenn es ihm gelingt seine eigene Mitte immer wieder für sich neu zu suchen und zu finden, und dann wird er seinem Patienten auch mit genügender Aufmerksamkeit und Kraft gegenüber treten können.

Peter Petersen erläutert, wie der Begriff Mitte zu verstehen ist, etwa folgendermaßen: sinngemäß entspricht er der Vorstellung von Mittelmaß als Normalität, da unser Aktionsradius begrenzt ist. Die Akzeptanz unserer eigenen Grenzen – unserer Mittelmäßigkeit - verhilft uns zu „sich selbst sein.“ Wir können dann auf eine Maske zum Schutz unserer Schwäche verzichten weil wir durch unsere gefundene Mitte die Fähigkeit besitzen, Kraft durch uns selbst durchscheinen zu lassen, transparent werden. Unser eigenes Maß finden meint hier, die verinnerlichte Form des nach außen gewendete und sich als Spaltung manifestierte Messen. Von der griechischen Antike bis Ende des Mittelalters war das menschliche Maß das Organ der Ganzheit zwischen spannungsreichen Polen und Disharmonien. Wissenschaftliches Denken und Handeln nach einem äußerlichen Maßstab, hat diese Ganzheit zerstört, fragmentiert. Ein Weg aus dieser Fragmentierung wäre z.B. in der Therapie denkbar, in dem Bemühen, das Zwischen-Reich des schöpferischen Spiels zu intensivieren, ihm Kräfte zu verleihen, anstatt ihn durch „Vermessung“ zu zerstören.

3.7.4 Die Erfahrung unserer Sinne intensivieren

Peter Petersen beginnt diesen Abschnitt mit einem Satz von Viktor von Weizsäcker: „Der Leib ist klüger, als das Bewusstsein“ und erweitert ihn vertiefend: „der Kosmos unserer unmittelbar gegebenen leiblichen Wahrnehmungen ist klüger als unser durch den Verstand perspektivisch

eingeeengtes Bewusstsein.

Der Kosmos unserer leiblichen Wahrnehmungen lässt sich durch vielfältige künstlerisch-therapeutische Verfahren aufschließen. Der Leib und die leibliche Wahrnehmung umfasst alles das, was ich zu meinem Körper selbst und seinen Wahrnehmungen als zugehörig erlebe. Die Leib- und Sinneserfahrung ist ein Ausgangspunkt der phänomenologischen Anthropologie und kommt zu einer umfassenderen Sicht der Sinne des Menschen, als die naturwissenschaftliche Medizin.

➤ Die umfassende Sicht der Anthropologie wurde von Sinnesphysiologen aufgegriffen. Daraus haben sich für ein Konzept künstlerischer Therapien wesentliche Konsequenzen ergeben (Seite 293 – 294):

a) Die durch die Kantsche Erkenntnistheorie und schon durch den cartesianischen Dualismus von Körper und Seele/Geist angelegte statische Subjekt/Objekt-Spaltung wird aufgegeben. Stattdessen erscheint der Begriff einer dynamischen Polarisierung von Identifizierung und Vergegenständlichung als phänomenologischer Hintergrund der Subjekt/Objekt-Vorstellung. Damit wird auch die Ganzheitlichkeit des Wahrnehmungsaktes bewahrt, ohne dass die durch vier jahrhundertelange anatomische, physiologische und psychologische Forschungen geleistete Differenzierung verloren geht.

b) Auf der Basis der drei phänomenologisch bestimmten Wahrnehmungskriterien (Erkennen, Spezifität der Sinnempfindung, Intentionalität) ergibt sich eine neue Gliederung und eine Erweiterung der Sinnesbereiche. Zu den bisher bekannten Sinnen kommen noch mindestens drei weitere dazu, nämlich der Gestaltsinn (Wahrnehmung von Ganzheiten), der Bedeutungssinn (Wahrnehmung für die Sinnhaftigkeit und Bedeutung einer Sache und eines Vorgangs) und der Person-Sinn (für die unmittelbare Wahrnehmung einer Person sowie einer personal-individuellen Stilbildung – beispielsweise in der Kunst, Wissenschaft, oder im Spiel).

Diese Erweiterung der Sinnesbereiche könnte für das Konzept und die Ordnung künstlerisch-therapeutischer Verfahren, u.a. auch in der methodischen Psychotherapie, eine bereichernde und sinnmachende Ergänzung darbieten.

Dieses Konzept beinhaltet beispielsweise konzentrierte Entspannungstherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Eutonie, Heileurythmie, Maltherapie und Plastiziertherapie, Poesietherapie, Gestaltungstherapie, regulative, analytische, integrative, morphologische und anthroposophische Musiktherapie, und ist ebenso als Psychotherapie anzusprechen wie Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.

c) Die Einheit und Geschlossenheit des perspektivischen Welt- und Menschenbildes aus der naturwissenschaftlichen Medizin hat damit seine Gültigkeit eingebüßt.

Deutlich wird, dass auf Grund der perspektivefreien Wahrnehmungen der Künste vermehrt Intensitäten und Energien entstehen können.

Die unter Punkt 3 vorgestellten Ansätze zur Kunsttherapie habe ich in meine Graduierungsarbeit aufgenommen, weil sie mir für meine berufliche Tätigkeit im Allgemeinen eine gute Grundlage und Orientierung bieten. (siehe auch 1.3, Seite 5/6 dieser Arbeit).

Besonderen Gewinn daraus habe ich jedoch für das Malen gezogen.

Die theoretischen Grundlagen lassen sich – für mich fast problemlos – mit meinen eigenen Vorstellungen und meinem Bild vom Menschen verbinden.

Die Theorie hat mein Wissen und meine Kompetenz günstig beeinflusst, ebenso meine therapeutische Haltung und Handlung.

Dass ich so viel (leider „noch nicht“ alles) davon verstehen und begreifen konnte, mir so Vieles Unterstützung war um meinen Weg und persönlichen Stil in meiner Arbeit zu finden, verdanke ich im Besonderen meiner Weiterbildung in der „Integrativen Therapie“. Nachfolgend werde ich deshalb – nach einem kurzen Abstecher zu C.G. Jung - vertiefend auf sie eingehen.

4 C.G. Jung und die Kunsttherapie

4.1 Die Bedeutung der schöpferischen Prozesse

Mein Abstecher zu C.G. Jung mag vielleicht zunächst verwunderlich erscheinen, da der Schweizer eher als Begründer der analytischen Psychologie bekannt ist.

Er erweiterte den Begriff der Libido im Sinne einer allgemeinen Energiequelle der Psyche, ebenso das persönliche Unbewusste um ein „kollektives Unbewusstes“, welches allen Individuen von Beginn der Menschheitsgeschichte an eigen sei. Dieses beinhalte Sinnbilder von uralten, sich immer wiederholenden Lebenssituationen und Problemen (sog. Archetypen: Geburt und Tod, Hass und Liebe...).

Der Patient soll in der Therapie wieder Anschluss an diese Tiefen finden, um schließlich zu seinem eigenen Selbst vorzustoßen. Die Patienten werden zu produktivem Gestalten aufgefordert - **z.B. selbst gemalte Bilder** -, außerdem werden Bilder aus der Mythologie und Symboldeutungen zur Erweiterung des individuellen Seelenlebens in die Therapie mit einbezogen. Durch einen „Individuationsprozess“ soll dem Patienten ein neuer Weg zu den verschütteten produktiven eigenen intrapsychischen Quellen erschlossen werden.

Im Sinne eines Nachreifungsprozesses soll diese Behandlungsmethodik insbesondere Menschen zugute kommen, die den Sinngehalt ihrer eigenen Existenz verloren haben

➤ Hier hat Jung die Bedeutung der schöpferischen Prozesse im kreativen Handeln erkannt und dementsprechend in der Behandlung eingesetzt für die psychische Gesundheit und das psychische Gleichgewicht.

So führte er durch seine Methode der aktiven Imagination das Schöpferische als selbständiges Element seiner Analysen ein und benutzte es als einen wichtigen Bestandteil seiner / der therapeutischen Arbeit.

Bemerken möchte ich noch, dass die analytische Psychologie mit der fortschreitenden Entwicklung und Akzeptanz der Kunsttherapie eine Bereicherung erfuhr. Die Kunsttherapie selbst ist noch „relativ jung“, da sie sich erst zu Beginn unseres Jahrhunderts entwickelte. Auslöser war das vermehrte Interesse an der „Bildnerei der Geisteskranken (siehe hierzu: H. Prinzhorn, Bildnerei der Geisteskranken).

Die Maltherapie ist mittlerweile die am häufigste - im Rahmen der Analytischen Psychologie - angewandte Methode.

Diese neuen Therapieansätze sind nicht nur als technische Varianten im Rahmen bestehender Psychotherapieverfahren oder als allgemeine rehabilitative Maßnahmen in der Psychiatrie zu sehen, sondern, sie haben sich zu einem festen Bestandteil der „klinischen Methoden“ ganzheitlicher und kreativer Behandlung entwickelt.

Die wohl bekannteste Vertreterin einer Kunsttherapie nach Jung ist die in Ungarn geborene Jolande Jacobi. Sie war eine Schülerin von Jung, später seine Mitarbeiterin, und als Dozentin und Analytikerin am Jung-Institut tätig. Ihre Werke gelten noch immer als grundlegend für eine Therapie mit gestalterischen Mitteln im Rahmen der Analytischen Psychologie.

Inzwischen wird in vielen verschiedenen Ansätzen, wie in der Kunsttherapie auch, mit den verschiedensten gestalterischen Mitteln gearbeitet.

Hillarion Petzold und Ilse Orth erkennen den Anspruch dieser Therapieansätze auf Eigenständigkeit an, ersetzen jedoch den Begriff „Kunsttherapie“ durch die Bezeichnung „Die neuen

Kreativitätstherapien“ (entsprechend lautet auch der Titel ihrer Buchausgabe zur Kunsttherapie Band I und Band II).

4.2 Seine Beziehung zu Mandalas

In meiner praktischen Arbeit erwies sich das Malen von Mandalas als ideale Einstiegshilfe in vielerlei Hinsicht: Ankommen in der Gruppe der Beschäftigungstherapie und Kontaktaufnahme / Distanz zu einzelnen Teilnehmern (selbstbestimmt, eigenes Tempo), sowie Öffnung und Interesse für das Malen und weiteren Beschäftigungsangeboten. Beim Malen von Mandalas können die Patienten erste Sicherheit und Freiheit erleben (Ausgestaltung, Arbeitstempo, Material), und vieles mehr.

Jedenfalls hat diese Form des Malens bei uns viel Raum erhalten, und sich ganz wesentlich auf die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit und kreativen Kräfte der Patienten ausgewirkt.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf einen Artikel über das Malen von Mandalas aufmerksam machen, den ich vor etwa drei Jahren in einer Zeitschrift für Ergotherapeuten las (mein ehemaliger Kollege ist Ergotherapeut) und den ich mir kopierte. C.G. Jung hatte einen höchst persönlichen Bezug zu Mandalas und er berichtet darüber in seiner Autobiographie. Mir gefielen die Schilderungen davon, was er beim Malen erlebt, empfunden und beobachtet hat, deshalb möchte ich seinen Artikel anfügen (in Kursivschrift):

- *"Das erste Mandala hatte ich 1916 gemalt [...]. Natürlich hatte ich es nicht verstanden. 1918/19 war ich in Château d'Oex Comandant de la Région Anglaise des Internés de Guerre. Dort skizzierte ich jeden Morgen in ein Carnet eine kleine Kreiszeichnung, ein Mandala, welches meiner jeweiligen inneren Situation zu entsprechen schien. Anhand der Bilder konnte ich die psychischen Wandlungen von Tag zu Tag beobachten. [...] Nur allmählich kam ich darauf, was das Mandala eigentlich ist: 'Gestaltung - Umgestaltung des ewigen Sinnes: ewige Unterhaltung'. Und das ist das Selbst, die Ganzheit der Persönlichkeit. Meine Mandalabilder waren Kryptogramme über den Zustand meines Selbst, die mir täglich zugestellt wurden. Ich sah, wie das Selbst, d.h. meine Ganzheit am Werke war. Das konnte ich allerdings zuerst nur andeutungsweise verstehen, [...] Ich hatte das deutliche Gefühl von etwas Zentralem, und mit der Zeit gewann ich eine deutliche Vorstellung vom Selbst. [...] Ich weiß nicht mehr wie viele Mandalas ich damals gezeichnet habe. Es waren viele. Während ich daran arbeitete tauchte immer wieder die Frage auf: 'Wohin führt der Prozess, in dem ich stehe? Wo liegt sein Ziel?' [...] Ich wurde gezwungen, den Prozess des Unbewußten selbst durchzumachen. Ich musste mich zuerst von diesem Strom mitreißen lassen, ohne zu wissen, wohin er mich führen würde. Erst als ich die Mandalas zu malen begann, sah ich, dass alles, alle Wege die ich ging, und alle Schritte, die ich tat, wieder zu einem Punkt zurückführten, nämlich zur Mitte. Es wurde mir immer deutlicher: Das Mandala ist das Zentrum. Es ist der Ausdruck für alle Wege zur Mitte, zur Individuation. [...] Eine Bestätigung der Gedanken über das Zentrum und das Selbst erhielt ich Jahre später (1927) durch einen Traum. Seine Essenz habe ich in einem Mandala dargestellt, das ich 'Fenster in die Ewigkeit' bezeichnete. [...] Ein Jahr später malte ich ein zweites Bild, ebenfalls ein Mandala, welches im Zentrum ein goldenes Schloss darstellt. Als es fertig war, fragte ich mich: 'Warum ist das so chinesisch?' - Ich war beeindruckt von der Form und Farbenwahl, die mir chinesisch erschienen, obwohl äußerlich nichts chinesisches an dem Mandala war. Aber das Bild wirkte so auf mich. Es war ein seltsames Zusammentreffen, dass ich kurz darauf einen Brief von Richard Wilhelm erhielt. Er schickte mir das Manuskript eines chinesischen taoistisch - alchemistischen Traktates mit dem Titel 'Das Geheimnis der Goldenen Blüte' und bat mich, ihn zu kommentieren. Ich habe das Manuskript sofort verschlungen; denn der Text brachte mir eine ungeahnte Bestätigung meiner Gedanken über das Mandala und die Umkreisung der Mitte. Das war das erste Ereignis, das meine Einsamkeit durchbrach. Dort fühlte ich verwandtes, und dort konnte ich anknüpfen."*

5 Kunst-/ Maltherapie auf der Basis der Integrativen Therapie

5.1 Entwicklung der Kreativitätstherapien

➤ *Auszug aus „Die neuen Kreativitätstheorien“ (Band I, Seite 17)*

Am „Fritz Perls Institut“ standen wir zusammen mit einigen anderen Gruppen und Initiativen (vgl. Dunkel, Rech, dieses Buch S.73ff. am Anfang einer Entwicklung im deutschsprachigen Raum, in der man versuchte, einen Fundus aus dem Bereich der Kunst mit dem Fundus aus dem Bereich der Psychotherapie in einer Wiese zu verschmelzen, dass allmählich in sich konsistente Methoden kunst- und kreativitätstherapeutischer Praxis entstanden. Diese fanden in Klinik, Ambulanz und Rehabilitation weite Verbreitung für die Behandlungen von Neurose-, Psychosomatik-, Psychiatriepatienten, Suchtkranken, Kindern, Erwachsenen und alten Menschen. Die ersten im deutschsprachigen Raum, zusammen mit Johanna Sieper und Katharina Martin organisierten Fachtagungen für Kunst- und Kreativitätstherapie, 1971 in Büderich, 1972 und 1973 am Wolfgangsee, waren ein Niederschlag dieser Initiativen.

Die Entwicklung in den deutschsprachigen Ländern verlief ähnlich – wenn auch mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung – wie in den USA oder den Niederlanden: die „neuen Kreativitätstherapien“ hielten ihren Einzug in die Institutionen, und sie wurden bei Patientengruppen eingesetzt, die durch die rein verbalen Verfahren nicht oder nur unzureichend behandelt werden konnten. Zunächst waren sie oft nur „Hilfsverfahren“ für die Psychotherapeuten, dann aber gewannen sie eine eigene Position.

Diese Formen kreativitätstherapeutischer Behandlungen waren nicht mehr „ancillarische“ Methoden. Sie konnten an uralte Traditionen des Heilens anknüpfen (vgl. Petzold, Sieper, dieses Buch S.519 ff.), sich auf die Kreativitätsforschung (Eisler-Stehrenberger, dieses Buch S.113 ff.) beziehen, sich auf Ansätze erprobter Psychotherapieverfahren berufen, und sie waren durch klinische Erfahrungen und empirische Forschung (Wadeson 1978,1980; Stichworte Evaluation und Forschung bei Aissen-Crewett 1986) bestätigt worden. Es hatten sich Ausbildungsinstitute und Studiengänge an Hochschulen entwickelt (Harris 1980; Fryrear; Flesman 1981; Schafarczyk 1982; Menzen 1987), Fachgesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene und zahlreiche Fachzeitschriften. Die „neuen Kreativitätstherapien“ sind ein Faktum im klinischen, rehabilitativen und heilpädagogischen Bereich geworden, das nicht mehr übergangen werden kann, wenn auch in den deutschsprachigen Ländern - im Unterschied zu den USA, Holland und Großbritannien – die rechtliche Absicherung dieser Verfahren durch ein Psychotherapiegesetz oder das Schaffen staatlich anerkannter kunst- bzw. kreativitätstherapeutischer Medizinalfachberufe (Petzold, Sieper, dieses Buch S.169 ff.) noch aussteht.

Diese neuen Therapienansätze sind nicht mehr nur als technische Varianten im Rahmen bestehender Psychotherapieverfahren zu sehen (wie etwa das Mandala-Malen in Jung'schen Analysen), sie sind nicht nur als allgemeine rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der Psychiatrie zu betrachten, sie sind auch keine Form der Beschäftigungs- bzw. Ergotherapie, sondern sie verstehen sich dezidiert als „klinische Methoden ganzheitlicher und kreativer Behandlung“: z.B. Drama- (Landy 1985); Musik- (Orff 1984), Tanz- (Schoop 1979); Bewegungs- (Krietsch-Mederer 1975), Kunsttherapie (Kramer 1975) oder als spezifische Ansätze der Psychotherapie: Kunstpsychotherapie (Navratil 1979a), Bewegungspsychotherapie (Petzold 1974k); Tanzpsychotherapie (Willke 1988), Musikpsychotherapie (Frohme 1990), Psychodrama (Moreno 1946), Dramapsychotherapie (Petzold 1982a).

Die Arbeit mit „kreativen Methoden und Medien“, mit Farben, mit Tonerde, Musik, Poesie, mit puppen, Masken, mit Pantomime, Theater, mit Tanz usw. ist dadurch gekennzeichnet, dass sie neben dem zentralen Medium herkömmlicher Psychotherapie, die Sprache, weitere Medien einführt, die über die verbale Ebene hinaus die Welt der Nonverbalität, der Symbole, der Bilder ansprechen, die

Ebenen des Präverbalen und Transverbalen, all dessen, was nicht mehr oder nur schwer noch in Worte zu fassen ist. Durch diese methodischen Ansätze und Medien wird nicht nur der Bereich des Affektiven, die Welt der Gefühle in besonderer Weise berührt und einbezogen, sondern auch der Bereich der Wahrnehmung und des leiblichen Ausdrucksvermögens.

➤ Die „neuen Kreativitätstherapien“ sind leibbezogene Therapien. Das macht ihre ganzheitliche Orientierung aus.

Die in diesem Werk zusammengetragenen Ansätze sind durch ihre anthropologische und klinische Orientierung gekennzeichnet. Sie sind nicht als Ansätze kreativer bzw. rekreativer Pädagogik oder als Formen eines unspezifischen Kreativitätstrainings zu sehen. Wir betrachten die Förderung der kreativen Potentiale, der Sensibilität und Expressivität, als wichtige und zentrale Ziele therapeutischer Arbeit. Kreativität und Spontaneität werden von uns als Kennzeichen von Gesundheit gesehen und ihr Fehlen oder ihre Einschränkung als Kennzeichen von Krankheit. Das Attribut „klinisch“, das den „neuen Kreativitätstherapien“ zugeordnet wird, bezieht sich nicht nur auf den Einsatz dieser Verfahren in der Krankenbehandlung, sondern es wird damit auch eine Perspektive und eine methodische Orientierung gekennzeichnet: die Ausrichtung auf Patienten, die auf der Grundlage eines fundierten klinisch-psychologischen Wissens und psychotherapeutischer Kenntnis behandelt werden. Diese wichtige Perspektive muss natürlich wieder überschritten werden (Petersen 1988) hin zu einer Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung, wie es die Arbeit mit „kreativen Medien“ kennzeichnet, wie sie im medialen Ansatz selbst begründet liegt, denn dieser schließt an die natürlich gewachsenen perzeptiven und expressiven Vermögen des Menschen an.

5.1.1 Transversalität Quervernetzung

➤ *Auszug aus Kernkonzepte (Polyloge) der Integrativen Therapie*

H. Petzold stellt in seinen Bänden „Die neuen Kreativitätstherapien“ u.a. integrative Modelle, Praxisfelder und methodische Zugänge mit verschiedenen Zielgruppen vor.

Von mir auf das Wichtigste gekürzt: Hier geht es um ein äußerst umfangreiches Angebot für „Integrative Arbeit mit kreativen Medien.“ Integration geschieht jedoch nicht von selbst, sondern ist ein prozesshafter Verlauf: Deshalb möchte ich dazu in Kurzform aus den Kernkonzepten von H. Petzold folgenden Text anfügen:

Verschiedene Schulen und Ansätze vertreten naturgemäß über dieselbe Sache verschiedene Auffassungen und Sichtweisen. Der „Integrative Ansatz“ sieht, unterstreicht und nützt den Wert dieser sich zum Teil ergänzenden, zum Teil auch gegensätzlichen Auffassungen und versteht sich als Diskussionsplattform für diese verschiedenen Sichtweisen (**Transversalität** – Diskurse der Freiheit) indem er versucht, aus dem Zulassen und der **Integration** dieser Verschiedenheit zu einer höheren, verbindenden Einsicht über die ursprüngliche, kontrovers diskutierten Sache zu gelangen.

• Prinzipiell wird der **Integrationsprozess** so charakterisiert:

Von der **Ko-Respondenz** ⇒ zur **Auseinandersetzung** (Diskurs) ⇒ zum **Konsens** ⇒ **Konzept**

Intersubjektivität und Ko-respondenzprinzip als Zentrum der Integrativen Therapie (Petzold 1993, 1996h) bedeuten hier: in der therapeutischen Begegnung und späteren Beziehung werden Therapieziele - vom Erstgespräch an - in intersubjektiver *Ko-respondenz* so thematisiert, dass *Konsens* möglich wird und zu gemeinsam erarbeiteten transparenten *Konzepten* führt,

die *Kooperation* im therapeutischen Bündnis begründet (ebd. 1991e). Förderung der Fähigkeit zur Zielbildung, -realisierung und der dazugehörigen Kompetenzerwartungen ist ein persönlichkeitsbezogenes Hauptziel, und es kann nur kongruent mit dem Therapiegeschehen umgesetzt werden, wenn der Miteinbezug des Patienten bei der Zielbestimmung selbst ein zentrales Therapieziel wird.

Dieser ko-kreative Diskurs soll in der Form des Polyloges geführt werden, d.h. dem freien Austausch vieler verschiedener, zunächst eventuell auch widersprüchlicher Positionen.

➤ **Grundprinzip des Polylogs ist das Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum**

Ein so gewonnenes Konzept kann nur solange bestehen, solange es von einer aus dem Polylog hervorgegangenen Konsensgemeinschaft getragen wird. Der Integrative Ansatz weiß, dass diese aus dem Diskurs gewonnenen Konsense und Konzepte nichts Endgültiges sind, sondern selbst dem steten Wandel und der Weiterentwicklung unterworfen sind (Heraklit: „Alles fließt!“).

Lernen muss im Integrativen Ansatz demnach auf einer komplexeren, die Einzelschulen übergreifende Ebenen erfolgen und wird damit zur Grundvoraussetzung jeder integrativen Konzeptbildung. (*komplexes Lernen, Metalernen*).

Seine praktische Umsetzung findet der Integrative Ansatz in den Bereichen:

- Integrative Therapie
- Integrative Agogik
- Integrative Supervision
- **Integrative Kreativitätsförderung**
- Integrative Kulturarbeit

5.1.2 Hintergrund des „Integrativen Ansatzes“

Globalisierung und das immer engere Aufeinanderbezogensein der postmodernen Gesellschaft erzeugen eine Notwendigkeit zur Einrichtung von Welt als „**Konvivalitätsraum**“ (*Raum, in dem man gemeinsam leben kann*). Vor der Einsicht, dass da zahllose einzelne Sichtweisen und Herangehensweisen kollidieren, die sich alle mit dem Menschen und dem Menschsein befassen, die alle jedoch irgendwie ineinander verschränkt scheinen, sind Bemühungen um einen „Bezugsrahmen“ als Fundament für diesen Konvivalitätsraum gefordert.

Begreift man menschliche Probleme als Leiden an der Art des eigenen Seins, an der Art des Miteinander- oder Zueinanderseins und/oder an der Art des In-der-Welt-Seins, sieht Petzold vor diesem Hintergrund Psychotherapie als **komplexe Kulturtechnik transversaler Moderne und als ‚Humanwissenschaft par excellence‘, die nach einem Selbstverständnis als ‚Humantherapie‘ verlangt**, und die als Ergebnis dieser Integrationsleistung den geforderten Bezugsrahmen hervorbringen und konstituieren soll.

5.1.3 Joseph Beuys: „Kunst ist ja Therapie“ (Die neuen Kreativitätstherapien, Bd. I, S. 33)

„...Kunst ist ja Therapie. Aber bei dieser Therapie sollte man sich sozusagen ein Bewusstsein erschaffen, das heißt, man sollte nicht darauf verzichten, in Zusammenhängen zu DENKEN. Denn die Therapie, die sozusagen nur Aggressionen ableiten will, oder die sozusagen die Menschen beschäftigen will – das greift ja alles gar nicht tief genug in den Gesamterkenntnisprozess hinein...“

...alles menschliche Wissen stammt aus der Kunst. Jede Fähigkeit stammt aus der Kunstfähigkeit des Menschen, das heißt: kreativ tätig zu sein. Woher soll es anders stammen können? Der Wissenschaftsbegriff ist erst eine Abgablung von dem allgemeinen Kreativen. Aus diesem Grunde muss man auch eine künstlerische Erziehung für den Menschen fordern, nicht? Instinktiv weiß man das ja auch. Infolgedessen gibt es in der Schule den Kunstunterricht. Aber man weiß es nicht gründlich genug. Es ist mehr oder weniger nur aus Tradition noch da – und degeneriert. Und die Tendenz ist ja von einer Seite aus eine absterbende, das heißt, der Staat legt keinen großen Wert mehr auf die künstlerische ästhetische Erziehung des Menschen, sondern er legt Wert auf die Reproduktion von technischer Intelligenz zur Aufrechterhaltung

seines Machtsystems. Aus diesem Grund kommt man an die Lösung der politischen Aufgabestellung für die Zukunft, auch an die Ausbildung einer neuen Vorstellung für die zukünftige Gesellschaftsordnung, nur weiter an Hand des Menschenbildes selbst.“

5.2 Das Menschenbild in der Integrativen Therapie

➤ *Auszug aus „Zettelkasten“, FPI, Seite 3 - 6*

Die IT versteht den Menschen als ein „**Körper-Seele-Geist-Wesen** im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum“. Dies wird auch als „Leib-Subjekt“ bezeichnet.

Der Körper wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen, physiologischen Prozesse des Organismus nebst der im genetischen und physiologischen Körpergedächtnis festgehaltenen Lernprozesse und Erfahrungen.

Die Seele als die in körperlichen Prozessen gründende Gesamtheit aller aktuellen Gefühle, Willensakte und schöpferischen Impulse. Dazu gehört auch das Leibgedächtnis. In ihm sind alle Lernprozesse und Erfahrungen gespeichert und die dazugehörigen Antizipationen. Dadurch entsteht das Erleben von Selbstempfinden, Selbst- und Identitätsgefühl.

Der Geist wird verstanden als die Summe aller aktuellen, kognitiven u. mentalen Prozesse. Dazu gehören auch archivierte Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensbestände. Dadurch wird Selbstbewusstheit, Identitätsgewissheit und individuelles Humanbewusstsein möglich. Ich erlebe mich dadurch als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft. Der Geist ermöglicht reflektiertes, d.h. begründetes Handeln.

Es steht in **Ko-respondenz** mit der Welt und den Mitmenschen. Ko-respondenz verstanden als intersubjektive Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-Gefühl- und Vernunftebene. Hier geht es um die wechselseitige Anerkennung und die Konstituierung von Konsens bzw. Sinn.

Die IT betreibt nicht nur Psychotherapie, sondern bezieht Körper, Geist und Seele mit entsprechenden Verfahren ein. Z.B. Entspannungsverfahren für den Körper, psychotherapeutische Methoden für die Seele und meditative Wege bzw. die Sinnfrage für den Geist.

Das Prinzip **Kontext-Kontinuum** findet hier seine Anwendung. D.h., der Mensch wird an seinem Lebensort und seinem vitalen Raum –**Kontext**- bzw. in seinem zeitlichen **Kontinuum** gesehen:

- Ich habe in meiner Gegenwart meinen Vergangenheitsbezug und die Zukunftsausrichtung in mir.

Verschiedene Ebenen sind hier zu unterscheiden: Mikroebene: Familie, Arbeitssituation, Freundeskreis. Mesoebene: Soziale Schicht und Milieu. Makroebene: politische und ökonomische Situation. Supraebene: Zeitgeschichtliche Ereignisse, weltwirtschaftliche und weltpolitische Situation. Soziotherapeutische, familien- und netzwerktherapeutische Ansätze finden hier Anwendung.

Die IT sieht den **Leib** als zentrale Möglichkeit der Wahrnehmung und des Ausdrucks zu allen Dingen der Welt. Er befindet sich hier in einer kreativen Bezogenheit.

Es wird auch von einer „**Anthropologie des schöpferischen Menschen**“ gesprochen.

Das Leib-Subjekt ist das Sinnes- und Handlungsorgan des Leibes. Es befindet sich in einer kreativen Bezogenheit zur Welt.

Der Mensch als Koexistierender und Gestaltender. Zusammen gefasst bedeutet dies:

Der Mensch ist ein Körper-Geist-Seele-Subjekt (= <i>informierter Leib</i>) im ökologischen und sozialen Umfeld (= <i>Kontext</i>)
--

und im Strom seiner Geschichtlichkeit (= *Kontinuum*).
In diesen und mit diesen vollzieht sich
die lebenslange Entwicklung seiner Persönlichkeit.

Aus den verschiedenen darin angesprochenen Aspekten folgen direkt Praxisansätze der IT:

Aspekt	Praxeologie	Ziel
Körper	körper- bzw. leibtherapeutische Ansätze	integrierte Leiblichkeit Körperbewusstsein
Seele	psychother. Methoden zur Beeinflussung seel. Prozesse im Gefüge von Emotionalem und Kognitivem.	Integration von Erleben und Emotion
Geist	kognitive Therapien Formen der philosophischen Therapeutik „Nootherapie“	optim. kogn. Selbststeuerg. pers. Souveränität klare Werteorientierung. Fähigkt. zu Zentriertheit u. Exzentrizität Fähigkt. zu Evidenzerleben
Soziales	Sozialtherapien Netzwerktherapien Familientherapie Milieuthherapie	Beziehungsfähigkeit Red. von Entfremdg. soz. Bewusstsein „kultivierter Altruismus“
Ökologisches „	Ökotherapie“	ökol. Bewusstsein/Verantwortg

Aus der Verknüpfung aller Aspekte in der anthropologischen Grundformel folgt die Wichtigkeit, alle uns zur Verfügung stehenden Methoden auf einer gemeinsamen Plattform (der IT) integrativ miteinander zu verzahnen.

5.3 Vom Bild des „Schöpferischen Menschen“

Jede kreative Darstellung wird in der IT gesehen als „Botschaft von mir, über mich, für mich
und für andere“,
die sowohl bewusste Symbole als auch unbewusste Metaphern enthält.

Einige, der in der IT angewendeten mediengestützten Techniken (in seinen „Kernkonzepten“ führt H. Petzold noch wesentlich mehr Techniken auf!) sind:

- Körperbild (Body-Chart)
Darstellung des wahrgenommenen eigenen Körpers
- Relationale Körperbilder
Der eigene Körper wird im Bezug zum Körper einer im Lebenskontext wichtigen anderen Person dargestellt.
- Panoramen
Darstellung von bisherigen Prozessverläufen (retrospektiv) und erwarteten Weiterentwicklungen (prospektiv) als Diagramme oder Flusssymbole, oft auch „dreizügig“, wo verschiedene Aspekte getrennt nebeneinander gestellt werden; wie positive Einflüsse, negative Einflüsse und Defizite.
- Selbstbilder, Selbstportraits

wie Körperbilder, aber auch in „Rahmentchnik“ wo eine Innenwelt im Selbstbild den aus einem umgebenden Rahmen hereinströmenden Außeneinwirkungen gegenübergestellt wird.

- Identitätsbilder

Symbolisches Fassen der fünf Säulen der Identität, evtl. auch in ihrer zeitlichen Entwicklung.

- Souveränitätsbilder

Souveränität benötigt einen „inneren Ort“ der souveränen Potentiale und äußere Räume, wo diese Potentiale greifen können. In Form eines Rahmenbildes (siehe „Selbstbilder“), wo im Innenfeld die „inneren Orte“ und im Außenrahmen die „äußeren Räume“ dargestellt werden. (Geht analog auch als „Powermap“ mit Bereichen der Macht und der Ohnmacht).

- virtuelle Selbstpräsentation

Erstellen einer theoretischen persönlichen „Homepage“.

- Tryptichon -Technik

Eine für die Lebensgeschichte oder den Lebenskontext signifikante Trias wird in Form eines Tryptichons dargestellt. Möglich sind hier „Vater-Mutter-Kind“, „Körper-Seele-Geist“, „Arbeit-Freizeit-Ruhe“, „Das Selbst zwischen Sicherheit und Unsicherheit“, etc.“

- Projektives soziales Netzwerk

Einteilung der sozialen Einbindung in Anlehnung an das „**Soziale Atom**“ mit dem Patienten als Mittelpunkt und drei konzentrischen Kreisen als sozialem Nah-, Mittel- und Fernraum. Darüber liegt eine Sektoreneinteilung nach Art der Bezogenheit, z. B: Arbeit, Wohnen, Familie, Freunde, professionelle Helfer. Dieses Schema kann auch sehr flexibel variiert werden wie z.B. Was mich beschäftigt mit „Wollen/Wünschen, Denken, Fühlen, etc. oder einer Gruppe, einer Firma oder einem Projekt als Mittelpunkt.

- Innere Konferenz

Die introjizierten und internalisierten Stimmen, Personen und Instanzen werden an einen Konferenztsch gerufen, die helfenden und unterstützenden auf die eine, die destruktiven auf die andere Seite. Und dann möge der Dialog beginnen....

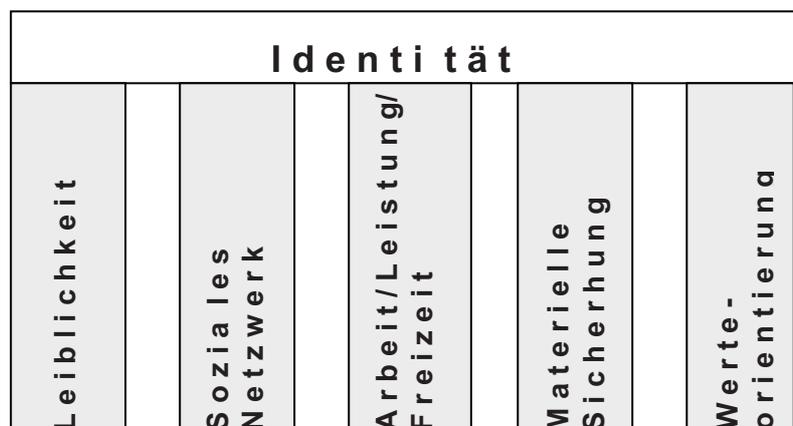
5.4 Die Säulen der Identität

Die **Identität** entsteht als „Idee“ des Ichs aus der gestalteten Einflussnahme des eigenen Selbst auf das Umfeld und der daraus erfahrenen Umfeldreaktionen, sowie aus selbst reflexiver Auseinandersetzung mit sich selbst.

Dieser Ausprägungsprozess einer Identität ist ein sich selbst lebenslang fortschreibender Prozess als Folge und Ursprung von:

- volitiven Einflussnahmen
- kognitiven Einschätzungen
- emotionalen Bewertungen
- mnestischen Resonanzen (erinnerte Ähnlichkeiten)

Die Identität fußt auf fünf Säulen, die in der therapeutischen Anwendung eine Analyse der Tragfähigkeit dieses Identitätsfundamentes zulassen: welche Säule des Patienten ist noch intakt - beziehungsweise geschwächt oder am bröckeln? Wo muss er unterstützt werden, und mit welchen Mitteln?



5.5 Die Vier Wege der Heilung und Förderung

Im Vorgehen "von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen" vereint die Integrative Therapie also gegenwarts- und vergangenheits- und zukunftsorientierte Therapie und intendiert Synergien der Potentiale psychodynamischer, humanistischer, systemtherapeutischer, soziotherapeutischer und kognitiv-behavioraler Therapieansätze. Verschiedene "Wege der Heilung und Förderung" (Petzold 1988d) und verschiedene Modalitäten des Vorgehens kommen dabei situations- und indikationsspezifisch und auch vernetzt zum Einsatz. Der Integrative Ansatz der Therapie verfügt über ein breites behandlungsmethodisches Instrumentarium, mit dem die aus der Analyse von **Probleme**, **Ressourcen** und **Potentialen** korrespondierend erarbeiteten Ziele realisiert werden können (Petzold 1993a, S. 1332).

Diese und andere Modalitäten kommen in der *Heuristik der "vier Wege der Heilung und Förderung"* zum Tragen.

Diese „Vier Wege“ sind nicht hierarchisch geordnet, werden kombinatorisch eingesetzt, ergänzen einander, werden auch selbst entwickelt und ausdifferenziert mit dem - und durch den Fortschritt der Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Es können also in jedem Weg vielfache psychologische Modelle, Methoden und Techniken vor dem multi-, inter- und trans-theoretischen Hintergrund Integrativer Therapie (Petzold et al. 1997) *störungsspezifisch* und angepasst auf die Lebenssituation der Patienten zum Einsatz kommen.

Grundsätzlich müssen die Hilfsangebote (besonders in der Suchttherapie) **heterogen** und **ineinander greifend** sein, **alle 5 Säulen der Identität erfassen**.

In der IT unterscheiden wir die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ wie folgend:

▪ 1. Weg - Bewusstseinsarbeit

Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation:

„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“

Dem Betreffenden wird bewusst, welche Funktion Drogen bei ihm haben, er erkennt die Dynamik, die sich daraus entwickelt, es erschließt sich ihm der Sinn und die Zusammenhänge. Durch konfliktzentrierte und aufdeckende Impulse entsteht eine Spirale des **Wahrnehmens** von unmittelbarem Erleben zum **Erfassen** von Bezügen in der Gegenwart und Vergangenheit zum **Verstehen** der Auswirkungen bis hin zum **Erklären** und **Verändern** können.

Hier verbinden sich leibliches **Erleben**, emotionale **Erfahrung** und rationale **Einsicht** auf der Grundlage konkreter **zwischenmenschlicher Beziehung**. Der Therapeut **arbeitet konfliktzentriert** aufdeckend, er orientiert sich am **Störungsbild** und der Lebenssituation.

Beispiel: Klient erkennt das Kritik in der Arbeitsstelle zeitverzögert emotionale Stresssituationen auslösen, die er nicht aushält und mit Alkohol bekämpft. Des Weiteren erfährt er, dass diese emotionale Stresssituation aus seiner Lebensbiographie begründbar ist (Vater war streng und ungerecht) und sich diese eine abgekoppelt von der Ursprungssituation in der Gegenwart wiederholt.

▪ 2. Weg – Nach- und Neusozialisation

Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation:

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“

Die zugrunde liegenden Störungen werden aufgearbeitet mit dem Ziel andere, konstruktivere Erfahrungen zu machen und/oder das bisher destruktiv Erlebte zu kompensieren.

In der therapeutischen Beziehung werden **Entwicklungsstadien** der persönlichkeitsbildenden Beziehungen durchlaufen. Traumata und Defizite können neu bewertet werden. Deutungen des Therapeuten im Übertragungskontext haben eine wichtige Bedeutung. Ebenso erlebt der Patient hier wieder **Grundvertrauen**. Der Therapeut wird zum **Elternteil**. Das Vorgehen eignet sich besonders bei **frühen Schädigungen**. Das Erlebens- Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum erweitern durch korrigierende oder alternative Erfahrungen in der **therapeutischen Beziehung**

Dieser Prozess kann zum Beispiel durch das Leben in einer therapeutischen Gemeinschaft und deren professioneller Begleitung gefördert werden.

Beispiel: o.g. Beispiel. Der Klient bearbeitet diesbezüglich seine Beziehung zu seinen Vater, arbeitet diese auf, macht im Rahmen der therapeutischen Beziehung andere, korrigierende Erfahrungen.

▪ **3. Weg – Erlebnis- und Ressourcenaktivierung**

Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung:

„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Begegnungen und Beziehungen entfalten.“

Impulse geben eigene Ressourcen zu entwickeln und zu nutzen, neue kreative Wege kennen lernen und Erfahrungen damit sammeln. Dadurch die Welt aus einem anderen Blickwinkel kennen lernen.

Dies wird ermöglicht durch das Bereitstellen **alternativer Erfahrungsmöglichkeiten** (Bewegung, Spiel, kommunikativen Übungen, kreative Medien).

Persönliche **Potentiale vergrößern** sich hin zu einer **selbst - bestimmten Gestaltung** der eigenen Biographie.

Es wird erlebniszentriert stimulierend oder übungszentriert funktional gearbeitet.

o.g. Beispiel: Der Klient erlernt im Rollenspiel einen anderen Umgang mit Kritik und berichtet von seinen Erfahrungen in der Realität.

Dieser Prozess wird u.a. durch Anregung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, Entwicklungen von Hobbies, gemeinschaftlichen Freizeitaktivitäten und ähnliches gefördert.

▪ **4. Weg – Förderung von Exzentrizität und Solidaritätserfahrungen**

Metaperspektive, Solidarität, Souveränität:

„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, die Ohnmacht verabschieden, gemeinsam Zukunft gewinnen.“

Dieser Prozess wird durch das Ergreifen von Partei für die Betroffenen durch den Therapeuten oder durch Gruppenmitglieder (Andere Menschen haben etwas Ähnliches erlebt) oder auf anderer Ebene z.B. durch sozialpolitische Initiativen und der Anregung von Selbsthilfe z.B. durch die Entwicklung von Selbsthilfegruppen gefördert.

Der Therapeut tritt engagiert für den Klienten auf. Er erfasst die Situation des Klienten im **Netzwerk** bzw. des Netzwerkes selbst und seiner Strukturen. Er initiiert und begleitet **sozio-therapeutische** Maßnahmen.

o.g. Beispiel: der Klient erfährt viel Zuspruch und Unterstützung des Therapeuten, im weiteren Verlauf schließt sich der Klient einer Selbsthilfe-Gruppe an

Im Idealfall greifen alle vier Wege ineinander. Im Normalfall sind eventuell auch nur ein oder zwei Wege der Heilung als Zugang erzielbar, z.B. wenn der Betroffene erst am Beginn der

Aufarbeitung seines süchtigem Verhaltens steht, und die Sinnfindung seiner Sucht (erster Weg der Heilung) noch zu sehr angstbesetzt ist .

➤ Die 14 Wirkfaktoren (healing factors) stellen eine Vertiefung dieses Konzepts dar.

5.6 Die Wirkfaktoren

Die therapeutische Arbeit verläuft in der Integrativen Therapie orientiert an der Heuristik der "Vier Wege der Heilung und Förderung" (Petzold 1996a), verschiedener Modalitäten des Vorgehens, spezifischer Strategien der Behandlung und zielt dabei ab auf die Realisierung von 14 Wirkfaktoren. Überall spielen korrektive und alternative emotionale Erfahrungen im Klimata „prozessualer Aktivierung“ eine unverzichtbare Rolle.

Diese Faktoren sind hier zunächst unkommentiert aufgeführt (vgl. Petzold 1993p). Sie werden von Therapeuten in unterschiedlichen Gewichtungen prozessorientiert eingesetzt (Brumund, Märtens 1998), was ich in Beispielen unter 5.2 näher erörtern werde.

14 Therapeutische Wirkfaktoren:

Die Wirkweisen stehen in Klammern: **K** = konfrontativ, **P** = protektiv, **S** = supportiv

- 1 **EV** Einfühlenendes Verstehen (**P, S**)
- 2 **ES** Emotionale Annahme und Stütze (**P, S**)
- 3 **LH** Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (**S, K**)
- 4 **EA** Förderung emotionalen Ausdrucks und der Entscheidungsfähigkeit (**S, K**)
- 5 **EE** Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (**S, K**)
- 6 **KK** Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (**S, K**)
- 7 **LB** Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (**P, S, K**)
- 8 **LM** Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (**S, K**)
- 9 **KG** Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (**S, P, K**)
- 10 **PZ** Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (**S, P, K**)
- 11 **PW** Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (**S, P, K**)
- 12 **PI** Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. "persönlicher Souveränität" (**S, P, K**)
- 13 **TN** Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (**S, P,)**
- 14 **SE** Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“ (**S, P, K**)

Diese Faktoren sind instrumentell für übergeordnete Strategien wie

- · Vermittlung korrekativer bzw. alternativer interpersonaler Erfahrungen
- · Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen
- · prozessuale Aktivierung
- · Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und -Performanz

Sie haben auch als Schutz- und Resilienzfaktoren Bedeutung, die letztlich das Wesen eines „guten zwischenmenschlichen Miteinanders“ ausmachen, das durch die Therapie wieder hergestellt und zu seiner heilenden Wirkung gebracht wird. Dieser prinzipiell „normale“ Entwicklungsrahmen bekommt in der Therapie jedoch seine besondere therapeutische Bedeutung:

- aufgrund der (Prozess-) Diagnostik
- aufgrund der Systematik des Einsatzes bestimmter Faktoren
- aufgrund der Ergebnisreflexion (eigener Zusatz)

5.7 Die therapeutische Beziehung (1)

Für kreative, problemlösende /struktur-, verhaltens- und persönlichkeitsverändernde Prozesse benutzt die Integrative Therapie das Prozessmodell und Strukturierungsschema des "tetradi-schen Systems" mit Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase (Petzold 1996a, S. 75 f.).

Eine Therapie als Ganzes durchläuft im Prinzip diese vier Phasen (ebenso wie eine einzelne Sitzung, Teile von Sitzungen oder eine Reihe von Sitzungen), wobei das Phasenmodell eine Richtung, nicht aber eine zwingende Abfolge angibt, denn die Phasen können "springen", oszillieren, alternieren. Es gibt Abbrüche, Rückfälle, Übersprünge, unvollständige Phasenzyklen. Übergeordnetes Ziel der Initialphase ist es Voraussetzungen zu schaffen, dass sich alte Ordnungen und *Strukturgefüge* verändern können. Deshalb gehört über die Therapieplanung hinaus, *Stärkung der Passung bzw. Mutualität, Aufbau von Vertrauen und Induktion positiver Erwartungen*. Der Patient soll von Anfang an Wertschätzung, Geborgenheit, Verständnis, Geduld, Freiraum und Vertrauen erfahren können, um spüren und entscheiden zu können, ob dieser Therapeut für ihn „passt“ und er die Therapie beginnen will. Er muss versichert und motiviert werden, Prozesse angeregt, katalysiert, aber auch - wo notwendig - begrenzt werden. Bei Übertragungen mit hoher Dynamik (z.B. Borderline- Persönlichkeitsstörungen) müssen *korrektive* und *alternative* Beziehungserfahrungen (wir differenzieren diese, Petzold 1992a, S. 701, S. 917 f.) angeboten werden.

Das bedeutet, dass wir als Therapeuten im Sinne der positiven, bewussten und subliminalen Wünsche und Ziele, nicht im Sinne der Befürchtungen / negativen Erwartungen unserer Patienten handeln oder reagieren sollten. Die Ermöglichung korrektiver und alternativer emotionaler Erfahrungen bezüglich unbewusster Befürchtungen und Konflikte sind darauf gerichtet, unsicheren Kontakt zum Beginn der Beziehung in sicheren zu verwandeln und *positive Erwartungen* induzieren. Letztere sind ein zentraler Wirkfaktor (Grawe, 1998) in der Therapie.

➤ Wo Übertragung ist, soll Beziehung werden.

Das Vorhandensein einer nahen, wertschätzenden und supportiven Bezugsperson hat in der entwicklungspsychologischen Longitudinalforschung als stärkster "protektiver Faktor" gezeigt (Petzold, Goffin, Oudhof 1993).

Die therapeutische Beziehung ist Rahmen, Basis und Medium für den Entwicklungsprozess und soll für Patienten zu einer zentralen "Ressource auf Zeit" werden (Petzold 1980; Petzold 1993a, S. 1047-1088).

Patienten erwarten und konstellieren häufig un-, vor- und wachbewusst aufgrund der eigenen Lebens- und Lerngeschichte und der daraus entstandenen dysfunktionalen und defizienten Narrative/Schemata entsprechende Beziehungserfahrungen: pathogene, defizitäre, aber auch positiver Kooperation. Ein Mensch - wie schlimm auch immer die Geschichte seiner Beziehungserfahrungen war, wie negativ daraus resultierende Beziehungsmuster auch sein mögen - ist niemals nur von dysfunktionalen Strukturen, malignen Narrativen bzw. Negativschemata dominiert. Auf Grund seiner Lebensgeschichte verfügt er auch über positive Erfahrungen und konstruktive Interaktionsschemata. Es „muss“ also nicht zwingend zu negativen Reinszenierungen (z.B. feindseligen Übertragungen) kommen.

Um die Ansprüche schwer persönlichkeitsgestörter Patienten an die Beziehung, auf Grund dysfunktionaler Strukturen konstellierter "Beziehungstests" und Reinszenierung- versuchen, erfüllen oder handhaben zu können, benötigt der Therapeut personale und klinische Kompetenz, Performanz zum Umgang mit Widerstand oder problematischen Volitionsprozessen, Übertragungen, Gegenübertragungen, und mit seinen Eigenübertragungen, d.h. für die Beziehungsarbeit. Wir differenzieren hierbei Arbeit an der Übertragung/in der Übertragung, durch die Übertragung sowie Arbeit an der Beziehung / in der Beziehung und durch die Beziehung (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1993).

Beziehungs-, Übertragungs-, Widerstands- und Willensarbeit sind immer Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Es gibt in ihr nur wenige von der Therapiebeziehung unabhängige Themen. Einsatz für eine vertrauensvolle, tragfähige Beziehung ist unvereinbar mit Konfliktvermeidung. Die Beziehung mag tragfähig wirken, sie wird es aber erst mit „durchlebten und durchgestandenen“ Konflikten. Patienten benutzen, wenn die Therapiebeziehung selbst für sie

konflikthaft wird, oft - keineswegs immer - die dysfunktionalen Varianten ihrer mitgebrachten Strukturen und Strategien (z.B. Vermeidung, Rückzug, Kontakt-, oder gar Therapieabbruch), oder wagen *Beziehung* erst gar nicht. Die Therapie besteht dann eher aus einer Folge von *Kontakten*.

Um diesen Aufgaben gewachsen zu sein, müssen Therapeuten sich einlassen können, ohne sich selbst (und damit den Überblick) zu verlieren. Sie müssen sich engagieren können, ohne involviert zu werden, durch das Einlassen auf sich selbst, auf den Patienten, die Inhalte des Geschehens, die Interaktion.

➤ Im Wechselspiel zwischen *Zentrität* und *Exzentrität* entsteht so eine therapeutische Haltung, die wir als so *partielles Engagement* (ebd. 1980) bezeichnen.

Die Therapiebeziehung muss in allem, was getan wird, bewusst oder zumindest mitbewusst im Blickfeld des Therapeuten sein. Ihre augenblickliche Qualität zeigt sich atmosphärisch und szenisch (d.h. verbal, nonverbal und periverbal) und nicht in einem ausschließlich kognitiv oder verbal gesetzten Fokus.

6 Maltherapie bei Alkoholabhängigkeit

6.1 Therapeutische Grundsätze im Therapiezentrum Cronheim:

Die nachfolgenden Grundsätze sind für alle Bereiche der therapeutischen Arbeitsfelder maßgebend und sollen dementsprechend in der praktischen Arbeit Ausdruck finden:

- Es gilt uneingeschränkt der Grundsatz: Jeder Bewohner ist als Mensch zu sehen mit dem Handicap, suchtkrank zu sein.
- Oberstes Ziel des therapeutischen Prozesses ist nicht die völlige Alkoholkarenz, vielmehr kann die Karenz nur ein Teilschritt des Entwicklungszieles sein.
- Für jeden Bewohner wird von den Therapeuten mit dem Betroffenen ein Therapieplan erstellt.
- Individualität ist im Rahmen der Gemeinschaft zu fördern.
- Gegenseitige Toleranz ist ein angestrebtes Ziel in der Gruppe wie in der Öffentlichkeit mit Modellcharakter.
- Erfolge und Misserfolge bespricht das Team mit den Betroffenen.
- Therapeutische Begleitprozesse reichen von motivierten Maßnahmen bis zu Sanktionen.
- Im Rahmen der therapeutischen Vereinbarung gilt der Alkoholtest als Pflicht. Die Verweigerung ist dem Rückfall gleich zu setzen.
- Alkoholverbot in der Einrichtung gilt für Bewohner, Mitarbeiter u. Gäste in gleicher Weise.
- Die Grundsätze sind jeweils den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen.
- Soweit möglich, wird in Teilen der Alltagsarbeiten im Wohnbereich eine Eigenversorgung angestrebt.

Diese vorgestellten Grundsätze dienen seit etwa drei Jahren als Grundlage / Richtlinie für die verschiedenen therapeutischen Arbeitsfelder innerhalb unserer Einrichtung.

Ich konnte damit nicht sehr viel anfangen, weil sie mir zu allgemein, ungenau und undifferenziert – in Bezug auf meine Arbeit in der Beschäftigungstherapie - vorkamen.

So begab ich mich auf die Suche nach Material (2.2, Seite 11 dieser Arbeit) das mir helfen sollte meine Arbeit zum Wohle der Patientinnen / Patienten auszuführen (das meine ich tatsächlich so!) Aus diesem Fundus (siehe Punkte 2 und 3 dieser Arbeit), meinen bisherigen beruflichen Erfahrungen und den Kenntnissen aus meiner Ausbildung in Gestalttherapie, habe ich dann schließlich mein eigenes „Konzept“ speziell für meinen Tätigkeitsbereich „GEBASTELT“ (betrifft speziell 5.1.1 und 5.1.2).

Ab März 2003 erfuhr und lernte ich viel von der „Integrativen Therapie“, über die ich im Vorfeld schon einiges gehört hatte und daher sehr neugierig wurde. Was ich dann während meiner Weiterbildung erlebte, erfuhr und als Anregung für meine Arbeit erhielt, begeisterte, überzeugte und entlastete mich, ich musste nicht mehr „herumsuchen“. So konnte ich auch SIE nach und nach in meiner Arbeit einsetzen, und ich bin dabei, meine Arbeit schrittweise an den Konzepten der „Integrativen Therapie“ auszurichten (die Theorie mit der Praxis verknüpfen / verschränken), dabei bin ich allerdings auf die Unterstützung der Heimleitung und des Therapieleiters angewiesen (was meinerseits Überzeugungsarbeit erfordert).

6.1.1 Schwerpunkte im Arbeitsbereich der Suchterkrankungen:

Die hier tätigen Therapeuten müssen eigene Maßnahmen eng in das psychotherapeutische Behandlungskonzept einbinden. Deshalb richten sich die Schwerpunkte ihrer Arbeit nach folgenden Kriterien:

- den verschiedenen Typen der Drogenabhängigkeit, Suchtstoff: Alkohol, Medikamente, Rauschdrogen
- den Therapiephasen des Entzugs, der Motivation, der langfristigen Entwöhnung und der Nachsorge
- dem Störungs- und Krankheitsmodell, das der therapeutischen Haltung und dem speziellen Setting zugrunde liegt
- dem Behandlungskonzept mit variierenden analytischen, verhaltens-, sozial- oder familientherapeutischen Anteilen

6.1.2 Ziele der Maltherapie in der Suchtarbeit

In der Beschäftigungstherapie werden die Bewohner nach „Therapeutischen Grundsätzen“ u.a. aus der Ergotherapie, der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie unterstützt und gefördert.

Grundsätzlich wird hierbei in hohem Maß individuell, dem jeweiligen Krankheitsbild des einzelnen Bewohners entsprechend, die Planung und Durchführung der Therapiemaßnahme vorgenommen.

In Einzel- und Gruppenförderung werden die betroffenen volljährigen Alkoholiker/-innen zur Mitarbeit an ihrem Therapieerfolg angeregt: z.B. nach der körperlichen Entziehungskur, bei „abgebauten Alkoholiker/-innen“, chronischen Alkoholismus, Alkoholdemenz....

➤ Vorrangig therapeutisch angestrebte Ziele (nicht nur!) in der Maltherapie sind deshalb:

- das Selbstwertgefühl
des Betroffenen durch therapeutische Angebote wieder aufzuwerten, zugleich aber eine realistische Selbsteinschätzung einzuleiten, anstelle von überfordernder Leistungsorientiertheit oder aber resignierten Vermeidungsverhalten.

- Förderung im Sozialverhalten
hinsichtlich der Verantwortungs- und Kooperationsbereitschaft (spiegeln), insbesondere nach der Phase des Entzugs. Der Patient neigt zu Abwertung der Umwelt als Verleugnung eigener Unzulänglichkeiten in der Handlungskompetenz.

- Unterstützung der Selbstheilungstendenzen und der Abstinenzentwicklung

durch Angebote wie z.B. Hobbypflege, Gruppenprojekte handwerklicher, lebenspraktischer Art, gestaltungs- und bewegungstherapeutischer Angebote.

Können Beeinträchtigungen aufgrund der Schwere der vorliegenden Schädigung nicht beseitigt werden, muss nach Wegen und Hilfsmitteln gesucht werden, die dem Patienten ermöglichen, dies zu kompensieren.

Das Ausmaß einer resultierenden Behinderung aus bestehenden Beeinträchtigungen sollte so gering wie möglich gehalten werden, mit dem Ziel, den Patienten an der Ausweitung bzw. den Erhalt größtmöglicher Selbständigkeit und Eigenaktivität zu unterstützen.

Aus der Literatur über Ergotherapie habe ich mir deshalb eine Übersicht verschafft, worauf ich bei der Förderarbeit achten muss, welche Wirkungen ich mit welchen Methoden / Mitteln erzielen kann. Ebenso befasste ich mich mit den Unterrichtsunterlagen aus der Zeit meiner Ausbildung für Heilerziehungspflege. Dabei wurde ich aufmerksam auf verschiedene Bereiche, die mir auch als Voraussetzung oder Begleitung in der Maltherapie bedeutsam erscheinen. Aus diesem Grund soll hierzu ein kurzer Überblick folgen:

- **Motorisch funktionelle Behandlung**
Förderung der Feinmotorik und Koordination, Schreibtraining an adaptierten Arbeitsplätzen.
- **Sensibilitätstraining**
Behandlung von Sensibilitätsstörungen unter Einsatz verschiedener Therapiematerialien (Oberflächen-, Tiefen-, Temperatursensibilisierung, gefühlvolle Kraftdosierung).
- **Neuropsychologischer Bereich**
Diagnostik (auch in realen lebenspraktischen Bereichen) und Therapie der Störungen von Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis, Planungen und Problemlösung.
- **Wahrnehmungstraining**
Vermitteln der mit Handeln verbundenen Informationen und sensiblen Reize mittels „FÜHREN“ von Bewegung und Handlungen (besondere Anwendung nach dem Affolter- Konzept)
- **Selbsthilfe und praktische Lebensführung**
Vorbereitung des wahrnehmungsgestörten Patienten auf die selbständige Bewältigung von Alltagssituationen (Körperpflege, An- und Auskleiden, Zeiteinteilung, Behördengänge etc.).
- **Handwerkliche Techniken**
Trainieren der Grob- u. Feinmotorik über handwerkliche Aktivitäten → Holz- u. Tonarbeiten, Seidenmalerei, verschied. Webtechniken, bildnerisches Gestalten, Flechtarbeiten).

Letztendlich wird mit jeder gelingenden Fördermaßnahme etwas bewirkt, und sei es nur in kleinsten Schritten, die geringste Veränderung.

6.3 Wirkfaktoren in der Maltherapie

Die oben genannten Ziele haben Einfluss auf die Wahl der Methode und auf die Faktoren die hierdurch wirksam werden können, oder deren Wirksamkeit von mir gewollt /angestrebt ist. Auf der Basis der Kenntnis der Behinderungs- oder / und Krankheitsbilder, ist die Möglichkeit der Erlangung / Wiedererlangung körperlicher, geistiger und sozialer Selbständigkeit und gegebenenfalls die berufliche (Wieder-) Eingliederung des Patienten abzuklären und optimal zu fördern. Welche Wirkfaktoren werden hierbei sinnvolle Unterstützung leisten können?

Therapeutische Wirkfaktoren bzw. Wirkprozesse kommen immer im Rahmen therapeutischer Beziehungen in unterschiedlicher Qualität zum Tragen (als Ko-responsenz). Hierzu bieten sich aus der Integrativen Therapie, die sich als „multimodaler“ Ansatz definiert (Petzold 1974j, 304, Diagramm III), verschiedene Modalitäten an:

- 1. Übungszentriert - funktionale Modalität
- 2. Erlebniszentriert- stimulierende (agogische) Modalität
- 3. Konfliktzentriert – aufdeckende Modalität

Die Verwendung von Wirkfaktoren und Wirkfaktorenkombinationen muss theoriegeleitet sein, ausgerichtet an Überlegungen, wann sie z.B. in einer Interventionsstrategie konfrontativ und/oder supportiv oder in einer protektiven Art und Weise (Petzold 1980g, 278-284) eingesetzt werden können, denn das ist bei vielen Faktoren möglich

Die Orientierung an einer prozessualen Diagnostik (Osten 2000; Petzold, Osten 1998; Petzold, Wolf et al. 2000), die Stärken und Schwächen, Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP) (idem 1997p) und gegebenenfalls Defizite erfasst, wird hier unabdingbar.

Für das Malen als Therapie erweist sich die Erlebniszentriert - stimulierende (agogische) Modalität im Besonderen sinnvoll.

In diesem Arbeitsstil werden kreativitätsfördernde Methoden und kreative Medien eingesetzt. Dies trägt dazu bei, das Potential der Patienten zu fördern, sowie auch alternative Erfahrungen und salutogene Qualitäten auf der kognitiven, emotionalen, volitiven und behavioralen Ebene bereit zu stellen (z.B. durch Rollenspiel, Imaginationsübungen, Gestaltmethoden...).

Entsprechend dieser Arbeitsweise wird beim Malen als Therapie, neben unspezifischen Faktoren, in einem deutlich stärkeren Ausmaß auf protektive Wirksamkeit geachtet.

In welchem Umfang die verschiedenen Faktoren wirksam werden können, hängt u.a. von meiner Planung und Durchführung der Therapietechnik – und dem Verlauf der Therapiestunde ab. Hier habe ich zu bedenken: wie viele Teilnehmer-/innen werde ich erwarten und in welcher Verfassung treffen sie ein, wie ist die Raumsituation / die Atmosphäre, welches Thema wird als Aufgabe gestellt und wie stimme ich sie darauf ein, welches Material wird verwendet etc. Ebenso ist es nicht unerheblich ob die gesamte Gruppe von mir betreut wird, Kleingruppenarbeit innerhalb der Gruppe oder Einzelförderung erforderlich wird.

In den Vorüberlegungen sind „nicht“ die Therapeutenvariable, die differenzierte Patientenvariable und die Beziehungsvariable angemessen berücksichtigt, ebenso (nur ansatzweise) die Kontext- bzw. Settingvariablen.

Dass sie gewichtige Bedeutung für die Heilungsförderung und Entwicklung eines Menschen haben (siehe 4.6, ab Seite 36 dieser Arbeit: „Vier Wege der Heilung“), ist unumstritten, weshalb ich an anderer Stelle kurz auf diese eingehen werde.

Wenn all diese Vorüberlegungen zur erfolgreichen Anwendung führen, werden zum Beispiel folgende Faktoren in unterschiedlicher Ausprägung und Qualität wirksam, die ich mit Beispielen aus meiner beruflichen Praxis kommentieren möchte:

1 EV Einführendes Verstehen (P, S)

Neuankömmlinge in der Beschäftigungstherapie werden von mir angeregt, sich aus den Beschäftigungsangeboten eine sie ansprechende Beschäftigung auszuwählen, oder einen persönlichen Beschäftigungswunsch zu äußern, damit dies ihren Einstieg bei uns etwas erleichtern wird (siehe 2. Weg der Heilung, Seite 37 dieser Arbeit).

2 ES Emotionale Annahme und Stütze (P, S)

Gelegentlich kommt es vor, dass ein/e Patient/in gezielt den Wunsch äußert, etwas malen zu dürfen anstatt sich an einer Werkarbeit beteiligen zu müssen. Genannte Gründe sind hierfür häufig innere Unruhe, innere Anspannung weil zum Beispiel ein längst erwartetes Gespräch mit dem Betreuer endlich stattfinden soll, etc. Das Malen hilft ihnen diese Zustände erträglich zu machen, da sie sich bei dieser Tätigkeit nicht noch einem weiteren Druck ausgeliefert fühlen (leistungsorientiert). Sie können ihr „Inneres“ wieder etwas ordnen (siehe 2. Weg der Heilung, Seite 37 dieser Arbeit).

3 LH Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (S, K)

Manchmal fällt es den Teilnehmenden schwer, sich für eine Maltechnik oder ein Arbeitsmaterial zu entscheiden, weil sie selbst glauben, dass sie sich entscheiden müssen ohne eine Vor-

erfahrung zu haben, auf die sie zurückgreifen könnten.

Mein Vorschlag, erst einmal mit verschiedenen Techniken oder Materialien zu experimentieren und sich danach zu entscheiden, wird deshalb mit erleichtertem Staunen gerne angenommen (sie meinten, auf diese Idee hätten sie auch kommen können) (siehe 4. Weg der Heilung, Seite 37 dieser Arbeit).

4 **EA** Förderung emotionalen Ausdrucks und der Entscheidungsfähigkeit (**S, K**)

Da dies schon verbal den meisten Patienten schwer fällt, gelingt es in kreativer Form ebenso nur wenigen. Auffallend hierbei ist: je nach Bereich und Grad der Schädigung durch Alkoholmissbrauch, sind die Möglichkeiten und die Fähigkeiten des Ausdrucks und der Entscheidungsfähigkeit deutlich unterschiedlich.

Hilfsmittel wie Symbole oder die Verbindung von Malen und Collage können unterstützend und förderlich sein; dies gilt gleichermaßen für die Entscheidungsfähigkeit (siehe Wirkfaktor 3, und 4. Weg der Heilung, Seite 37 dieser Arbeit).

5 **EE** Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (**S, K**)

Hierbei geht es eher darum mit den Patienten zu verhandeln welche Arbeit wann, wie, warum und in welcher Reihenfolge gemacht werden soll und was dementsprechend Sinn macht (trifft auch auf die Sinnhaftigkeit für den Patienten zu).

Manchmal müssen zuvor noch begonnene Arbeiten abgeschlossen werden, bevor mit der neuen begonnen werden kann.

In der Regel kläre ich solche Angelegenheiten mit den Einzelnen /der Gruppe, da gemeinsame Beschlüsse motivierender und daher erfolg versprechender sind, als wenn sie davon ausgeschlossen werden, zumal ja das Wohl der Betroffenen im Mittelpunkt stehen soll (siehe Grundprinzip des Polylogs: das Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum; sowie 1. und 2. Weg der Heilung).

6 **KK** Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (**S, K**)

Wenn wir uns (freiwillig) im Anschluss an das Malen über die entstandenen Bilder austauschen, entstehen häufig sehr fruchtbare Gespräche, die je nach Beziehung zueinander, dem gegenseitigen Vertrauen und der Sicherheit in der Gruppe sehr viel Tiefgangerreichen und in denen Einzelne viel von sich preisgeben und sich zeigen (siehe 3. und 4. Weg der Heilung, Seite 37 dieser Arbeit).

7 **LB** Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (**P, S, K**)

Obwohl das Malen an sich für die meisten die leibliche Bewusstheit, die Selbstregulation und psychophysische Entspannung fördert, leiten wir diesen Prozess im Vorfeld mittels Musik, einer Fantasiereise, einer Geschichte /einem Gedicht oder einer Entspannungsübung ein – das hat sich mittlerweile zu einem festen Bestandteil in unserem Programmablauf entwickelt (siehe 1. und 2. Weg der Heilung).

8 **LM** Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (**S, K**)

Einige Patienten habe ich zwischen zwei und vier Jahre in der Beschäftigungstherapie erlebt, beobachten können und in vielerlei Hinsicht unterstützend begleitet. Ich habe ihre Entwicklungen in kreativen, sozialen und persönlichkeits-fördernden Bereichen wahrgenommen und die Steigerung ihrer Lebensfreude.

Oft habe ich gehört: „jetzt, wo ich schon so lange nichts mehr trinke (Alkohol war gemeint), kann ich mich besser konzentrieren, mir gelingen viele Arbeiten besser und das Leben macht auch wieder Spaß (siehe alle 4 Wege der Heilung).

9 **KG** Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (**S, P, K**)

In der Beschäftigungstherapie wird vorrangig erlebniszentriert, stimulierend, übungszentriert und funktional gearbeitet. Vielfältige Erfahrungen mit den verschiedensten Werk- und Maltechniken können positiv beitragen zu: Selbstwert /Selbstachtung, Selbstbestimmung /Ziele (Hobbies entdecken, Zukunftsperspektiven entwickeln), Kreativität und Handlungskompetenzen, Strategien der Problembewältigung u.v.m. .

In Vorbereitung auf ein Gruppenthema haben die Patienten zum Beispiel während einer Fantasieeise den Blick durch die kleine Öffnung eines Gartenzauns gewagt und anschließend „malerisch“ festgehalten was sie gesehen hatten. Als Einstieg diente uns ein Gedicht über einen Gartenzaun von E. Mörike (siehe 3. und 4. Weg der Heilung).

11 **PW** Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (**S, P, K**)

Auf den Grundlagen und entsprechenden Erfahrungen, Erlebnissen und Entfaltungsmöglichkeiten während der Beschäftigungstherapie konnten einige der Beteiligten persönliche Wertschätzung erleben, die z.B. in manchen Fällen zu Veränderungen führten im Verhalten, der Denkmuster (vorher eher negative, wie „ein Kerl malt nicht, das macht man im Kindergarten“), im Rollenverhalten, der Werte und Normen.

Jede dieser benannten Veränderungen könnte m. E. ein eigenes Thema zur Bearbeitung abgeben, so beeindruckend finde ich das mit ihnen Erlebte; doch will ich mich hier weiterhin auf das „Malen als Therapietechnik“ beschränken (siehe alle 4 Wege der Heilung).

12 **PI** Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. "persönlicher Souveränität" (**S, P, K**)

Eines unserer Grundprinzipien ist: Jeder macht das was ihm gelingen kann und Spaß macht, und jeder kann etwas, das er so gut wie möglich macht. Keiner von uns kann Alles, manche können etwas, was ich /du / wir nicht können, aber die umgekehrte Seite ist gleichfalls möglich. Einiges Können ist vielleicht schon da, Neues kann dazu gelernt werden wenn man das selbst möchte. Die Welt geht nicht unter wenn etwas nicht nach den eigenen Vorstellungen klappt, meistens lässt sich das mit einiger Übung verändern (Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen, usw).

Oftmals ist es bereits ein Erfolg wenn sich jemand auf „Neues“ einlassen kann. Hilfreich ist es auch „ganz offen ein Übungsstück anzufertigen“, da ein weniger gutes Gelingen einer Aufgabe leichter angenommen werden kann, anstatt wegen Selbstzweifel ein vorschnelles Abbrechen herbei zu führen (siehe 3. und 4. Weg der Heilung).

14 **SE** Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“ (**S, P, K**)

Im Rahmen der von uns angebotenen Tätigkeiten erhält jede/r Teilnehmer/in positive Rückmeldungen der Gruppe, ebenfalls beim „Malen.“ Wenn eine Patientin oder ein Patient einmal nicht weiter weiß, erhält er umfangreiche Anregung, Ermutigung und Unterstützung von Gruppenmitgliedern. Auch neidvolle Anerkennung bleibt nicht aus: „So toll möchte ich auch malen können.“ Relativ selten wird auf Bitte um Hilfe ablehnend reagiert.

Den Höhepunkt von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“ bildeten das gemeinsame Ziel unserer Bilderausstellung und das Erleben, dass dieses gemeinsam erreicht wurde - die Ausstellung Realität wurde.

Da die Bilder von einzelnen Patienten hergestellt wurden, konnte jede/r Einzelne sich über seinen persönlichen Erfolg freuen und sich trotzdem von dem entstandenen „Wir-Gefühl“ tragen lassen (ich gehöre zu dieser Gruppe): als Individuum mit meiner eigenen Identität integriert in dieser Gruppengemeinschaft (siehe alle 4 Wege der Heilung, wobei der 4. Weg vorherrschend ist).

6.3 Die therapeutische Beziehung (2)

(siehe auch 4.8, Seite 39 dieser Arbeit).

Sie ist ein Ko-respondenzprozess und zugleich auch „prozessuale Aktivierung.“

Welchen Stellenwert die therapeutische Beziehung für die Motiviertheit und Therapieerfolge der Patienten hat, habe ich auf vielfältige Weise und in unterschiedlicher Ausprägung erfahren und erlebt. Bestätigen kann ich deshalb die Notwendigkeit eines theoretischen Hintergrundes, da der Patient und der Therapeut gleichermaßen davon profitieren: Rückhalt und Klarheit in Bezug auf die Rollenverteilung und die therapeutische Haltung, Sicherheit im möglichen Handlungsrahmen, der Aufmerksamkeit und Reflexion (Therapeut / Patient).

Das Wissen über die Lebensgeschichte, das Krankheitsbild und den Zustand der Säulen der Identität der Patientin / des Patienten dazu genommen, hilft im Verstehen der Gründe seiner Verhaltensmuster- und Mechanismen.

Am häufigsten habe ich bei ihnen Abwehr aus Angst, Unsicherheit, Scham und Verzweiflung am Leben (was kommt auf mich zu, was bringt mir das, wie soll es weitergehen...) erfahren, doch gab es auch Patienten deren Abwehr deutlicher in Erscheinung trat, wie z.B. Trotz (ich sauf danach eh wieder), Arroganz (was soll ich hier, ich bin doch nicht krank; ich bin zur Erholung hier) und Überheblichkeit (die Therapeuten haben doch keine Ahnung, die merken nicht wenn sie verarscht werden- und deshalb mach ich mein Ding- die werden schon sehen was sie davon haben). Bei dieser Verschiedenheit als Beigabe zum therapeutischen Erkennen, Verstehen und Handeln ist die Agitation innerhalb einer Gruppe „Schwerarbeit“, die mit dem nötigen Hintergrundwissen professioneller leistbar wird.

Ich habe den Unterschied erlebt, nachdem ich mir dieses Wissen verschaffte, und ich werde mich auch weiterhin darum bemühen. Hier geht es nicht darum, dass „Wissen“ schlaue macht, sondern, dass ich meine Arbeitskraft sinnvoll und effektiv einsetze anstatt unnötig Energie zu verschenken, ausgepowert zu sein. Auch hier ist der Patient der Gewinner: bezogen auf Grenzverletzungen, Selbstbestimmung und Mitspracherecht, partnerschaftlichen und wertschätzenden Umgang miteinander, Klarheit und Gewissheit, dass wir uns gegenseitig etwas geben können (auch Patienten geben gerne; es fühlt sich für sie gut an).

Die Gegenseitigkeit ist mir sehr wichtig, da sie weder Entmündigung, noch Machtbestrebungen bestärkt, auch nicht von der Patientenseite her. Gegenseitigkeit ist gleichfalls für Gruppendynamik – und Prozesse bedeutend, fördert Vertrauen, Zuverlässigkeit und Motivation.

- Ich habe es selbst erlebt: Gegenseitigkeit und Partnerschaft verhilft zur Entwicklung einer vertrauensvollen und (zeitweise) tragfähigen therapeutischen Beziehung.
- Das ICH, das SELBST und die IDENTITÄT als persönlichkeits-theoretische Konzepte der IT bestimmen das therapeutische Handeln.

6.5 Malen als Ressource

Einige der Patienten haben Erinnerungen an Malerlebnisse besonders aus der Schulzeit, weniger aus ihrer Kindergartenzeit. Sie erzählten zum Beispiel von Bildern die sie malen mussten bzw. gerne gemalt haben, welche Materialien sie am liebsten dafür nahmen und mit welchem der Umgang weniger erfolgreich verlief. Manche äußerten den Wunsch, es nach so langer Zeit mal wieder probieren zu wollen, wüssten aber nicht, inwieweit sie überhaupt noch malen könnten. Wenn sie die Bilder einiger Leute aus der Gruppe sähen, verlören sie jedoch leicht den Mut zu einem Versuch; und was ich mir wohl denken würde, wenn ich ihre wenig künstlerischen Ergebnisse betrachte.

Dies war für mich die Gelegenheit, ihnen ihre Bedenken zu nehmen und sie zu einem Versuch zu ermutigen. Ich sagte ihnen, dass es nicht auf die Meinung oder Beurteilung anderer Personen ankäme, auch nicht darauf was ich sagen würde, sondern ganz allein darauf, dass sie Freude am Malen haben und selbst feststellen wie sie ihr fertiges Bild einschätzen. Von ihnen selbst wird es abhängen ob sie die Freude am Malen wieder entdecken wollen und bei Bedarf an ihrer „malerischen“ Entwicklung arbeiten wollen. Ich sehe meine Aufgabe darin, sie auf Wunsch zu unterstützen und nicht, über ihre Arbeit zu urteilen.

Meistens war hiermit der Weg geebnet, der die Patienten tätig werden ließ.

Ihre Erfahrung während des Malens erstaunte sie, ließ sie mutig experimentieren und manchmal auch verzweifeln. „Ich hab's ja gewusst, dass ich nicht malen kann“, meinten sie und schauten mich an, als würden sie auf meine Bestätigung ihrer Worte warten. Was sie von mir hörten, war etwas ganz anderes: „Ich denke nicht, dass sie sich dessen so sicher waren, sonst hätten sie es nicht wenigstens einmal probiert. Vielmehr nehme ich an, dass sie unsicher waren ob sie noch geübt genug sind und eine Enttäuschung erwarteten. Was halten sie davon einen weiteren Versuch zu wagen, der ihnen bereits in ihrer Vorstellung gelingen wird?“ Normalerweise reagierten sie auf meine Worte überrascht und gleichzeitig ermutigt. Im Anschluss

folgten dann viele „Versuche“ die sie in ihrer Aufmerksamkeit und Konzentration (Tendenz steigend) forderte und durch zunehmende Übung mehr und mehr befriedigte. Bis zu ihrer Entlassung haben sie mit dem Malen viele freudvolle Erfahrungen und Begegnungen gemacht, und für ihr Selbstvertrauen dazu gewonnen. Mir war bei meinen Interventionen wichtig die Wünsche der Patienten aufzugreifen und sie zum Handeln zu ermutigen, was ihnen möglicherweise zu „neues stärkendes Erleben“ verhelfen würde, sie mit der Realität konfrontierte (möglichst in positiver Form) und zu neuen Erkenntnissen führen könnte, wie z.B. mir macht das Malen Spaß und ich erfreue mich an meinen Bildern. Die Entscheidungsfähigkeit kann hier eingeübt werden und durch positives Erleben für weitere ähnliche Prozesse förderlich sein. Keinesfalls hätte ich nachgehakt, wenn die Patienten meinen Vorschlag nicht angenommen hätten, da dies m.E. aus therapeutischer Sicht nicht passend gewesen wäre.

6.5 Malen als Potential

Hierzu habe ich ein Erlebnis das mich immer wieder erfreut und begeistert. Ein ehemaliger Patient der Beschäftigungstherapie, war, die kognitiven Fähigkeiten betreffend, sehr abgebaut. Er konnte noch einzelne Buchstaben in Groß- und Kleinschrift schreiben und lesend erkennen, doch reichte es nicht aus, ganze Silben oder Worte schreibend oder lesend zu erfassen. Er hatte schon als Kind Freude am Malen gehabt, erzählte er, aber jetzt als Erwachsener und Mann, hält er nicht viel davon, und wie würde er damit vor den anderen dastehen, meinte er. Er würde halt für die Kartengestaltung malen, wenn ich das so will, denn die Farben gefallen ihm gut weil sie so schön glänzen, teilte er mir mit. Auf freiwilliger Basis malte er mit großer Sorgfalt Motive für Postkarten aus. Eines Tages meinte er, man könne doch bestimmt das was man nicht schreiben kann auch malen? Wir versuchten beides.

Beim Malen schaute er gerne auf mein Gemaltes, und so kam es, dass er mich einmal fragte, ob ich ihm zeigen würde wie ich das mit dem Malen so gut hinkriege, er möchte das von mir lernen. Wir begannen mit einem „Malprogramm“, er probierte viel aus, lies sich Malschritte zeigen die er ebenfalls nachahmte

Während dieser Vorgehensweise entwickelte er nicht nur erstaunliches Geschick, er selbst veränderte sich sehr positiv. Aus dem ehemals leicht reizbaren, gleichgültigen und schnell aufbrausenden Mann wurde ein freundlicher, zunehmend ausgeglichener Mann. Seine Wortkargheit entwickelte sich zu ziemlich gewandter Sprach- und Ausdrucksweise, das sonst verschlossene Gesicht nahm Ausdruck und Fröhlichkeit an, auch sein Selbstbild und Selbstwertgefühl veränderten sich zu gestärkter Selbstsicherheit.

Der Patient begann sich, seine Umwelt und die Mitmenschen um ihn herum wahrzunehmen, so bemerkte er plötzlich auch, wenn sein linker Nachbar oder die Nachbarin auf der rechten Seite einmal nicht anwesend waren (lange Zeit hatte er das nicht wahrgenommen). In der Gruppe wurde der ehemals meist „Unauffällige“ jetzt als Künstler bewundert.

Folge: die positiven Erfahrungen haben sich insgesamt in allen Bereichen seiner Persönlichkeit fördernd ausgewirkt; Gefühle, Wünsche und sein Spektrum des Ausdrucks erweitert, bzw. wiederbelebt.

Sein Denken und der Blick für die Realität wurden klarer. Er erfasste, dass er ohne Alkohol besser denkt und weniger Probleme hat, und dass er ein Kerl ist der, obwohl schon im Rentenalter, mit viel Freude noch so viel gelernt hat.

Abschließen möchte ich mit einem Satz aus den neuen Kreativitätstherapien (Hrsg. I. Orth und H. Petzold, Bd.II, Seite 762), der m. E. die Veränderung des o.g. Patienten treffend und wunderschön beschreibt:

„Ein ewig aufnehmendes Auge strahlt auch ewig zurück“ ...(J.W. v. Goethe)

6.6 Malen als Möglichkeit der Kompensation

Auch hier möchte ich von einem ehemaligen Patienten berichten, der zunächst in unserer Einrichtung in der Küche arbeitete. Er hatte sich dieses Therapiefeld ausgesucht, weil er hier als einst gelernter Koch auch in der Rolle des Patienten die berufsüblichen Tätigkeiten ausführen durfte. Bei einer Gesundheitsuntersuchung (vom Gesundheitsamt veranlasst) bezüglich seines Arbeitsfeldes wurde bei ihm Hepatitis C festgestellt, was zur Folge hatte, dass er wegen ansteckender Erkrankung nicht mehr in der Küche arbeiten durfte.

Er kam zu uns in die Beschäftigungstherapie (Kürzel „BT“), wo er erst einmal seiner geliebten Küchenarbeit nachtrauerte.

Am meisten vermisste er alle Arbeiten die irgendetwas mit der Teigherstellung zu tun hatten.

Wir waren zu dieser Zeit in der BT noch mit der Herstellung einer Papiermasse beschäftigt, die wir zum „Papier schöpfen“ benötigten. Dieser Patient lehnte den Einsatz aller Formen von Rührgeräten ab, „er kann den Teig wunderbar kneten, schließlich war er gelernter Koch.“ Er arbeitete ausdauernd und kraftvoll, experimentierte mit dem Teig (Formen, Farben – auch untergemischt, Muster durch Model – Nudelholz, verschiedene Schabetechniken usw.). Vom Papierteig ging er anschließend zu Kleistermalen über (verzieren von Torten erfordert eine ähnliche Arbeitstechnik). Schließlich folgte das Malen mit Wasserfarben, mit denen er imaginäre Tortenkreationen entwarf, Pizzen dekorierte, Menükarten gestaltete usw. Auch er ging in seiner Tätigkeit auf und konnte hierdurch innerlich mit seiner ursprünglichen Tätigkeit verbunden sein, auch gab er den Diabetikern in der Gruppe Ernährungstipps

Später weitete dieser Patient seinen Arbeitsradius aus, indem er mit gleicher Hingabe „nahrungsfreie“ Bilder anfertigte, und sich außerdem zunehmend für andere Werk- und Gestaltungstechniken öffnete.

6.7 Malen als Motivation und Arbeitsbündnis

Meine Erfahrungen in der BT haben gezeigt, dass Motivation nicht einfach als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden kann und soll. Motivation hängt von verschiedenen Bedingungen ab, die hierfür grundlegende Bedeutungen haben:

- Freiwilligkeit der Therapiemaßnahme
- Therapeutenvariable (die therapeutische Beziehung, siehe hierzu 4.8 Seite 39 und 5.3 Seite 46)
- die differenzierte Patientenvariable und die Beziehungsvariable
- die Kontext- bzw. Settingvariablen.

In wieweit die Patienten selbst motiviert sind, kann festgestellt /ermessen werden nach

- Anwesenheit
- Einhaltung der Arbeitszeit und der Pause
- Sorgfalt und Bemühung
- Bereitschaft (zeigen), neue Aufgaben auszuprobieren
- Antrieb und Eigeninitiative
- Interesse an der Arbeit und Qualität

Abhängig von meinen Beobachtungen zur Motiviertheit der Patienten stellte sich mir selbstverständlich die Frage wie und womit ich sie motivieren könnte. Schließlich beeinflusst Motivation letztendlich das Anbahnen und Gelingen eines Arbeitsbündnisses.

Wie H. Petzold beschreibt, geschieht der Aufbau von Kontakt- und Arbeitsbündnis auf der *Sachebene* durch Vermittlung erster Erfolgserlebnisse, z.B. Evidenzerfahrungen, Förderung von Interessen, Freude in der Arbeit mit kreativen Medien oder mit dem Therapietagebuch (Petzold, Orth 1993), Erfolg bei vereinbarten Hausaufgaben etc. Hausaufgaben sind ab Therapiebeginn ein wichtiges Instrument im Hinblick auf alle Therapieziele, da sie im Transfer di-

rekt Kontrollüberzeugungen, Selbstregulation und Festigung neuer Strukturen fördern (denn wir nehmen keine zwangsläufige Übertragung von Erkenntnissen aus der Therapie in den Alltag an, vgl. *Petzold* 1995). Wir vereinbaren Hausaufgaben konsensuell aus den Ergebnissen der *Neuorientierungsphase* am Ende der Sitzungen (*Petzold* 1974).

Meine Erfahrung hat mir gezeigt, dass schon die ersten Minuten ihrer Anwesenheit in der BT für die Patienten entscheidend sein können, ob sie sich auf eine Teilnahme in unserer Gruppe einlassen wollen und können. Sie erspüren die Gruppenatmosphäre sehr schnell und sicher. Manchmal habe ich bereits nach wenigen Minuten von den „Neuen“ gehört: „Hier gefällt es mir, weil es richtig familiär bei euch zugeht“ (

Ich kann mich gut an die überraschten Gesichter erinnern, als ich den Patienten zum ersten Mal Hausaufgaben aufgab. Sie sollten Wortspielerei betreiben und Sprüche sammeln, diese als Notizen zum folgenden Kognitionstraining mitbringen. Gemeinsam würden wir dann entscheiden, welche Sprüche wir in den nächsten Malstunden ins „Bild“ setzen werden (der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht...). Die Patienten hatten zum Kognitionstraining jede Menge Sprüche mitgebracht. Voller Eifer zählten sie, wer wie viele Sprüche brachte, und interessierten sich auch für deren Inhalte.

6.7.1 Freiwilligkeit der Teilnahme an der Therapie

Ein Teil der Patienten wurde in das Therapiezentrum mit einem richterlichen Beschluss eingewiesen worden. Anderen Patienten wurde nahe gelegt, freiwillig an einer Therapiemaßnahme teilzunehmen, um damit eine Zwangseinweisung zu vermeiden, die voraussichtlich unangenehmere Folgen für sie hätte.

Nur einige wenige (Selbstzahler) Patienten leben freiwillig in unserer Einrichtung, weil sie sich – ganz realistisch – hier vor der „Falle“ Alkohol geschützt wissen. Sie nehmen an verschiedenen Therapieangeboten teil, erfüllen kleinere Aufgaben für die Hausgemeinschaft und haben sich verpflichtet sich an die Hausregeln (mit allen Konsequenzen) zu halten. Für sie ist der Aufenthalt auf Grund der „Freiwilligkeit“ deutlich angenehmer als für den Rest der Patienten.

6.7.2 Die differenzierte Patientenvariable und die Beziehungsvariable

Auf der Beziehungsebene werden positive Erwartungen (bei Patient und Therapeut!) aufgebaut, wenn Patienten sich mit ihren Problemen und in ihrem erlebten Leid verstanden und angenommen fühlen und gleichzeitig wahrnehmen, dass sie nicht auf ihre Leiden und Probleme reduziert und pathologisiert werden (Gröbelbauer et al. 1998).

Beides ist nur möglich, wenn Therapeuten ihre Patienten nicht nur aus der Problemperspektive, sondern ebenso aus der Ressourcenperspektive (*Petzold* 1997a) zu sehen imstande sind: nicht nur die Ressourcen neben den Problemen, sondern auch die in den Problemen sollen gespürt, erfasst und gewürdigt werden. Konkret heißt das: aus der Innenperspektive der Patienten Symptome und "dysfunktionale" Narrative/Schemata als Selbstschutz nachvollziehen zu können, auch bei persönlichkeitsgestörten Menschen (vgl. *Fiedler* 1997), das "geschützte Gesunde" zu erspüren, das für die Therapie häufig wichtiger ist als das "verdeckte Gestörte", und auch die Anstrengungen, ja die besondere seelische Tiefe und menschliche Größe zu sehen, die oft gerade das Aushalten und Tragen von Not und Leid verleihen.

Den Symptomen zugrunde liegende Antriebe und Motivationen, die zum Teil vor Therapiebeginn noch verdichtet oder implizit blieben, werden nun prägnanter: Veränderungsbereitschaft, Eigenverantwortlichkeit, Widerstand, Übertragungen, Regression, dysfunktionale Volitionsprozesse etc. Ein wichtiges Ziel besteht darin, den Patienten auf der Sach- und der Beziehungsebene in Kontakt zu bringen mit seinen Problemen, Ressourcen und Potentialen und sie als Motor zu seiner Veränderung (d.h. der Veränderung von Strukturgefügen, vernetzten Schemata) zu mobilisieren (*Petzold* 1997a, *Grawe* 1998). Das ermöglicht ihm dann auch, sich zunächst als bedrohlich erlebten Veränderungen auszusetzen.

So gesehen kann eine Gruppe einerseits als bedrohlich empfunden werden und andererseits als Chance zu Veränderung, besonders wenn man dabei bedenkt, dass sie Erweiterung des Feldes und Multiplikator gleichermaßen ist, denn „Im Zusammenwirken wechselseitiger Identifizierungen wird die Gruppe "Matrix der Identität".

6.7.3 Die Kontext- bzw. Settingvariablen

Der Patient / die Patientin arbeitet in der BT innerhalb einer Gruppe, die ihn wahrnimmt und umgekehrt. Was wir auch tun, die Gruppe und jeder Einzelne reagiert darauf (Resonanz Erfahrung – Einzelne / Gruppe): neugierig, wertend, ermutigend, verletzend, neidvoll, anerkennend, beschämend, provozierend oder desinteressiert.

Aus diesem Grunde fällt es manchen Patienten schwer sich in der Gruppe zu öffnen, weil er/sie sich nicht recht traut, er/sie vielleicht Angst hat vor Verletzung, noch nicht ausreichend vertrauen kann. In allem was er / sie tut, bekommt die Gruppe ungefiltert und unzensuriert Materialangebote zur Verfügung gestellt (Gedicht, Bilder, Musikbeitrag mit Instrument...).

Deshalb erweist sich die therapeutische Beziehung als besonders wichtig und wertvoll für die Basisarbeit, wie sie zum Beispiel (nicht nur) in der BT anfällt.

In der therapeutischen Arbeit mit Gruppen wird gemeinsam über Menschen in ihren Lebenswelten nachgedacht und diese in neuen Kontext gestellt. In dieser Gemeinschaft werden im Mitdenken, Mitfühlen und Mithandeln Perspektiven erweitert und neue gewonnen. Sinnzusammenhänge können auf der Basis einer Gruppenarbeit auf vielfältige Weise verknüpft werden im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, durch Projektion und Identifizierung. Zur Selbstgestaltung und Selbstbegegnung gehören Zuhörer, Korrespondenz, Offenheit und Neugier um freimütig zu sprechen und sich auch mal etwas sagen zu lassen. Die Bewusstseinsförderung vollzieht sich in Prozessen, emotionale Reaktionen treten auf und die Wahrnehmung (z.B. eigenes Verhalten und das der anderen Gruppenmitglieder) in Bezug auf Gruppenatmosphären wird gefördert. Persönliche und soziale Werte werden möglicherweise durch das Erleben und den Austausch in der Gruppe verändert oder korrigiert. Auftretende Konflikte werden in der Gruppe oft gelöst, doch nicht immer ist Einigung möglich, so dass von einigen Patienten gelegentlich Dissens ausgehalten werden muss. Die Gruppe bietet Raum für Kommunikation, menschliches Verstehen, Erfassen von Sinnzusammenhängen, Integrationsfähigkeit, emotionale Begegnung und Einsicht, Förderung von Ressourcen, Stärken und Kompetenz. Die Gruppenteilnehmer können in gegenseitiger Wirksamkeit Beziehung, Akzeptanz und Identitätserleben unterstützen. Aber auch das Gegenteil ist möglich, wenn sich einzelne Patienten aus der Gruppe nicht leiden mögen, Vorurteile negatives oder schädigendes Verhalten hervorbringt, usw.

Die Haltung des Therapeuten und der einzelnen Gruppenteilnehmer entscheidet über den Raum für Individualität, Vertrauen, Selbstregulierung, Differenz und Ambivalenz, Wertoffenheit und Entfaltung.

Aus den oben genannten Gründen empfinde ich die Gruppenarbeit als gewinnbringend für die Patienten und für meine therapeutische Tätigkeit; obwohl sich die Gruppenteilnehmer gegenseitig nicht auswählen können, und ich ebenfalls Patienten zugewiesen bekomme.

Jeder von uns muss Mittel und Wege für ein optimales Miteinander suchen und finden.

Ich habe sehr viel Zeit gebraucht, bis mir klar wurde, welche Chance mir die Gruppenarbeit bietet; bis dahin habe ich all Diejenigen beneidet, die Einzeltherapie abhielten und sich zudem auch noch (mehr oder weniger) ihre Patienten aussuchen durften (ich musste alle nehmen, die zu mir in die BT kamen).

Interessant (und nicht ganz einfach) in diesem Zusammenhang war für mich mein Prozess des Umdenkens, Umlernens und der Neuorientierung anhand der Integrativen Therapie:

Da die IT den Menschen als "Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld sieht, in dem es durch Wahrnehmen, Erleben, Handeln, durch Kontakt mit seiner Leiblichkeit, den Dingen und den anderen Menschen seine Identität erhält, entwickelt und entfaltet" (PETZOLD), ist Integrative Gruppenarbeit deshalb immer Identitätstherapie.

Im Hier- und -Jetzt des Umfeldes und der Gemeinschaft "Gruppe" als Ineinander von Raum, Zeit und Bezogenheit, sind für die einzelnen Menschen wie für die Gesamtgruppe Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gegenwärtig; ist im gemeinsamen Wahrnehmen, Erleben und Erkennen Vergewärtigung aller erfahrenen Aspekte von Welt möglich.

Sinn als erster Ausgangspunkt von IT kann hier gewonnen werden als Konsens, als gemeinsam erarbeitetes, miteinander erlebtes Verstehen von Zusammenhängen. In der Orientierung am Prozess sich bildender und einander ablösender Szenen, im Dialog des Szenenspiels reflektiert der Teilnehmer mit sich und anderen die Ziele seiner therapeutischen Arbeit und seines Lebensvollzuges, wird sich ihrer klarer, kann sie revidieren und selbstgelenkt neu fassen. Teilnehmer, Gruppe als Ganzes und Therapeut(en) sind des Einzelnen Hilfs-Ich in seiner Identitätsarbeit, die sich als eine "persönliche Hermeneutik des Subjekts" vollzieht. Diese Arbeit des Auslegens und Verstehens des eigenen Lebens in der Lebenswelt geschieht in Korrespondenzprozessen, in denen sich im Dialog mit anderen, im Diskurs der Gruppe die Sinnvielfalt der Wirklichkeit zunehmend erschließt.

Mehr erfahren lässt sich über Arbeit mit Gruppen in „Die neuen Kreativitätstherapien“ Band II, von H. Petzold und Ilse Orth (Hrsg) und „Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit“ von H. Petzold – R. Frühmann (Hrsg.), (Paderborn 1986 Bd. I, S. 109-253).

6.8 Malen als „Vierter Weg der Heilung und Förderung“

Wenn ich an dieser Stelle schreibe: Malen als „Vierter Weg der Heilung und Förderung“, soll dies nicht heißen, dass alles bisher Geschriebene als unbedeutend oder nebensächlich zu betrachten sei, nein, das Gegenteil ist der Fall.

Der theoretische Hintergrund ermöglicht mir in besonderer Weise mein Handeln gezielt zu planen und in die Tat umzusetzen, damit der Patient / die Patientin (meinerseits) die bestmögliche Begleitung, Unterstützung und Förderung seiner Person, Bedürfnis- und Wunscherfüllung erhält, mit den vorrangigen Zielen der größtmöglichen Selbständigkeit, der Erhöhung der persönlichen Kompetenzen, Steigerung von Selbstwert und Selbstvertrauen, Realitätsbezogenheit, Gewinn von Lebensfreude (Sinnhaftigkeit) und Lebensqualität.

Mein Handeln basiert jetzt zunehmend auf dem multimodalen Ansatz der integrativen Therapie, wie unter Punkt 5.2 von mir beschrieben (Seite 43 Modalitäten) und lässt sich anhand der Wirksamkeit der 14 Wirkfaktoren überprüfen (ebenfalls von mir beschrieben ab Seite 43 – 45).

Ich vergleiche die theoretischen Kenntnisse mit meinem therapeutischen Handeln anhand der von mir dargestellten Beispiele:

Malen als Ressource,

Malen als Potential

Malen als Möglichkeit der Kompensation

und nehme (reflexierend) die therapeutische Beziehung (2, von Seite 44) dazu in mein Blickfeld. Reflexierend erkenne ich wie die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ ineinander greifen, bzw. sich mit einander verschränken (siehe 4.6 Seite 36: Hilfsangebote).

7 Freude mit Farben und am Malen

Der Gedanke: „Jede Fähigkeit stammt aus der Kunstfähigkeit des Menschen, das heißt: kreativ tätig zu sein“ (siehe Joseph Beuys, Seite 32 dieser Arbeit) bewegte und faszinierte mich. Er forderte mich heraus: inwieweit lässt sich dies mit den Patienten in der BT erproben, wohin will ich sie führen, was werden sie persönlich davon haben? Welche Voraussetzungen müssen

erfüllt sein, um sie zu interessieren und ihr Engagement zu wecken?

Aus Band II der neuen Kreativitätstherapien (H. Petzold / I. Orth) fand ich die Antwort auf meine Fragen, als ich wieder einmal auf die „Anthropologie des Schöpferischen Menschen“ stieß (Seite 765), die von dem Vermögen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes (H. Petzold 1988, 190f) her begründet wurde.

Sie erhält hier eine weitere Fundierung, durch die, dem Leben und dem menschlichen Wesen inhärenten Wandlungsprozesse. Sie gleichen eben nicht der Metamorphose des Schmetterlings und dürfen nicht auf die Veränderungen der Alternsprozesse biologisch fixiert werden, da sie als „**kreative Metamorphosen**“ (H. Petzold) aktiv und „kokreativ“ (idem 1971; Iljine, dieses Buch S.203) dazu beitragen, dass die eigene Persönlichkeit, das Leben, das zwischenmenschliche Miteinander gestaltet werden können – in Freiheit, nach der eigenen und nach gemeinsamer Vision. Das Erleben der eigenen Wandlung hat den Menschen von jeher berührt und beschäftigt. Das Bemühen, diese Wandlungen aktiv zu meistern und zu gestalten hat seinen Niederschlag in zahllosen großen Menschheitsdokumenten gefunden.

In meiner Vorstellung begann sich ein Weg abzuzeichnen, der mir für den Einzelnen UND die Gruppe viel versprechend schien, und den ich mit entsprechender Planung im Einvernehmen mit ihr beschritt (Schritt für Schritt).

Mein erster Impuls war, in der Gruppe Gedanken über die Wirkung und den damit verbundenen Assoziationen der Farben zu sammeln.

Wir begannen z.B. mit der Farbe ROT: Liebe, Feuer, Kraft, Gefahr, warm,... und gingen in gleicher Weise nacheinander alle Farben durch. Wir sprachen von unseren Lieblingsfarben oder den von uns abgelehnte und zählten unsere Gründe auf, weshalb...

Wir bezogen ebenso die Farben ein, die uns in der Öffentlichkeit begegneten: Blau – Blaulicht, Rot – Ampel..., und stellten dabei fest, dass diese Farben bewusst eingesetzt werden und sie uns etwas mitteilen, Signalwirkung haben die wir erkennen /sollen / müssen, Aufforderungscharakter haben. Dies war unser Einstieg, der sich m.E. zu einem reichen Boden für unsere „farbenfrohe“ und kreative Auseinandersetzung entwickelte.

➤ Nachfolgend werde ich einige „unserer gemeinsam erprobten Schritte“ kurz erläutern.

7.1 Farben und ihre Wirkung auf die Psyche des Menschen

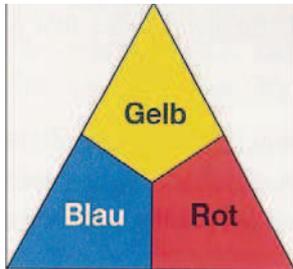
Wir wollten wissen was es mit der Wirkung der Farben auf sich hat, wann sie wie warum auf uns wirken. Übereinstimmend stellten wir fest, dass sie unser Wohlbefinden beeinflussen können, wenn auch nicht zuverlässig in immer gleicher Weise, weil eben verschiedene Faktoren / Einflüsse dazukommen. Zusammenfassend kamen wir zu dem Ergebnis, über unsere Wahrnehmung, Empfindung und Vorstellung im Verbund mit unseren Sinnesorganen, Erfahrungen und auch Gewohnheiten beginnen die Farben auf uns zu wirken. Wir sprachen in diesem Zusammenhang von der „heilsamen Wirkung der Farben und der Kunst auf Körper, Geist und Seele (siehe Seite 24 dieser Arbeit, Rezeptiver Ansatz: „Apotheke des Körpers“).

Das hinterließ nachhaltigen Eindruck und verleitete /veranlasste die Patienten zu „nachdenklicher und teils trotziger“ Reaktion: „Wir könnten doch die Farben wirken lassen, so wie wir das haben wollen: welche Farbe hilft denn, wenn ich schlecht drauf bin – kann ich das mit der Kleiderfarbe beeinflussen?“

Und schon befanden wir uns auf dem Weg zur Farbenlehre.

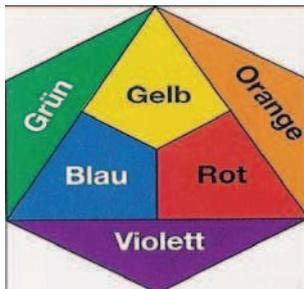
Dabei stießen wir auf den Farbkreis von Johannes Itten (Maler und Kunstpädagoge), der 1921 den 12-teiligen Farbkreis entwarf und die Farben nach einem System (1., 2., 3. Ordnung) ordnete:

Die Grundfarben Rot, Blau und Gelb, bilden als Primärfarben die Farben erster Ordnung.



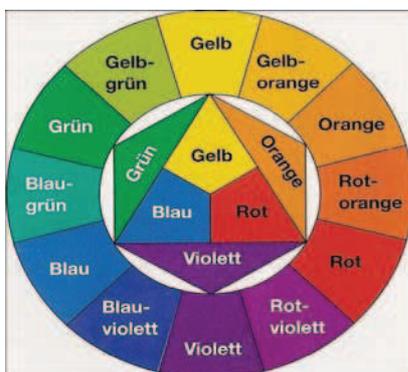
Rot
Blau
Gelb

Durch Mischung zweier Grundfarben entsteht jeweils eine Mischfarbe, die Sekundärfarbe oder Farbe zweiter Ordnung genannt wird. Die drei Farben zweiter Ordnung müssen sehr genau ausgemischt werden, sie dürfen weder zu der einen noch zu der anderen Farbe hinneigen.



Rot + Blau = Violett
Blau + Gelb = Grün
Gelb + Rot = Orange

Durch Mischung einer Farbe erster Ordnung mit einer Farbe zweiter Ordnung entstehen die Tertiärfarben oder die Farben dritter Ordnung.



Gelb + Orange = Gelborange
Rot + Orange = Rotorange
Rot + Violett = Rotviolett
Blau + Violett = Blauviolett
Blau + Grün = Blaugrün
Gelb + Grün = Gelbgrün

Mit diesem Grundwissen begnügten wir uns vorerst und begannen damit zu experimentieren, indem wir dieses mit dem „Erlernen“ von Maltechniken verbanden, von denen ich einige wenige kurz beschreiben möchte.

7.2 Maltechniken

Unser Vorhaben war zunächst „der spielerische Umgang und das Experimentieren mit den Farben.“ Aus einer Zeitungsdruckerei bekamen wir Rollen mit Restpapier geschenkt. Die Patienten schnitten sich nach Bedarf die gewünschte Größe zu und begannen mit dem Malen. Zum Einsatz kamen Cromarfarben, Temperafarben und Wasserfarben (Deckfarben). Verwendet wurden Pinsel in verschiedenen Größen und Stärken.

7.2.1 Klecksbild und Klatschtechnik

Ein Blatt Papier wird in der Mitte gefaltet, wieder aufgeklappt. Anschließend wird in die Knickfalte Farbtropfen gegeben (eine oder mehrere Farben) und das Blatt wieder zusammen gefaltet. Mit dem Handrücken oder einzelner Finger wird über das Papier gestrichen und die Farbe verteilt. Je nach Dicke des Farbauftrages oder dem Druck beim Ausstreichen der Farbe lassen sich die gestalterischen Ergebnisse beeinflussen, ebenso eventuell mit vorher angefeuchteten Papier oder Schichtenarbeit (jeweilige Farbschicht trocknen lassen, bevor ein neuer Farbauftrag folgt).

7.2.2 Fadenziehbilder

Sie sind auch unter dem Begriff Fadengrafik bekannt (ich kenne diese Bezeichnung in Verbindung mit bunten Fäden, die auf einer mit Nägeln versehenen Holzplatte zu einem Motiv gespannt werden, und ich möchte eine Verwechslung mit dieser Technik vermeiden).

Wie beim Klecksbild ein Blatt Papier in der Mitte falten und wieder öffnen. In mehreren Farbtöpfchen werden verschiedene Farben dickflüssig angerührt / oder fertige Farben eingefüllt. Anschließend werden dickere Fäden zugeschnitten (ca. 20 – 30 cm), die in die Farben eingetaucht und in freien Formen auf eine Seite des geöffneten Blattes aufgelegt werden. Wichtig ist hierbei, dass jeweils ein Fadenende über das Blatt Papier herausragt. Dann kann das Papier wieder zusammengefaltet und ausgestrichen werden. Jetzt wird das Blatt durch leichtes anpressen festgehalten, während mit der anderen Hand vorsichtig oder schwungvoll der Faden aus der Papierlage heraus gezogen wird. Die Fadenstärken und die Auswahl der verwendeten Farben beeinflussen ebenfalls die gestalterischen Ergebnisse.

7.2.3 Naß-auf-Trocken

Ein saugfähiges Blatt wird kräftig angefeuchtet und anschließend mit einem Pinsel mit großen Farbtropfen versehen. Die Farben vermischen sich, was durch zusätzliches Bewegen des Blattes unterstützt wird bzw. erwünschte Fließrichtungen lenkt. Das farbige Blatt etwas trocknen lassen und mit nassen Schwamm / weichen Wasserstrahl etwas von den Farbflecken „auswaschen“ – es entsteht ein aquarellfarbiger Eindruck – und dieses wiederum gut durchtrocknen lassen. Wir haben nun einen Hintergrund für das neue Motiv oder weiteren freien Farbaufträgen unserer Wahl, können also wieder „satte“ Farben verwenden.

7.2.4 Naß-in-Naß

Ein saugfähiges Blatt wird kräftig auf beiden Seiten angefeuchtet und anschließend mit einem Pinsel mit großen Farbtropfen versehen (auftupfen oder spritzen). Die Farben vermischen sich wieder. Jetzt kann man entscheiden ob direkt neue Farben folgen sollen, ob diese zu vorhandenen Farben dazu gegeben werden oder auf freien Flächen aufgetragen werden, bzw. der Versuch, die Farben etwas antrocknen zu lassen und erst dann erneut Farbe dazu kommen soll (so entstehen Grenzlinien zwischen den einzelnen Farben).

7.2.5 Wachsmalkreide

- a)** Alle möglichen Farben (möglichst hell beginnend) in unterschiedlich breiten Streifen auf ein Blatt Papier aufmalen, anschließend die gesamten Farbflächen mit einer dunklen Farbe übermalen. Mit einem Schaber z.B. lassen sich Motive herausarbeiten (frei gestalten).
- b)** In stehender Haltung mit schwingenden Arm- und Handbewegungen (in der Hand wird eine farbige Wachsmalkreide gehalten) die Größe eines vor uns auf den Tisch liegenden Blattes erfassen. Nach Gefühl unter den Schwingbewegungen die Augen schließen. Wie ein Pendel die Kreide auf das Blatt gleiten lassen und die erschwungene Bewegung auf dieses übertragen. Nach beendeter Übung können die Flächen zwischen den entstandenen „Kreidespuren“ nach Belieben farbig ausgestaltet werden.

7.2.6 Pastellkreide

Ein vor uns liegendes Blatt wird vom linken Seitenrand ausgehend mit einer Farbe der Pastellkreiden flächig bemalt. Wir beginnen mit einem kräftigen Farbton, der zur Mitte des Blattes hin zunehmend blasser / zarter werden soll. In gleicher Weise verfahren wir mit der rechten Seite des Blattes, nun jedoch mit einer anderen Farbe. Die Farben treffen ungefähr in der Blattmitte aufeinander und werden durch Wischen (mit Finger, Schwamm, Papierknäuel, Radierstift, ...) vorsichtig miteinander verbunden. Dies ergibt zum Beispiel mit mehreren schmalen verwischten Farbstreifen schöne Muster (für Geschenkpapier), die bei Bedarf nochmals mit kräftigeren Farben / Konturen übermalt werden dürfen.

7.2.7 Malen mit normalen Buntstiften

Hier geht es vorerst darum, mit einer deutlich kleineren Malspitze verschiedene Flächen farbig auszumalen. Weitere Übung ist genaues und sauberes Malen um z.B. Bildabgrenzungen hervor zu heben, Formen heraus zu arbeiten (Blume, Kreis, Auto, ...) und Farbregulierung durch unterschiedlichen Druck des Farbstiftes auf Papier.

7.2.8 Malen mit Aquarellstiften

Die Grundübungen entsprechen dem Malen mit Buntstiften, jedoch ist die Farbenwirkung intensiver und leuchtender. Zudem lassen sich besser feinere Farbabstufungen erzielen. Ein weiterer Vorteil ist, dass die von uns verwendeten Aquarellstifte mit Wasser vermalbar sind (wird allerdings selten ausprobiert).

Die Experimentierphase wurde lustvoll und sehr lebendig erlebt und brachte bei den Patienten manch überraschendes Staunen hervor. Auch ich war mit dem Verlauf und den Ergebnissen sehr zufrieden, hatten sich doch meine Vorstellungen und Erwartungen mehr als erfüllt. Die Patienten wollten noch mehr, wollten mit dem Erlernten weitere neue Schritte ausprobieren. Es hatten sich Vorlieben entwickelt und gezeigt bezüglich der Farben, mit denen einige gerne arbeiten wollten. Es gab auch Patienten, die auf einmal bemerkten, dass sich für sie flüssige Farben eklig anfühlten, deshalb entschieden sie sich für das Malen mit Buntstiften.

7.3 Bildnerisches Gestalten

Nach gemeinsamer Absprache gingen wir zu den nächsten Experimenten und Erfahrungen weiter.

7.3.1 Collagen

Mit der Naß-in- Naß-Technik ein Hintergrundbild aus zwei Farben herstellen und trocknen lassen. Inzwischen ein Klecksbild anfertigen und ebenfalls trocknen lassen. Aus dem Klecksbild kleinere oder größere Teile / Formen / Motive ausschneiden und nach eigener Vorstellung in das Hintergrundbild einfügen (aufkleben). So lassen sich z.B. Landschaftsbilder oder andere wunderschöne Fantasiebilder kreieren.

7.3.2 Gegenständliches Malen

Ein Blick aus dem Fenster oder ein Spaziergang in der Natur bietet Gelegenheit Ausschau nach einem geeigneten Malmotiv zu halten. Auch ein mitgebrachter Gegenstand kann ein reizvolles Motiv sein. Wir haben z.B. mit den Patienten unseren hauseigenen Kräutergarten erkundet. Zum Abschluss suchten sie sich von den Pflanzen Teile aus, die sie als Anschauungsobjekt für das Malen in der BT verwenden wollten (Blumenstiele mit Knospen, Blätter oder Kies von den Gartenwegen). Für die Blütenknospen werden beispielsweise drei ineinander liegende Kreise vorskizziert (unterschiedliche Abstände zu einander). Der Innenkreis ist der kleinste und wird der Blütenkorb. Der mittlere Kreis ist der grobe Rahmen, in den die inneren Blütenblätter eingezeichnet werden. In den äußeren, dem größten Kreis werden versetzt die Außenblätter der Blüte skizziert. Mit Buntstiften wird die angefertigte Skizze nach dem Vorbild der Natur möglichst sorgfältig und genau ausgestaltet. Dies lässt sich vereinfachen, indem auf den zweiten Blütenkranz verzichtet wird und deshalb nur zwei Kreise benötigt werden. Ein einzelnes Blatt der Pflanze ist ebenfalls eine künstlerische Herausforderung, die mit einem vorgezeichneten Dreieck (lang, klein, groß) leichter bewältigt wird. Als kleine Malhilfe sind auch noch weitere Formen aus der Geometrie denkbar.

7.3.3 Abstraktes Malen

Hier werden vorwiegend in loser Folge Striche, Flächen oder Symbole verwendet, mit Andeutungen statt detaillierter Ausformung gearbeitet, was am günstigsten mit flüssigen Farben umgesetzt werden kann. Hier kann in Schichten gestaltet werden, Farbe entfernt oder verwischt werden (mit Pinsel oder Lappen, wenn die Farbe noch nicht ganz trocken ist).

7.3.4 Stimmungsbilder

Sie gehen in die Richtung spontaner Malerei und können Elemente des gegenständlichen und / oder abstrakten Malens beinhalten. Die Farbauswahl und die Dynamik des Bildes sind gleichfalls bestimmende Kriterien für die kreative Gestaltung. Stimmungsbilder drücken momentane Gefühle und Gemütszustände aus (Freude, Trauer, Hoffnung, Ängste, ...).

7.3.5 „Selbstbild“ (so sehe ich mich)

a) In unserem ersten Versuch haben wir dies nicht in der bekannten Form durchgeführt, sondern uns über eine Fantasiereise ein „Bild von uns gemacht.“ Die Patienten stellten sich vor, wie sie gerne aussehen möchten, wie ihre ganze Person „auch für ihre Mitmenschen sichtbar“ in Erscheinung treten sollte. Bei dieser Übung wurde lustvoll und extrem übertrieben, die Stimmung war dementsprechend ausgelassen und heiter.

b) Einige Tage später nahmen wir das Thema „So sehe ich mich“ erneut auf und stimmten uns mit einer Fantasiereise darauf ein. Die Patienten sollten sich im Anschluss daran so darstellen, wie sie sich in der Fantasiereise selbst empfunden und gesehen haben. Der Unterschied der Ergebnisse zur ersten Übung war verblüffend. Schon in der Anfangsphase zeigten die Patienten Unsicherheit und Unvermögen im gestalterischen Umsetzen, bzw. Ausdruck. Die Stimmung war angespannt und das Malen geschah weniger lustvoll. Die Patienten machten auf mich einen gereizten und überforderten Eindruck. Fast alle waren jedoch bemüht, ihr Bild zu beenden.

Bei beiden „Selbstbildnissen“ wurde mit Bleistiftstärke HB und Radierstift gearbeitet: Konturen und Gesichtszüge / Körperpartien wurden möglichst mit Schattierungen und Grauabstufungen bearbeitet (modelliert).

7.4 „Mandala“ - eine Sonderform des Malens

Für schwächere oder unsichere Patienten war das Mandala malen eine optimale Einstiegshilfe zum Malen, ebenso für die unruhigen oder depressiven.

Mandalas erwecken ein Gefühl der Sicherheit durch ein bereits vorhandenes Bild / Motiv / Ornament, wirken übersichtlich und geordnet, bilden einen Rahmen (Begrenzung) der überra-

schend viel Gestaltungsraum (Freiheit) bietet und dadurch zu individuellen Erfolgen (Bewältigung) führt. Misserfolg ist so gut wie ausgeschlossen, was das Selbstvertrauen der Patienten fördert, sie zum aktiven Handeln anregt, Freude, Ausdauer, Konzentration und Lernbereitschaft steigert. Nebenbei werden kreative Kräfte im besonderen „geboren“, wenn gemeinsame Ideen gesammelt werden, für welchen Zweck die fertig gestellten Mandalas wohl nützlich wären (für Karten, stark vergrößert als Bild im Rahmen, Collagen, Tischsets, Zugabe zu Gedichten / poetische Verse...). Wenn hier ein Sinn für diese Form des Malens empfunden, gesehen und vermittelt wird, haben die Patienten auch das Gefühl, dass sie als Erwachsene handeln und als solche gesehen werden. Sie einfach etwas malen zu lassen damit sie beschäftigt sind, gibt ihnen eher ein gegenteiliges Gefühl („...ist wie im Kindergarten, das Zeug landet sowieso im Abfall...“) und führt zu Demotivation.

Viele meiner ehemaligen Patienten haben in der BT über das Malen von Mandalas erst Freude am Malen entwickelt und sich so ein neues Hobby erschlossen.

All diese Erlebnisse und Erfahrungen mit dieser Art der Malerei veranlassen mich, sie als eine Sonderform des Malens zu bezeichnen, weshalb ich mich auf dieses Thema etwas ausführlicher einlassen möchte.



Bild 1

Bild 2

Bild 3

Bild 1: Aufgabenstellung war hier a) flächendeckend, b) der Form des Kreises folgend das Mandala ausmalen und c) mit Farbenfolgen / Farbnuancen experimentieren. Verschiedene Malübungen (unterschiedliche Formen und Figuren) waren dieser vorausgegangen.

Der Patient liebte die Farbe Blau, weshalb alle Kreise von ihm zuerst mit einem helleren Blau ausgemalt wurden. Im nächsten Schritt bearbeitete er einige Kreise mit dunklerem Blau. Weiter übermalte er wiederum einige Kreise, indem er den Farbstift mit mehr Druck aufsetzte. So entstand dieses reizvolle Mandala.

Bild 2: Bei dieser Arbeit ging es um a) flächendeckend, b) das Erkennen und farbige Herausarbeiten von Mustern, c) Entwicklung und Förderung von wirkungsvollen Farbakzenten.

Auch dieses Bildbeispiel ist das Ergebnis zahlreicher Vorarbeiten. In der Anfangsphase wurden nur eine oder zwei Farben verwendet, die das gesamte „Tier“ bedeckten und die einzelnen Muster verdeckten.

Bild 3: Bei diesem Bild war die Aufgabenstellung ähnlich wie bei Bild 1 und 2. Erschwerend war hier zudem dazu gekommen: die ineinander- und miteinander verschlungenen Formen erkennen und mit ineinander verlaufenden Farben / Farbtönen zu gestalten. Dies war für die „Könner“ eine echte Herausforderung.

7.4.1 Definition von „Mandala“

Unter Mandalas versteht man punktsymmetrisch-geometrisch aufgebaute, 'mystische' Meditations-Bilder (wie sie besonders im tibetanischen Buddhismus zu sehen sind). Die Bezeichnung Mandala stammt aus dem Sanskrit. Sie bedeutet soviel wie Kreis, Rad, Zentrum. Im weitesten Sinne handelt es sich hier um eine universale Urform (Archetypus), die wir in vielfältigen Variationen in der Natur und in den unterschiedlichsten menschlichen Kulturschöpfungen vorfinden.

Mandalas wurden besonders durch den Tiefenpsychologen C.G. Jung (1875-1961) in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts in ihrer Bedeutung für die Psyche des Menschen erforscht und gewürdigt.

7.4.2 Bedeutung und Wirkung: Mandala

Aniela Jaffé, langjährige Mitarbeiterin und Sekretärin von C.G. Jung schreibt dazu:

"Die ersten Mandaladarstellungen stammen aus der Alt-Steinzeit, lange vor der Erfindung des Rades: es sind kreisförmige Felsritzungen, die meist als Sonnenräder gedeutet werden. Ihr Alter wird bis zu 25000 oder 30000 Jahren geschätzt. Im Lamaismus und im tantrischen Yoga bedeutet das Mandala das kreisförmige Abbild des Kosmos in seinem Zusammenhang mit göttlichen Mächten. Es stellt ein Instrument der Kontemplation dar. Im christlichen Mandala mit Christus im Zentrum betonen die vier Evangelisten oder ihre Symbole die Kardinalpunkte des Kreises. Die Fensterrosen der Kathedralen stellen abstrakte oder kosmische Mandalas dar. Das viergeteilte Mandalasymbol tritt spontan in Träumen und Phantasien auf, meist als unbewusster Selbstheilungsversuch, in Zuständen psychischer Desorientierung. Wie schon erwähnt, stellt es ein Ordnungsschema dar. Dieses legt sich gewissermaßen über das psychische Chaos, wodurch das „auseinander fließende Ganze“ von einem hegenden und schützenden Kreis zusammengehalten und zugleich der Mensch in einen unpersönlichen Zusammenhang gestellt wird.

➤ „Im Weiteren zitiert Frau Jaffé von C.G. Jung:

"Dinge, die so weit in die Menschheitsgeschichte zurückreichen [wie das Mandala], rühren natürlich an tiefste Schichten des Unbewußten und vermögen diese zu ergreifen, wo bewusste Sprache sich als gänzlich impotent erweist. Solche Dinge sind nicht zu erdenken, sondern müssen wiederum aus der dunklen Tiefe der Vergangenheit herauf wachsen, um äußerste Ahnung des Bewusstseins und höchste Intuition des Geistes auszudrücken und so die Einmaligkeit des Gegenwartsbewusstseins mit der Urvergangenheit des Lebens zu verschmelzen." (siehe hierzu Seite 29, 4.1 C.G. Jung und die Kunsttherapie)

Während meiner Weiterbildung „Gestalttherapie“ hatte ich erstmals etwas mehr von Mandalas erfahren. Auch meine Kinder haben mit großer Hingabe und Begeisterung Mandalas gemalt und ich habe mit Staunen erlebt, wie sie ausgeglichener wurden, sich besser konzentrieren konnten, sich ihre Kontaktfreudigkeit verstärkte im Austausch über ihre „Werke“ mit anderen Kindern, und dem Tausch der Malvorlagen.

Mir ist die kritische Haltung gegenüber dem Mandala-Malen bekannt, deshalb erscheint es mir wichtig zu erwähnen, dass ein Ansprechpartner der mit Interesse und Anerkennung das Geschehen begleitet, der Isolierungsgefahr des Kindes oder der malenden Menschen entgegen wirken kann (siehe Ko-respondenz Modell Seite 32 dieser Arbeit).

8 Malen als Erlebnis- und Erfahrungsfeld

Einleiten möchte ich dieses Thema mit einem Blick zurück auf den Anthroposophischen Ansatz, dem kunsttherapeutischen Prozess als Zeitgestalt aus Punkt 3.5.1 dieser Arbeit, in dem es heißt:

Der therapeutische Prozess ist der Weg im Verlauf der Kunsttherapie, der sich im Verhältnis von Patient zu Therapeut und dem Verhältnis zum künstlerischen Mittel entwickelt. Der Patient verfügt trotz seiner Krankheit über individuelle Fähigkeiten, die in seiner Arbeitshaltung zum Ausdruck kommen können... . Egal, welchem Aspekt des Malens wir unsere Aufmerksamkeit schenken, und an welche Aufgabenstellungen die Patienten herangeführt werden, wir werden feststellen und beobachten, dass die beteiligten Personen individuelle Erfahrungen und Prozesse auf ihrem Weg begleiten werden.

Aus meinen Erfahrungen heraus weiß ich wie günstig sich eine stützende und emphatische therapeutische Haltung gegenüber den Patienten auswirkt, ihn motiviert und die Zuversicht auf „sein“ erfolgreiches Handeln fördert.

8.1 Malen als Experiment und Abenteuer

Die von mir vorgestellten Maltechniken und Anregungen zum bildnerischen Gestalten (ab Seite 52, Punkt 6.2 und 6.3) sind hierfür hervorragend geeignet. Sie geben den Patienten Raum für Fantasie und Einfallsreichtum in Bezug des Experimentierens mit verschiedenartigen Materialien und des Umgangs mit den unterschiedlichsten (und weniger gängigen) Malwerkzeugen. Ergebnisse können überraschen, Staunen auslösen und schöpferische Kräfte hervor bringen. Sensomotorische Erfahrungen helfen im Kontakt zu sich selbst zu kommen / sein (sich wahrnehmen und spüren).

Neugierige Experimentier- und Schaffensfreude, sowie die Erfolgsgarantie fördern das Selbstvertrauen und stärken das Selbstwertgefühl, wirken sichtbar auf die Lebensfreude ein.

Hierzu erscheint mir ein ergänzender Hinweis auf Punkt 3.7.4 dieser Arbeit angebracht, „Die Erfahrung unserer Sinne intensivieren.“

8.2 Malen als Ausdruck von Eindruck

Bereits C. G. Jung hat die Bedeutung der schöpferischen Prozesse im kreativen Handeln erkannt und dementsprechend in der Behandlung eingesetzt für die psychische Gesundheit und das psychische Gleichgewicht.

In der Integrativen Therapie wird von einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ gesprochen, oder auch vom Bild des „Schöpferischen Menschen (Seite 34, 4.4 dieser Arbeit).

Sie sieht den **Leib** als zentrale Möglichkeit der Wahrnehmung und des Ausdrucks zu allen Dingen der Welt. Das Leib-Subjekt ist das Sinnes- und Handlungsorgan des Leibes. Es befindet sich in einer kreativen Bezogenheit zur Welt. Somit ist der Mensch Koexistierender **und** Gestaltender zugleich.

Jede kreative Darstellung wird in der IT gesehen als „Botschaft von mir, über mich, für mich und für andere“, die sowohl bewusste Symbole als auch unbewusste Metaphern enthält.
--

In den „Kernkonzepten“ von H. Petzold kann über weitere angewandte und mediengestützte Techniken der IT nachgelesen werden:

Malen als Ausdruck von Eindruck kann in seiner Bedeutung umgekehrt werden und zu der Feststellung führen: „Jeder Eindruck verlangt nach Ausdruck.“

Wendet man dies bei den Patienten in der therapeutischen Arbeit an den „Fünf Säulen der Identität“ an, lässt sich daraus (evtl. mit ihm!) die Tragfähigkeit dieses Identitätsfundamentes feststellen: welche Säule des Patienten ist noch intakt - beziehungsweise geschwächt oder am bröckeln? Wo muss er / sie unterstützt werden, und mit welchen Mitteln? (siehe Seite 36, 4.5 Die Säulen der Identität).

Die Identität entsteht als „Idee“ des Ich's aus der gestalteten Einflussnahme des eigenen Selbst auf das Umfeld und der daraus erfahrenen Umfeldreaktionen, sowie aus der selbst-reflexiven Auseinandersetzung mit sich selbst.

8.3 Malen als Prozess

Hierzu möchte ich (stark gekürzt) die Phasen des kunsttherapeutischen Prozesses aus dem Anthroposophischen Ansatz aufgreifen, wie sie Marianne Altmaier beschreibt (siehe auch Seite 23, 3.5.2 dieser Arbeit):

Die innerhalb des kunsttherapeutischen Prozesses sich entfaltende **Entwicklung** ist keine gleichmäßig verlaufende. Bei jedem Entwicklungsschritt des Patienten – den ich im folgenden **Phase** nenne – treibt eine neue Impulskraft zu einer besonderen Gebärde. So bringt jede Phase eine für sich typische Gebärde hervor: es entsteht die **Zeitgestalt** des therapeutischen Prozesses.

Die von ihr beschriebenen Entwicklungsschritte, die sie als Phasen bezeichnet, sind:

1. Die Aufnahmephase ↔ Begegnung, Kontaktaufnahme zum Patienten, Wahrnehmung, Vereinbarungen, Verhältnis zwischen Patient und Therapeut.
2. Die Unterstützungsphase ↔ Annehmen und Bejahen dessen, was sich in der ersten Phase gezeigt hat (Vertrauen des Patienten fördern und darauf aufbauen) Dem Patienten Zutrauen entgegen bringen
3. Die Auseinandersetzungphase
Dem Patienten zumuten, sich einer neuen Aufgabe zu stellen, sich mit etwas auseinander zu setzen, was er noch nicht besitzt. Seine Bereitschaft zur Auseinandersetzung fördern, da er / sie Gefühle des Vermögens und des eigenen Unvermögens bewusster erlebt. Diese Erfahrungen fordern gleichermaßen von Patient (Durchhaltevermögen) und Therapeut (einfühlsame Interventionen).
4. Selbstreifungsphase
Beim Patienten zeichnet sich ein Fortschreiten seines therapeutischen Prozesses ab: Veränderung des Verhaltens und im verbalen Ausdruck, zunehmende Aufnahmebereitschaft, Identifikation mit der gestellten Aufgabe, Verstehen und Erkennen verhilft zu Gestaltungsentscheidung und Echtheit.
5. Phase der Selbstausrichtung
Neue Erfahrungen Entdeckerfreude, zunehmende Öffnung des Patienten, wachsendes Interesse, innere Berührtheit, zielgerichtete Suche nach sinnvollem Zusammenhang der Gestaltung zu übergeordneten Prinzipien.
6. Phase des Kraftgewinns
Bisherige gemeisterte Schritte fördern beim Patienten Schaffens- und Experimentierfreude, Intensität und Ausdauer, Erkennen und Selbstvertrauen, Lebensqualität und Lebensvielfalt. Parallel dazu: Emanzipation vom Therapeuten.
7. Phase des Eigenschöpferturns
Aus Phase 6 (gewonnene Lebenskraft) entsteht starker Gestaltungswille, Fähigkeit zum Inspirieren, Offenheit für Inspirationen, zu Hingabe und Bereitwilligkeit in seiner Arbeit, gelingt das Erkennen des Zusammenhangs von Wahrheit und Schönheit.

8.4 Malen als Kraftquelle

In der Phase des Eigenschöpferturns der Patienten entsteht bereits eine „Kraftquelle“, dem persönlichen Einsatz und der Bereitschaft sich an der Therapie aktiv zu beteiligen, entsprungen. Durch korrigierende Erfahrungen, der Erweiterung ihrer Kompetenzen in einem kreativen Prozess, sind diese Patienten auf der Gewinnerseite angekommen. Ihr teilweise regeneriertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen wird sie weiter sensibilisieren für die Wahrnehmung der Wünsche und Bedürfnisse ihres persönlichen Wohlergehens.

Die „gestärkten“ Patienten wird diese Kraftquelle zu weiteren erwünschten Erfolgen und Zielen anspornen und tragen. Ich hoffe, dass diese Chance noch möglichst vielen Betroffenen - trotz der einschränkenden Sparmaßnahmen - offen steht.

8.5 Malen als individuelle Herausforderung

Sie ist „nur EINE“ von vielen möglichen Herausforderungen, deren Annahme sich unbedingt auszahlt: siehe 8.4!

Um die Patienten in die Lage zu versetzen diese Herausforderung überhaupt annehmen zu können, erfordert dies im Vorfeld emphatische und stützende therapeutische Interventionen. Ich kann von ihnen zwar Mitarbeit fordern und erwarten, dass sie sich an die vorgegebenen Regeln halten, werde damit jedoch mit größter Wahrscheinlichkeit auf deren Abwehr und Widerstand stoßen.

Wenn ich jedoch von ihnen Mitarbeit fordere und erwarte weil ich ihnen eine bestimmte Leistung / bestimmte Fähigkeiten zutraue, sie dies auch spüren lasse, werde ich sicher erfolgreich sein. Die Patienten müssen Wertschätzung und Zutrauen erfahren, statt Zwang oder Fremdbestimmung.

Gerade beim Malen ist dies ein großer Vorteil, da diese therapeutische Haltung und Einstellung dazu beiträgt, ihre kreativen Kräfte zu fördern und selbstbestimmt auszuleben (siehe hierzu: das Grundprinzip des Polylogs ist das Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum).

Durch therapeutische Unterstützung, Annahme und Begleitung gelingt es den Patienten leichter eine Herausforderung anzunehmen, zu der sie freiwillig nicht den Mut hätten weil sie befürchten sich zu blamieren, zu versagen oder ihr „scheinbares“ Unvermögen verstecken wollen. Vielen fällt es schwer, gerade in einer Gruppe zu „lernen“: vielleicht leidet ihr Ansehen bei den anderen, wenn sie nicht schnell genug die Aufgabe verstehen oder meistern?

Meistens gelingt es mir ihre Bereitschaft für ihren „Versuch“ zu gewinnen, indem ich sie mit Worten, „es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen“, oder: „glauben sie, dass ich alles kann“, und ähnliches...motiviere. Wenn ich Patienten dann gewähren lasse, sie frei ihre Materialien aussuchen und „unbeachtet“ ihre Versuche wagen, wird ihre Neugierde auf das, was da gerade am entstehen ist, geweckt und ihr Eifer nimmt zu. Sie beginnen sich ganz allmählich dieser Herausforderung zu öffnen, wollen erfahren was ich oder die Gruppenmitglieder zu ihren ersten Werken zu sagen haben. Von unserer Art und Weise wie wir darauf eingehen, was wir sagen, und wie es die Patienten dann tatsächlich hören, hängt ihre Entscheidung ab, ob diesem neuen Schritt ein nächster folgen wird. Sehr oft folgt zaghaft ein kleinerer Schritt. Wenn die Reaktionen der „Beurteilenden“ positiv ausfallen, kommen weitere Schritte dazu, das Tempo erhöht sich, und irgendwann hat die Meinung der Anderen weniger Gewicht und Einfluss auf ihre Schaffensfreude.

9 Praktische Beispiele der Maltherapie aus der Beschäftigungstherapie

9.1 Die Theorie - Praxis -Verschränkung

Wenn vorhandenes theoretisches Wissen in die praktische Arbeit einfließen kann, mit ihr verbunden wird, ist es ein enormer Vorteil und Gewinn für Therapeuten und Patienten: Effizienz, Übersicht und Klarheit für alle Beteiligten. Daraus ergibt sich Sicherheit und angemessener Krafteinsatz, was ebenfalls ein zufriedenes und ausgeglichenes Miteinander fördert, die schöpferischen Potentiale und die Gruppenatmosphäre / Prozesse positiv beeinflusst.

Im ausgefüllten und friedlichen Beisammensein werden die Patienten motiviert, haben Freude

an ihrem Tun, sind miteinander im Kontakt. Sie können so auch leichter aus depressiven Stimmungen herausfinden und in / mit der Gruppe wieder neue Kraft und Zuversicht gewinnen. Dies beeinflusst wiederum das Handeln als Gruppe, das Wir - Gefühl und das Streben nach erreichen gemeinsamer Ziele. Am deutlichsten und lebendigsten war dies bei den Vorbereitungen unserer Bilderausstellung spürbar und erlebbar.

Damals haben wir (also auch die Gruppe) gemeinsam ein Schreiben verfasst mit dem die Ausstellung informativ begleitet werden sollte, das ich hier gerne wiedergeben möchte:

➤ Malen als Energiequelle...

....erleben Klienten im Therapiezentrum... Regelmäßig verbringen sie einige Stunden am Tag in der Beschäftigungstherapie.

Unter Anleitung einer Gestalttherapeutin werden sie bei ihren Tätigkeiten unterstützt, gefördert und ermutigt zu eigener Kreativität, die sie dann mit verschiedenen Materialien gestalterisch zum Ausdruck bringen.

Dass sie ihre Arbeit mit Freude erfüllt, lässt sich erkennen an der Sorgfalt, Genauigkeit und Ausdauer bei der Durchführung. Die Klienten haben einen langen Weg zurückgelegt auf dem auch so manche Enttäuschung über „Misserfolge“ ihre Leistungsbereitschaft nicht beeinträchtigen konnte. Diese Arbeit ist für sie deshalb so wichtig, weil am Ende nicht nur ein „schönes Bild“ das Ergebnis ist, sondern sie Wertschätzung erfahren und sie sich selbst wieder als wertvoll erleben.

Sie gewinnen Selbstvertrauen und Selbstachtung. Daraus entwickeln sich Hoffnung und Kraft, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen, mit neuer Lebensfreude und neuen Lebensperspektiven.

Die Beschäftigungstherapie ist für sie **nur eine** Möglichkeit von vielen, die Verantwortung für sich selbst bewusst und willentlich zu übernehmen....

In „Die neuen Kreativitätstherapien“ (Band I, Seite 175) von H. Petzold und I. Orth habe ich eine Beschreibung über das Berufsbild und Tätigkeitsfeld des Ergo- bzw. Beschäftigungstherapeuten gefunden. Hier heißt es:

➤ Das Berufsbild und das Tätigkeitsfeld des Ergo- bzw. Beschäftigungstherapeuten weist vielfältige Aspekte auf.

Vorab muss festgehalten werden, dass es sich um einen staatlich anerkannten und gesetzlich geregelten Medizinalfachberuf handelt. [...] An dieser Stelle soll im Rahmen der weit gespannten ergotherapeutischen und rehabilitativen Tätigkeit der Beschäftigungstherapeuten nur die Aktivität mit kreativen Medien und mit Methoden künstlerischer Gestaltung interessieren, und diese gehören seit eh und je zum Bestand beschäftigungstherapeutischer Arbeiten. [...] Zahlreiche Ergo- bzw. Beschäftigungstherapeuten haben aber durch Weiterbildungen im Bereich der Gestaltungstherapie, der Therapie mit kreativen Medien, der Kunsttherapie zusätzlich Qualifikationen und Fertigkeiten erworben, die ihre Arbeit weit über „bloße Beschäftigung“ und somatische Rehabilitationen (etwa im Bereich der Orthopädie und Neurologie) hinausgehen lässt. [...] Beschäftigungstherapeutische Arbeit basiert demnach auf einer klinischen Diagnose, einer spezifischen Indikationsstelle und ist als eine zielgerichtete, klinische Anwendung zu verstehen, die theoretisch und methodisch konsistent ist.

Eigener Kommentar: Diese Beschreibung deckt sich zwar mit meiner Vorstellung, doch stelle ich in meiner beruflichen Arbeit bereits seit geraumer Zeit negative (reduzierende und einschränkende) Veränderungen fest, für die ich die zunehmende Sparpolitik als verantwortlich betrachte. Aus Kostengründen orientiert sie sich m. E. „nicht ausreichend“ an den Bedürfnissen der Patienten (deren Heilungsförderung – als persönlicher Gewinn - zu wesentlich mehr Einsparungen beitragen würde!), sondern hält ihren „schon eingeschränkten“ Blick dicht auf den Boden gesenkt, der ein erweitertes Sichtfeld gar nicht erst gestattet. (!)

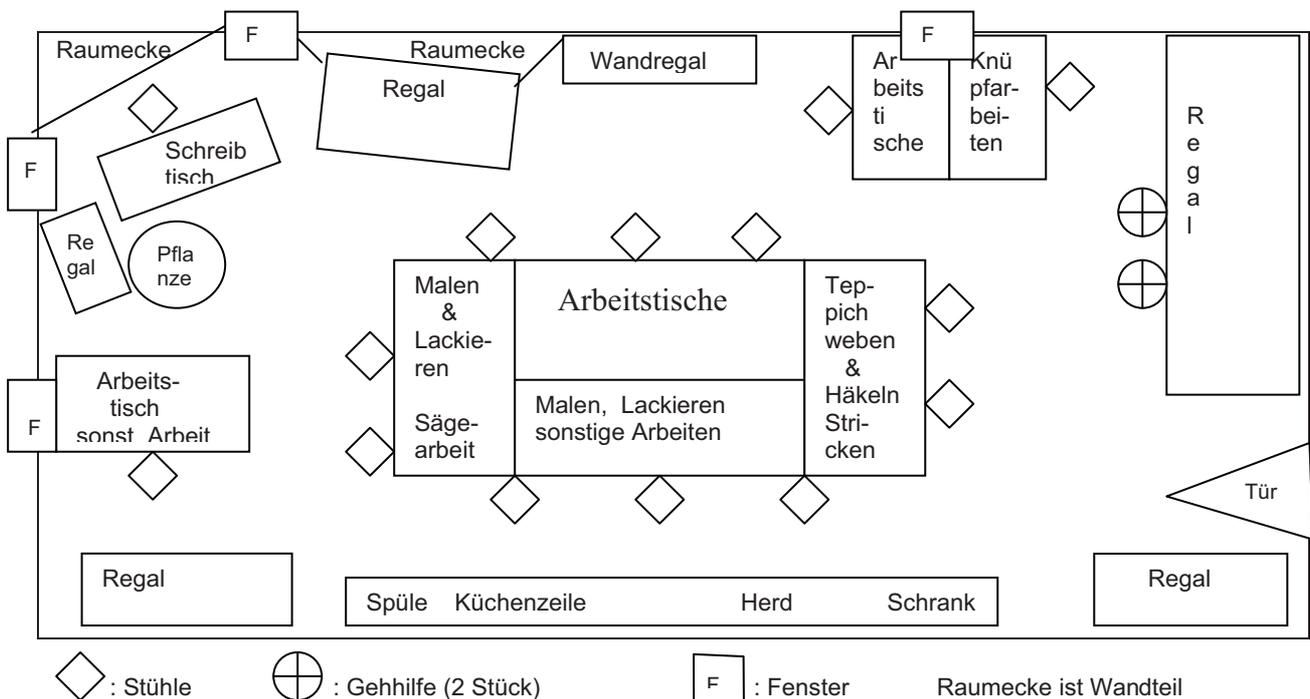
Im Folgenden werde ich diesbezüglich um weitere kritische Bemerkungen nicht herum kommen. Kritisch deshalb, weil außer den personenbezogenen Faktoren noch weitere dazu ins Blickfeld genommen werden sollten und müssen, wenn wirkliche therapeutische Arbeit im Sinne der Patienten gewährleistet sein soll und diese dann auch realistisch stattfinden könnte.

9.1.1 Raumnutzung

Freies Arbeiten und Bewegungsfreiheit wirken sich günstig aus auf Einlassen, kreativer Schöpfung und Sich-Öffnen der Patienten. Einengung des Bewegungsfreiraum, hindert oder bremst sie aus, was verschiedene „ungünstige“ Auswirkungen haben kann, evtl. auch der eigentliche Anlass des Zusammenseins verschimmt weil darüber diskutiert wird (schlimmstenfalls mit tätlicher Auseinandersetzung), wer wie viel Platz beanspruchen darf, etc.

An den Arbeitsplätzen werden gehäkelt, gestrickt, Gegenstände bemalt, Teppiche gewebt (Stäbchenwebrahmen muss befestigt werden) und Laubsägearbeiten verrichtet. Das führt meiner Meinung nach ganz natürlich zu Beengung, Störungen und Geräuschbelästigungen am Arbeitsplatz; daher sind Auseinandersetzungen geradezu vorprogrammiert.

Ein Blick auf meinen Versuch der Darstellung des Raumes soll diese Raumproblematik verdeutlichen.



9.1.2 Setting

Das Setting ist Gruppenarbeit, Arbeit in einer Gruppe und mit einer Gruppe. Am Nachmittag werden zwei weitere Stühle für Patienten eingestellt, die an den Vormittagen in anderen Arbeitsfeldern aktiv sind (dann wird es richtig eng!). Bei der „Sitzordnung“ versuche ich die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen (nicht jeder verträgt sich mit jedem, will auch keinen Blickkontakt zu ihm; wie erreichen Patienten ihren Gehwagen / Arbeitsplatz, etc.).

So sehr ich auch die Raumsituation bedauere, ist genau **sie** eine Herausforderung, das Beste daraus zu machen, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln gute Arbeit zu leisten und der Gruppe einen therapeutischen Rahmen zu bieten, der ihnen Wohlbehagen und Sicherheit gibt. Nach meinem Verständnis der „Integrativen Therapie“ betrachte ich meine Arbeit als langfristige Gruppentherapie, da die Patienten regelmäßig einige Stunden täglich und zusammenhängend an der Beschäftigungstherapie teilnehmen (länger als ein Jahr).

Zum Vergleich werde ich die Sichtweise aus dem Integrativen Ansatz kurz vorstellen, da einige der benannten Ziele und Inhalte auch in meinem Erleben mit /in der Gruppe einen wesentlichen Anteil wieder spiegeln:

- **Gruppentherapie im Integrativen Ansatz**

wird als langfristig bezeichnet, wenn sie bei wöchentlicher Sitzungsfrequenz länger durchgeführt wird als ein Jahr. Die Gruppe wird als geschlossene Gruppe geführt, in die bei Ausscheiden von Gruppenmitgliedern im Einzelfall gut vorbereitete Patienten aufgenommen werden können.

- **Langfristige Gruppentherapie**

Ziel der langfristigen Gruppenarbeit ist die Herstellung eines Milieus, in dem die ontogenetische Entwicklung nachgebildet wird. Emotionale Qualitäten, wie sie sich im frühen Milieu der Mutter-Kind-Beziehung und der Primärgruppe finden, sollen entstehen und internalisiert werden, so dass die Mitglieder stabile Innenwelten aufbauen können. Mit der Entwicklung der Beziehungen innerhalb der Gruppe und dem persönlichen Wachstum der einzelnen Mitglieder verändert sich die Charakteristik der Gruppe den einzelnen ontogenetischen Entwicklungsphasen entsprechend.

- **Bimodale Gruppentherapie (trifft nur teilweise auf meine Arbeit zu!)**

Als besonders intensive Form mittelfristiger Gruppenarbeit im Integrativen Ansatz sei verwiesen auf das „bimodale Modell“ (PETZOLD): Die Gruppe arbeitet wöchentlich mit zwei Sitzungen zwischen zwei bis drei Stunden Dauer. Davon ist eine Sitzung konfliktzentriert bei vorwiegend verbaler psycho- bzw. gestalt-dramatischer Orientierung; die andere Sitzung ist übungs- und erlebniszentriert ausgerichtet, wobei vorwiegend nonverbale Verfahren und kreative Medien Verwendung finden. Das eine Mal steht stärker das Verstehen der eigenen Psychodynamik, des eigenen biographischen Hintergrundes, sowie das Umgehen mit den gruppenspezifischen Interaktionen im Vordergrund; das andere Mal geht es mehr um Experimentieren und Üben von Fertigkeiten mit dem Ziel, Expressivität, Kreativität, Sensibilität und Flexibilität zu entwickeln. Der spielerische Charakter dieser Gruppenmodalität setzt einen Kontrapunkt zu einer einseitigen Auseinandersetzung mit den traumatischen Seiten des Lebens, wie sie vielfach für die konfliktzentrierten Formen der Gruppenpsychotherapie kennzeichnend ist. Das heilende Potential der Heiterkeit und des Humors, die befreiende Kraft des Spiels sind hier bedeutsam. Die Aneignung abgespaltener Leiblichkeit, das Vertrautwerden mit intensiver Emotionalität, das Erleben und Vollziehen direkter, spontaner Kommunikation erweisen sich als wesentliche therapeutische Faktoren. Es kann in dieser Form des Vorgehens durchaus auch konfliktzentriert gearbeitet werden um spontan auftretende traumatische Inhalte anzusehen. In der Regel aber werden derartige Materialien in die konfliktzentrierte Sitzung hinübergenommen. So wird die reiche projektive Produktion der erlebniszentrierten Gruppe eine wichtige Quelle für jeden anderen Fokus der bimodalen therapeutischen Arbeit.

9.1.3 Störende Einflüsse auf den Therapieablauf

Nach langen innerlichen Ringen habe ich mich entschlossen auf diesen Punkt in dieser Arbeit nicht zu verzichten (ich hatte die Graduiierungsarbeit bereits abgeschlossen!). Mir ist zwar nicht ganz wohl dabei (da es sich um hausinterne Angelegenheiten handelt), doch in meiner praktischen Arbeit werde ich sehr oft mit einigen der nachfolgend aufgeführten Problemen konfrontiert, die sich negativ auf meine therapeutische Arbeit auswirken, und ich kann mir vorstellen, dass in anderen Einrichtungen vielleicht ähnliches geschieht. Der hierfür nötige Energieaufwand (aushalten müssen, nichts daran ändern dürfen, weil die hierarchische Ordnung unseres Hauses das nicht gestattet) entzieht mir Kräfte, die mir im Einsatz für die Patienten nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen, obwohl sie dort viel effektiver und auch adäquater angebracht wären und sind. Hier also nun die erwähnten Störfaktoren (die nicht jeder als solche empfinden muss) die ich gerne beseitigt sähe:

a) Ich habe dieser Arbeit eine Raumskizze beigefügt, aus der sich die Enge des Raumes erahnen lässt und die Anzahl der Gruppenmitglieder ersichtlich ist. Vom Therapieleiter erhielt ich jetzt die Information (mit ☺), dass in den nächsten Tagen eine ehemalige Patientin wieder in die Einrichtung zurück kommt und wieder bei uns in der BT sein wird. Die Patientin hatte

eine Bein – OP, die erfordert, dass sie ihr Bein während der Arbeit auf einen Stuhl ablegen könne. Wie das unter diesen räumlichen Bedingungen ermöglicht werden soll, ist mir momentan noch unvorstellbar. Fest steht, dass der nächste Gruppenkonflikt vorprogrammiert ist und wieder einmal „irgendwie“ gelöst werden muss, da die Sitzordnung den Bedürfnissen der „neuen Patientin angepasst werden muss und somit einige Patienten Einschränkungen ihrer Bedürfnisse hinnehmen müssen (die Patientin ist anstrengend und wenig kompromissbereit).

b) Es werden immer wieder Besucher durch das Haus geführt. In bestimmten Situationen (besonders bei einer Entspannungstherapie) ist dies sehr störend, deshalb haben wir für solche Fälle an der Türe ein Schild angebracht, mit der Bitte uns nicht zu stören. Zusätzlich hat das Personal der Wohngruppen, der Therapieleiter und die Heimleitung von mir einen Plan erhalten, in dem die „störungsfrei“ gewünschten Zeiten gesondert eingetragen sind. Trotzdem werden immer wieder Besucher des Hauses / Betreuer der Patienten ins Zimmer geführt, während sie weiter Informationen über das Haus erhalten. Oder es wird in unseren Regalen nach Bastelmaterial gesucht (wo habt ihr denn das und das?). Der Therapieleiter verwickelt die Patienten während des Kognitionstrainings oder der Maltherapie in Gespräche (die Patienten arbeiten z.B. gerade an einem Thema).

c) Relativ häufig werden die Patienten u. a. während der Entspannungsübung aus dem Raum geholt, weil ihr Betreuer gerade eingetroffen ist, weil sie zum Kleidereinkauf mitgenommen werden, ein Arztbesuch ansteht, usw.

d) Die Teamgespräche dienen vorwiegend der Information über aktuelle Termine (z.B. wann wo ein Markt stattfindet), wann was an Arbeiten fertig sein sollte / müsste damit dies zum Verkauf mitgenommen werden kann, oder der Nachfrage welche Arbeiten welche Patienten zurzeit verrichten.

e) Ich halte Supervision gerade bei den oben beschriebenen Problematiken und für eine Einrichtung wie die unsrige für ausgesprochen wichtig, da Störfaktoren nicht nur aufgedeckt, sondern im gemeinsamen Einvernehmen beseitigt und Probleme aufgelöst werden könnten. Letztendlich wirkt sich dies ja günstig aus auf: Arbeitsqualität – und Leistung, Motivation und Betriebsklima, Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter, und in höchster Form der Vollendung auf den „guten Ruf“ des Hauses und des verantwortlichen Trägers.

Ein Ausschnitt aus dem Buch von Bärbel Wardetzki, „Ohrfeige für die Seele“, hat mich bewegt, diesen Punkt in meiner Arbeit aufzunehmen (trotz meiner Zweifel, schließlich könnte er als Angriff gewertet werden, anstatt als Anregung!): Seite 140, Kränkungen im Beruf.

9.2 Arbeitsbeispiele aus der Arbeit mit Klienten / Patienten

9.2.1 Bedürfnisse und Motivation

Die Erfahrungen des Miteinanders „im Schoße der Gruppe“ führen weiter zum Erleben des Nebeneinanders, zu ersten Grenzziehungen, Akten der Abgrenzung von Gruppenmitgliedern und Therapeuten, ähnlich jenen, durch die sich das Kind als Person zu finden beginnt.

Es handelt sich hier um einen Prozess der Lösung aus der Bindung, ohne dass dabei die Verbundenheit verloren geht, um ein Handeln um Grenzen als wechselseitiger Prozess, der Identität schafft.

Die Gruppe wird hiermit zu einer Matrix der Identität: in der Gruppe kann sich der Patient so erfahren, wie er ist, denn er wird als solcher angenommen. Er wird gesehen und kann sich in den wohlwollenden, erkennenden Augen der Gruppenmitglieder und des Therapeuten spiegeln. Die Arbeit mit den Augen und über die Augen, wechselseitiges Sich-Ansehen, zu sehen, wie man gesehen wird, zu erfassen, dass man liebevoll betrachtet wird, gehört zu den intensivsten Erfahrungen in dieser Phase der Gruppenarbeit; denn hier wird Identität als die höchste Ich-Leistung begründet.

Im Zusammenhang mit der Frage danach wie sich die Patienten in der Gruppe fühlen, wie es ihnen im Zusammensein mit anderen Gruppenmitgliedern ergeht (was bekomme ich – was fehlt mir noch, was gebe ich der Gruppe, was will ich geben – was nicht?) haben sie versucht ihre Gefühle und Wahrnehmungen diesbezüglich „ins Bild“ zu setzen. Papiergröße und Arbeitsmaterial wurde von ihnen selbst bestimmt.

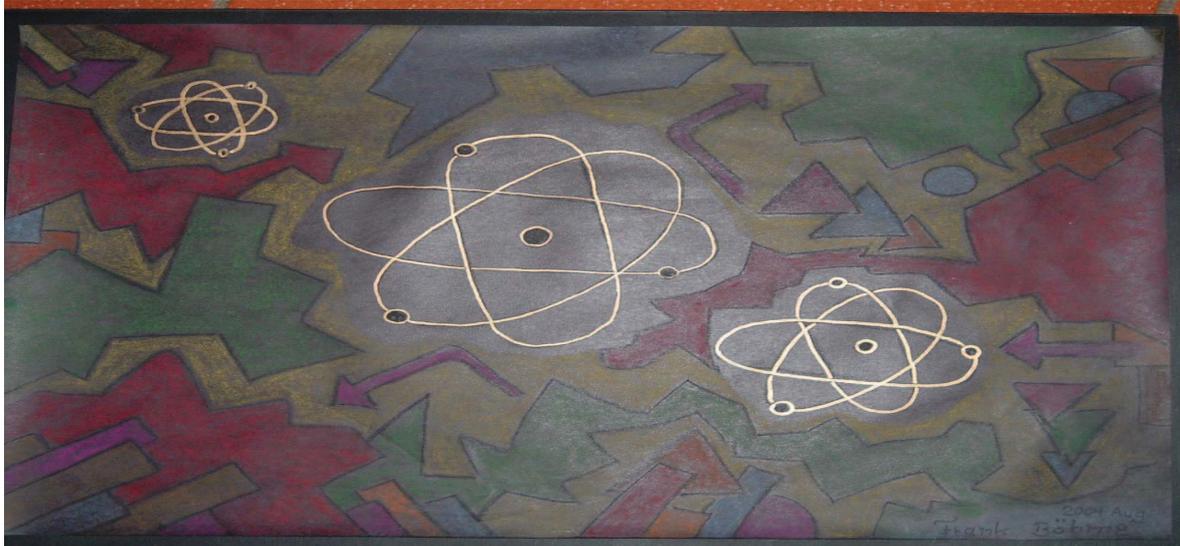


Bild 4: Dieses Bild wurde von einem 46jährigen Mann gemalt, der zum damaligen Zeitpunkt etwa seit einem halben Jahr an unserer Beschäftigungstherapie teilgenommen hatte. Verwendung fanden schwarzes Tonpapier, Pastellkreide, Filzstifte und Lackmalstifte.

Ich hatte diesen o.g. Patienten gebeten mir etwas über sein Bild zu erzählen (ob er dazu bereit wäre?) und darüber wie es ihm beim Malen dieses Bildes ergangen sei. Aus meiner Frage entwickelte sich ein sehr lebendiges und emotionsgeladenes Gespräch, das ich in etwa wiedergeben möchte: er berichtete

- a) In der Mitte des Bildes befindet er sich (als Planet) und um ihn herum befinden sich einige der Patienten aus der Gruppe, die für ihn wichtig geworden sind und deshalb auch in akzeptablen Abstand (den brauche er eben auch) mit ihm verbunden und im Kontakt sind. Insgesamt fühle er sich jedoch in der ganzen Gruppe wohl, keiner greift ihn an, der Umgang miteinander sei respektvoll. Das schätze er sehr und deshalb komme er auch gerne zu uns.
- b) Rechts von ihm befinden sich ebenfalls Planeten (seine Freunde und seine von ihm geschiedene Ehefrau) auf ihrer Umlaufbahn. Sie sind zwar nicht so weit weg entfernt, trotzdem aber im Moment scheinbar für ihn unerreichbar.
- c) Links von ihm befinden sich ebenfalls weitere Planeten, die irgendwie etwas mit seiner Zukunft zu tun haben. Er wisse jedoch nicht, ob diese noch vor ihm liegt, oder ob er sie sich bereits verbaut habe. Das macht ihn angstvoll und hoffnungslos, er wisse nicht ob er das noch lange aushalten könne.
- d) Das Malen hätte ihm gut getan, er müsse nicht mehr alles mit sich allein ausmachen, da ja die Gruppe möglicherweise einiges von unserem Gespräch aufgefangen habe und ihn dadurch am Aufgeben hindern könnte (das klang nach Wunsch). Eigentlich wolle er auch „noch nicht aufgeben“, schließlich hätte er noch Zukunftsträume mit seinem Lebenspartner. Mit ihm könne er aber nicht über seine Probleme reden, und auch nicht mit dem Personal dieses Hauses.

Reflexion: Bei der Deutung von Bildern verhalte ich mich äußerst zurückhaltend, da mir hierfür die notwendigen und grundlegenden Kenntnisse fehlen, die man meiner Meinung nach nur in einer entsprechenden Ausbildung erwerben und einüben kann / sollte. Trotzdem lasse ich das Bild auf mich wirken und mache mir eigene Gedanken dazu. Im

soeben beschriebenen Bild-Gespräch, wäre ich mit meinen „Vermutungen“ ziemlich daneben gelegen und es stellte sich heraus, dass es gut war zuzuhören. Was mir der Patient berichtete, erfüllte mich mit Sorge um ihn. Ich teilte ihm diese Sorge mit, worauf hin er mich mit Informationen aus seinem Leben förmlich überschwemmte. Leider mussten wir das Gespräch abbrechen, da es Zeit zum Mittagessen wurde. Wir beendeten das Gespräch mit der Vereinbarung, dass er bei Bedarf das Gespräch fortsetzen könne oder um sonstige Unterstützung anfragen dürfe (hier bin ich auf seine Bitte eingegangen). Es folgten tatsächlich weitere „kleine“ Gespräche, die ihm scheinbar hilfreich waren. Etwa eine Woche später begann mein Sommerurlaub. Als ich nach drei Wochen meine Arbeit wieder aufnahm, war der Patient aus der Einrichtung entwichen.

Dieses Jahr, während der Ostertage; erhielt ich am Arbeitsplatz eine Postkarte von ihm, auf die er schrieb, dass er gerne an die Zeit bei uns zurückdenke und sein Weggehen bedauert. Er würde deshalb viel Zeit mit Malen verbringen, und er bekäme von seinem Vermieter den „Mal-Work-Shop“ von Bob Ross auf Videokassette überspielt (die hat er immer wieder gerne gesehen). Die Karte war leider ohne Absenderadresse.

Dieser Kartengruß vermittelt mir, dass dieser Patient im Nachhinein einer „verpassten“ Chance nachtrauert, er aber mit seinen zur Verfügung stehenden Kräften, Potentialen und Ressourcen noch lange nicht ans Aufgeben denkt. „Hut ab“, sage ich dazu!

9.2.2 Probleme und Konflikte

Therapie wird im integrativen Ansatz als Sozialisation verstanden (egal, ob in Einzel- oder Gruppentherapie). Sozialisation ist die Internalisierung von Szenen und Szenensequenzen im Prozess wechselseitiger Beeinflussung von personalen Systemen auf der sensu-motorischen, emotionalen und kognitiven Ebene entlang eines zeitlichen Kontinuums.

Es werden in diesen Prozessen "*social worlds*" als "*shared perspectives*" vermittelt, weiterhin Werte, Normen, Verhaltensstrategien, emotionale und kognitive Stile. Es entsteht in diesen Prozessen personale Identität als persönliche Aneignung der relevanten sozialen Welt und personaler Zuschreibungen, die internalisiert werden.

In der Gruppe geht es um das Herstellen "emotionaler Mikroklimata", von Stimmungen und Qualitäten, von Sprachwelten, von internalisationsfähigen "Szenen" und "Stücken" als szenischen Handlungssequenzen für eine Neusozialisation, wobei das Herkunftsmilieu beachtet werden muss. Divergenzen und Dissonanzen, die dabei notwendigerweise entstehen müssen, geht es doch um Veränderung, müssen dosiert eingesetzt werden, damit daraus entstehende Probleme aufgefangen werden können. Nach- bzw. Neusozialisation in der Gruppe stellt alternatives Erleben im Hier-und-Jetzt gegen frühere pathogene Erfahrungen.

In der Gruppe werden nicht nur defizitäre Identitätsentwicklungen durch Sozialisationsangebote und korrigierende Erfahrungen aufgefangen, auch distortive Identitätsentwicklungen, und gerade diese, werden durch die Präsenz neuer "signifikanter Anderer" behandelbar, indem von ihnen Rollen übernommen werden und signifikante Szenen und Atmosphären entstehen bzw. geschaffen werden, die verinnerlicht werden können. Die Gruppe wird zu einer neuen Alltagswelt, die bedeutsam (*signifikant*) ist. Durch die hohe emotionale Besetzung wird sie wie die Alltagswelt "meine Welt par excelance", die die übrigen Bereiche der Alltagswelt zu beeinflussen vermag.

Die Gruppe als Sozialisationsagentur mit ihrer Vielzahl an vis-à-vis-Situationen kann als Prototyp korrigierender Alltagswelt während der Zeit intensiver Therapie angesehen werden. Die Macht der therapeutischen Gruppe ist wie die jeglicher Sozialisationsagenturen erheblich, besonders da durch das Moment der Regression die Distanzierungsmöglichkeiten der so Sozialisierten gegenüber dem Einfluss, ja zuweilen Druck der Gruppe und des Therapeuten zunächst sehr gering sind. Erst mit dem Gelingen der Behandlung im Sinne zunehmender Exzentrizität und Rollendistanz wird Distanzgewinn möglich. Da Therapie immer auch auf Anpassungsleistungen des Individuums an die bestehende Gruppe und die hinter dieser stehende Gesellschaft abzielt, sie also auch ein Moment sozialer Kontrolle impliziert, kommt der Hinterfragung und Bearbeitung eben dieser Funktion in der Gruppe besondere Bedeutung zu. Die in therapeutischen Gruppen vermittelten alternativen Szenen führen zu neuen oder zu teilweise neuen Interpretationen vergangener Szenen, alter Rollen, vergangener

signifikanter Personen, und das führt zu einer Neuinterpretation der Gegenwart, die sich mit Hilfe neuer signifikanter Anderer vollzieht. Dies darf aber nicht in einer Form geschehen, dass am Ende "neue Dogmen" stehen, die nur zu neuen Einengungen und auf jeden Fall in die Stagnation führen, sondern die Gruppe als Sozialisationsagentur muss in einem emanzipatorischen Prozess zu einem Verständnis für das Geschehen der Sozialisation an sich führen, das ja über die Lebensspanne hin anhält und beständig neue, kreative Anpassungsleistungen, aber auch neue Veränderungsleistungen notwendig macht. Der Einzelne kann damit bessere Möglichkeiten zur Rollendistanz, eine größere Rollenverfügbarkeit aufgrund größerer Exzentrizität gewinnen und erhält damit die Chance, soziale Ungleichheit zu reduzieren - für sich und für andere.



Bild 5: Dieses Bild wurde von einem 33jährigen Patienten auf Papier DIN A4 mit Wachsmalkreiden in einer unglaublich kurzen Zeit (ca. 20 Minuten) gemalt.

Bevor ich Äußerungen des Patienten zu diesem Bild wieder gebe, möchte ich einiges über ihn selbst und meinen Beobachtungen während des Malvorganges berichten, weil mir dies in Bezug auf das Verstehen seiner Äußerungen und der Not in der er sich befand (und noch immer befindet) wichtig ist.

Zur Zeit der Entstehung des Bildes hielt sich dieser Patient seit etwa drei Monaten in unserer Einrichtung auf. Als er zur Beschäftigungstherapie gebracht wurde, bekam ich gleich die Information, dass bei ihm „beständige Fluchtgefahr“ bestehe.

Mein Eindruck von ihm bei unserer ersten Begegnung war ein anderer: fast unterwürfig, gesenkter scheuer Blick (trotzdem aufmerksam beobachtend), angespannte Körperhaltung eines Körpers, der ständig in Bewegung schien. Sein Name war schwierig auszusprechen, weshalb die namentliche Anrede von den Gruppenteilnehmern gerne umgangen wurde, oder durch eigene Wortschöpfung ersetzt wurde. Ein Klient nannte ihn wegen seiner dunklen Hautfarbe „Schwarzer“, worauf dieser verständlicher Weise ärgerlich reagierte.

Der beschriebene Patient ist Afrikaner, der als vierjähriger Junge mit seiner Mutter nach Deutschland einreiste. Die Mutter konnte hier nicht richtig Fuß fassen, begann mit dem Alkoholtrinken und vernachlässigte ihn zunehmend. Als er sechs Jahre alt war, wurde er in ein Heim eingewiesen, in dem er nur kurze Zeit verweilte, weil er als „schwieriger Fall“ in ein anderes Heim gegeben wurde. Es folgte eine „Heimkarriere“, da er immer wieder als Ausreißer oder hoffnungsloser Fall die Grenzen und Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtungen überschritt. Auch heute noch hat er keinen Kontakt zu seiner Mutter, Verwandte kennt er nicht, und Freunde hat er auch nicht. Er selbst bezeichnet sein bisheriges Leben als eine chaotische Hölle, in der niemand für ihn da war, er niemanden vertrauen konnte (obwohl er es immer wieder versucht habe), und das alles sei heute immer noch gleich geblieben.

In der folgenden Zeit hatte ich den Eindruck, dass das was er sagte auch in seinem Verhalten und seiner gesamten Erscheinung zum Ausdruck kam. Er arbeitete lustlos und ohne

Orientierung welche Arbeitsschritte in welcher Reihenfolge sinnvoll wären, er war zappelig und unkonzentriert, wirkte auf mich als wäre er dauerhaft auf dem Sprung (zum Weglaufen). Beim Malen erlebte ich ihn fast gleichermaßen. Bei zu großer Anspannung malte er stehend und sitzend im schnellen Wechsel. Beim Malen des obigen Bildes versank er sichtbar in sein „Tun“ (er war mit Worten nicht erreichbar), seine innerliche Unruhe war weiterhin im körperlichen Ausdruck erkennbar. Der Patient malte schwungvoll, kraftvoll und sehr schnell (als würde die Zeit nicht ausreichen).

Zum beendeten Bild meinte er: „Gefallen ihnen die Farben, ich hab sie extra genommen, da sieht das Bild trotzdem schön aus. Das ist mein Leben, alles ist durcheinander, ich suche ein Bild darin das ich anschauen und mit meinen Augen festhalten kann - damit es mir besser geht, aber ich finde nichts....“.

Reflexion: Bei dieser Lebensgeschichte finde ich einige Parallelen zu meiner eigenen Geschichte. Deshalb habe ich erst einmal ein „Trennverfahren“ eingeleitet zwischen seiner und meiner Lebensgeschichte, so dass ich mit ihm mitfühlen (statt mit leiden) und ihm Verständnis entgegen bringen konnte. Mich berührt im Besonderen wenn ich seine „angestregten“ Bemühungen beobachte wenn er gesehen werden möchte, wenn er gute Arbeit leisten will, die ihm lobende Anerkennung verspricht (auf Lob reagiert er mit beinahe kindlicher Freude). Meiner Meinung nach hat dieser Patient erhebliche Defizite in allen Bereichen seiner Persönlichkeit, die unsere Gruppe und auch ich, unter den gegebenen Umständen nicht ausgleichen bzw. für ihn in korrigierender Handlung erlebbar machen können. Ich glaube, den ersten Weg der Heilung und Förderung ins Blickfeld nehmend, dass der Patient bei uns nicht angemessen und ausreichend unterstützt, gehalten und in seinem Ur- und Selbstvertrauen gestärkt werden kann (unsere Einrichtung noch nicht passend für ihn ist!). Mir scheint, da er auch bei uns ein dauerhafter „Ausreißer“ ist, dass er umfassendere therapeutisch stützende Betreuung benötigt die sich z.B. weniger auf seine Alkoholerkrankung konzentriert sondern vorrangig seine menschlichen Grundbedürfnisse (und Rechte) fokussiert.

Meine Annahme bezüglich der erforderlichen therapeutischen Behandlung begründe ich mit meinen Erkenntnissen aus Konzepten der „Integrativen Therapie“:

➤ Der Mensch ist ein Körper-Geist-Seele-Subjekt, **informierter Leib**, im ökologischen und sozialen Umfeld (= *Kontext*) und im Strom seiner Geschichtlichkeit (= *Kontinuum*). In diesen und mit diesen vollzieht sich die lebenslange Entwicklung seiner Persönlichkeit.

➤ Die Säulen der **Identität**, das sind:

1. Leiblichkeit
2. Soziales Netzwerk
3. Arbeit / Leistung / Freizeit
4. Materielle Sicherheit
5. Werteorientierung (und Normen)

➤ Die „**Vier WEGE der Heilung und Förderung**“

1. Weg - Bewusstseinsarbeit

Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation:

„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“

2. Weg – Nach- und Neusozialisation

Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation:

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“

3. Weg – Erlebnis- und Ressourcenaktivierung

Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung:

„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Begegnungen und Beziehungen entfalten.“

4. Weg – Förderung von Exzentrizität und Solidaritätserfahrungen

Metaperspektive, Solidarität, Souveränität:

„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, die Ohnmacht verabschieden,
gemeinsam Zukunft gewinnen.“

9.2.3 Lernfähigkeit und Erfolgserleben

Das Produktionsmodell der Gruppe erscheint hierzu ganz passend:

Die Gruppe wird hier als zielorientiertes System verstanden, das seine Grenzen wahrt. Mit Ziel ist die von allen Gruppenmitgliedern getragene Bewegungsrichtung gemeint, sei es eine wirkliche Produktionsaufgabe, ein gemeinsamer Ausflug, eine Selbsterfahrung oder eine Problemlösung. Grenzbewahrung bezieht sich auf die Tatsache, dass zwischen Gruppenmitgliedern und Nichtmitgliedern eine klare Trennungslinie besteht. Beide Merkmale sind für Teams in Wirtschaftsunternehmen besonders kennzeichnend, daher der Name Produktionsmodell. Mills (1972) nennt das Modell „das strukturell funktionale Modell der Gruppe“; d.h. Struktur und Funktion der Gruppe stehen im Vordergrund der Betrachtung. Der Fortbestand der Gruppe ist, auch dies wie in einem Team, zu keinem Zeitpunkt selbstverständlich, sondern vielfältigen Gefährdungen ausgesetzt

Die Gruppe lässt sich beschreiben durch Handlungen, Normen, Ideen und Techniken, die auf die Anforderungen der Umgebung und auf die personalen / sozialen Bedürfnisse der Mitglieder abgestellt sind. Bedürfnisse und Anforderungen unterliegen zahlreichen Wandlungen, sind keine Konstanten. Daher ergibt sich für die Gruppe die Notwendigkeit, andere Fähigkeiten zu entwickeln, die ihr ermöglichen, darauf angemessen zu reagieren: wie Anpassung, Zielerreichung, Integration und Strukturhaltung (Parsons, Bales, Shils 1951).

Wie ich schon mehrfach erwähnte, ist es mir gelungen die Gruppe für einen gemeinsamen Weg und ein gemeinsames Ziel zu begeistern: „unsere eigene Bilderausstellung“ (siehe S. 6,1 3; S.44, Wirkfaktor 14 und S.60, 9.1).

Welchen Weg wir gemeinsam beschritten haben und welche Bedingungen dafür wichtige Voraussetzung waren, habe ich bereits im Kapitel 7 und 8 beschrieben, und teilweise mit Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Kapitel 9 unter 9.1 bis 9.2.2 veranschaulicht. Ich möchte deshalb auf weitere Erklärungen verzichten und an dieser Stelle mit einer kleinen Bildergalerie (teilweise aus unserer Bilderausstellung) „selbstredend“ zum Verweilen und Betrachten einladen. Sie zeigen Entwicklung und Fortschreiten der Malprozesse, hinter denen sich viel von der persönlichen Entwicklung der beteiligten Patienten erahnen lässt: sie **wollten** zeigen was sie „drauf haben, zu welchen Leistungen sie fähig sind“

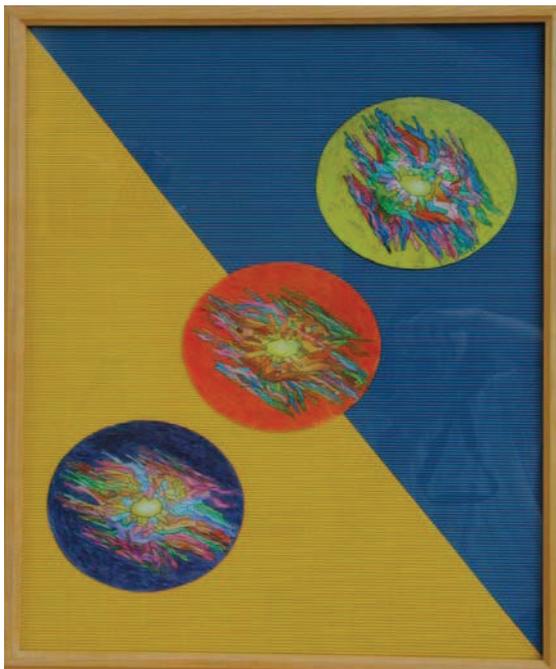




Bild 8



Bild 9



Bild 10



Bild 11



Bild 12



13



Bild 14



15



Bild 16

17

18

19

9.2.4 Ablehnung und Toleranz

Nach dieser kleinen Verschnaufpause der geruhsamen Bildbetrachtung möchte ich auf ein Thema zugreifen, welches immer wieder in vielerlei AUSFORMUNGEN in unserer Gruppe auftaucht und zu angemessener Beachtung auffordert: Ablehnung und Toleranz.

Neben der Lernfähigkeit und dem Erfolgserleben sind dies nach meinen Beobachtungen „zwangsläufige Begleiter“ in den unterschiedlichsten Gruppenabläufen und deren Prozesse. Es gibt immer jemanden, der etwas „besser“ kann, während ein anderer weniger „begabt“ ist. So gesehen führen diese Vergleiche der Patienten untereinander häufig zu Wertungen und Sonderformen von Konflikten in alle möglichen Richtungen, was sich selbstverständlich in Auswirkungen sowohl auf die Gruppe, als auch auf den Einzelnen beobachten lässt.

Die „Integrative Therapie“ hat sich mit dieser Problematik befasst und aus den gewonnenen Erkenntnissen ein Modell entwickelt, das ich an dieser Stelle vorstellen möchte: Das Konfliktmodell der Gruppe

Das Konfliktmodell beschreibt die Gruppe als Forum einer endlosen Folge von Konflikten. Immer geht es um die Verteilung knapper Güter. In Gruppen ist (und bleibt) immer vielerlei knapp und ist (und bleibt) Streitpunkt unter den Mitgliedern: Redezeit, Sympathie, Sicherheit, Status, materielle Hilfsmittel, Einfluss usw. Um sie wird ständig gekämpft. Jede Einigung hat nur für eine Weile Bestand. Konflikte gibt es auch zwischen entgegengesetzten Impulsen in der Gruppe, z.B. zwischen Freiheitsanspruch und Konformitätsnotwendigkeit oder zwischen entgegengesetzten Lösungsstrategien für ein Problem. In Therapie und Angewandter Gruppendynamik ist das Konfliktmodell der Gruppe weit verbreitet und hat sich als sehr fruchtbar erwiesen. Patienten, Klienten und Teilnehmer neigen dazu, Konflikte zumindest phasenweise herunterzuspielen oder zu verleugnen. Der Gruppenleiter kann sichtbar machen, dass der Konflikt die relevanten Facetten eines Sachverhaltes sichtbar macht, dass er weder sinnlos noch ziellos oder zufällig ist, dass aus der Pluralität der Positionen ein neues gemeinsames Verständnis der Situation erwachsen kann, usw. Damit wird aber deutlich, dass Konflikt in diesem Zusammenhang nicht eng verstanden werden darf als seelischer oder zwischenmenschlicher Spannungszustand. Vielmehr heißt Konflikt im Rahmen der Konfliktmodelle der Gruppe, dass Ansprüche geltend gemacht werden. Das muss keineswegs von subjektiven Gefühlen des Unbehagens und der Disharmonie begleitet sein, sondern kann durchaus einen taktischen, strategischen, sportlichen oder kämpferisch rivalisierenden Charakter haben.

Rückblickend auf meine Beobachtungen während meiner beruflichen Tätigkeit, stelle ich die Behauptung auf, dass Ablehnung und Toleranz einer Sonderform im Konfliktmodell der Gruppe entspricht, sich daher tiefer gehende seelische oder zwischenmenschliche Spannungszustände (für Einzelperson / Gruppe) entwickeln können.

Dazu kann ich aus meiner Praxis von einem Patienten berichten, der innerhalb der Gruppe sehr viel Ablehnung erfuhr; deren einzig tolerantes Verhalten darin bestand, dass seine Anwesenheit in der Gruppe geduldet wurde, „wenn er keine Mätzchen mache.“ Was er auch tat, er bekam beinahe ausschließlich negative Aufmerksamkeit. Durch mein Eingreifen konnte ich dies nicht verhindern, habe lediglich unfreiwillig die „Non- Verbale- Kommunikation“ der Gruppe gefördert (den Patienten anschweigen, Blicke sprechen lassen, Nichtbeachtung...). Als ich diese Problematik in einer „Teambesprechung“ zum Thema machte, wurde mir gesagt, das sei halt unser Klientel und ich müsse selbst sehen wie ich damit zurecht komme, jedenfalls ist momentan kein anderer Arbeitsplatz für ihn vorhanden. Das war's. Der Patient malte gerne Mandalas aus, ansonsten konnte ihn nichts begeistern.



Bild 20

Trotzdem wurden die Zeichen seines Unwohlseins innerhalb der Gruppe unübersehbar: er fehlte immer häufiger wegen „allerlei Wehwehchen.“ Die Reaktion der Gruppe war ebenso deutlich: „das passt so, es reicht wenn wir in der Wohngruppe mit ihm klarkommen müssen.“

Reflexion: Leider konnte ich den Patienten unter den gegebenen Umständen nicht schützen und noch viel weniger stärken (siehe Seite 60, 9.1.1 Raumnutzung und 9.1.2 Setting). Ich hatte die Phantasie dass er unter dem Druck der Gruppe leidet und sich in seiner Not in Krankheit flüchtete um sich nach Kräften selbst zu schützen. Dieses Verhalten verstärkte die Abneigung der Gruppe gegen ihn. Schließlich bestätigte sich meine Annahme, als ich ihn bei einem zufälligen Zusammentreffen direkt darauf ansprach. Wir vereinbarten ein weiteres, „richtiges“ Gespräch: wollten gemeinsam überlegen, was wir dagegen tun könnten. Bei diesem Gespräch machte er unumwunden deutlich, dass er aus der Gruppe raus wollte; er sei zwar nicht blöd, aber gegen DIE könne er sich nicht wehren, und da wäre seine alte Arbeit besser, auch wenn sie langweiliger ist. Er wisse auch gar nicht so richtig, warum er da weg musste, er habe doch seine Arbeit gut gemacht (vom Therapieleiter wusste ich, dass er mit der dortigen Aufgabe scheinbar überfordert war). Ein neuer Anlauf im „Team“ führte zum erwünschten Erfolg: der Patient nahm wieder seine alte Tätigkeit in der Arbeitstherapie auf, und da gehe es ihm wieder gut weil er wieder seine Ruhe habe – erfuhr ich von ihm bei unserer nächsten Begegnung.

9.2.5 Interaktionen (Einzel-/Gruppenarbeit)

Verschiedene Interaktionen aus der Einzel- bzw. Gruppenarbeit habe ich bereits in unterschiedlichen Beiträgen meiner beruflichen Arbeit oder in deren Reflexion erläutert. Ich nehme an, dass hierdurch zusätzliche Beschreibungen nicht zwingend erforderlich sind.

Wichtig ist mir, dass ich die Gruppe und die zur Gruppe gehörenden Menschen so wahrnehme, dass ich das bestmögliche in meinem Handeln für ihr Rundum- Wohlbefinden und ihrer Förderung (in vielerlei Hinsicht) bewirken kann.

Hier bediene ich mich aller erdenklichen und möglichen Mittel, Aktionen und Wege die mir unterstützend und Erfolg versprechend scheinen. In dieser Hinsicht bin ich für meine weitere Berufsarbeit mit zusätzlichem Handwerkszeug (Sucht- Curriculum und die neuen Kreativitätstherapien von H. Petzold und I. Orth) jetzt noch besser ausgerüstet.

Sehr oft habe ich die Gruppe bei Entscheidungen einbezogen, z. B auch, wenn für den Einstieg zu einem Arbeitsthema mehrere Möglichkeiten zur Auswahl standen: wollten sie eine

Phantasieeise machen, wäre ihnen eine progressive Muskelentspannung (mit Musik von Deuter) lieber, würden sie gerne eine Geschichte hören. einen Spaziergang machen oder Aggressionsübungen? Gelegentlich umarmten und befühlten wir Bäume, rochen den Duft von Blumen und Kräutern bewusst, nahmen die Düfte in unserer Erinnerung mit in die BT. Manche Arbeiten entwickelten sich aus Gedichten (vorgelesene oder selbst verfasste) oder aus unserer „Sprücheklopferi“ (der Krug geht so lange zum Brunnen bis er bricht, Jeder ist seines Glückes Schmied, du sollst dein Licht nicht unter den Scheffel stellen, usw.). Wenn eine zu treffende Entscheidung auch nicht immer leicht fiel, so erlebte ich doch, wie dies mit zunehmender „Übung“ der Gruppe besser gelang und für sie allmählich ein selbstverständlicher Akt des Teilnehmens (ein Recht das sie wahrnehmen) wurde.

9.2.6 Selbstvertrauen und Vertrauen zur Umwelt

Wenn Selbstvertrauen und Vertrauen zur Umwelt erst einmal so erschüttert sind, dass Menschen krank werden, benötigen sie kompetente Hilfe und Menschen, die ihnen wieder zur eigenen Würde verhelfen, ihnen Rechte zugestehen und sie auf ihren schweren Weg begleiten. Die Patienten müssen enorme Willens – **Kräfte** entwickeln um den oft ausweglos erscheinenden Gang auf sich zu nehmen, die mit echter und liebevoller Begleitung wesentlich leichter mobilisiert werden können. So kann auch ihr Glaube an sich selbst wieder wachsen. Der Glaube an sich selbst fördert die Fähigkeit des Vertrauens zu sich selbst und zur Umwelt. Dieses allmähliche Wachsen des Vertrauens lässt sie in ihrem Erleben, Empfinden und Lebenswillen sensibler und tatkräftiger werden, so dass sie ihre Lebendigkeit wieder spüren und ausleben, z.B. in der Art und Weise wie ich es unter 9.2.5 beschrieben habe (siehe oben). Das setzt positive und korrigierende Erfahrungen / Erlebnisse voraus, die sich nicht in Einmaligkeit erschöpfen dürfen, sondern immer wieder aufs Neue erlebbar sein müssen, damit die Patienten wieder zu einer stabilen Selbstsicherheit finden, gefestigt sind /werden. Auch dazu habe ich einen Beitrag aus der Integrativen Therapie gefunden, zur Notwendigkeit der Festigung (Refreezing). In der Praxis sieht das oft wie folgend aus: wenn die jeweils relevanten Parameter einer Intervention eine Veränderung in gewünschter Richtung aufweisen (Verminderung von Neurotizismus, Verbesserung der Gruppenkohäsion, Verminderung der Anzahl von Konflikten, Steigerung der Arbeitsproduktivität usw.), werden oft die Bemühungen des Beraters in der irrigen Annahme überstürzt beendet, nun sei das Ziel erreicht.

Dies ist meiner Meinung nach ein Vorgehen, dass mühsam erreichtes zunichte macht und einen möglicher Weise vermeidbaren Kreislauf „wiederbelebt.“ Lewin weist daraufhin, dass gerade an dieser Stelle viele Bemühungen durch mangelnde Nachsorge wieder zunichte gemacht werden. Ohne Nach-Sorge kann der Erfolg der ganzen Intervention verloren gehen.

9.2.7 Ziele setzen und erreichen

Anhand verschiedener Beispiele habe ich Entwicklungsschritte von Patienten aufgezeigt, die erkennen lassen, dass sie bei entsprechender Festigung mehr leisten können, als es weder sie sich selbst oder auch andere Menschen ihnen zugetraut hätten. Es fing mit kleinen Zielen und Erfolgen an und konnte sich individuell zu größeren entwickeln.

Selbstvertrauen und Vertrauen zur Umwelt ist meiner Meinung nach mit entscheidend, ob die Patienten sich ganz realistisch Ziele setzen und erreichen können; beide bedingen sich gegenseitig.

Bei einer Patientin erlebte ich die Ambivalenz kurz vor ihrer Entlassung aus unserer Einrichtung: sie war einerseits froh die Zeit bei uns hinter sich zu lassen, andererseits fürchtete sie sich vor der Verantwortung die sie im Anschluss nach der Therapiezeit wieder gänzlich alleine übernehmen und tragen sollte. „Ich brauch doch aber jemanden wenn ich nicht mehr weiter weiß, und ich weiß nicht, wie ich das Alleinsein aushalten soll; hier habe ich Leute zu denen ich hingehen kann, wenn mir was fehlt. Habe ich so viel Kraft, mein Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und durchzuhalten?“

Wir haben diese Problematik während des Kognitionstrainings aufgegriffen (das ist zurzeit die einzige Gelegenheit das Malen als Therapie einzubringen), und nach einer Phantasiereise (ich bin ein Baum, wie sehe ich aus, gibt es außer mir noch weitere Bäume, welche Bedeutung haben sie für mich?) ins Bild gesetzt. Einige der Bilder möchte ich dieser Arbeit beifügen.



Bild 21



Bild 22



Bild 23



Bild 24



Bild 25

Das obige Bild wurde von der Patientin gemalt, von deren Problematik ich berichtete. Sie war ursprünglich nicht aus der Baumgruppe erkennbar (als Individuum). Als ich mich verwundert darüber äußerte, dass ich sie nirgendwo auf dem Bild ausmachen könnte, erklärte sie: „ich bin doch gerne mit anderen zusammen, da falle ich eben gar nicht auf; aber ich weiß ja welcher Baum ich bin (zweiter Baum von links)“. Ich entgegnete, dass sie hier ebenfalls ein Mensch in dieser Gruppe sei, doch sie sähe nicht so aus, wie Herr..., außerdem solle sie doch bitte selbst mal schauen ob ihr noch weitere Unterschiede auffielen. Sie sah mehrere Personen im Raum genauer an: das ist eine Frau, anderer Name, klein, dick, usw. Schließlich musste sie lachen und sagte dann: „ich weiß schon was sie meinen“, sie nahm einen Stift und malte ihren Baum mit etwas Farbe nach: „so, das bin ich! Die Bäume um mich herum sind meine Freunde, auf die kann ich mich verlassen wenn ich sie brauche.“ „Jetzt kann ich sie ganz deutlich inmitten ihrer Freunde erkennen und sehe, wie vergnügt sie sich mit ihren Ästen und Zweigen beschäftigen“, bemerkte ich überrascht.

In einer der vorherigen Stunden beschäftigten wir uns mit dem Thema: von „**WER BIN ICH** zum **ICH BIN WER**“.

Noch immer bin ich von unserem gewollten und erreichten Gruppenziel „der Bilderausstellung“ sehr beeindruckt. Ziele setzen und erreichen beschränkte sich jedoch nicht nur auf die Malerei, sondern weitete sich auf viele Bereiche aus. Um dies zu ermöglichen, war uns eine CD von Konstantin Wecker anregend und hilfreich. Er war ehemals selbst ein „Betroffener“ (Alkohol und Drogen), der mit Hilfe und aus eigener Willenskraft den Ausstieg schaffte. Auf seiner CD äußert er sich zu diesem Thema folgendermaßen:

„Warum werden nicht wir gefragt was wir brauchen? Schließlich ist es eine Sache der Betroffenen, ihrer Betroffenheit Ausdruck zu verleihen. Man müsse über dieses Thema reden, gerade weil in der Gesellschaft ein Feindbild geschaffen würde in dem vergessen wird, dass nicht wir es sind die die Dinge im Griff haben, sondern umgekehrt haben die Dinge uns im Griff. Er erzählt, er habe ein Buch geschrieben aus dem er einen für ihn wichtigen Satz unbedingt weiter geben möchte: lasst uns die Süchtigen lieb haben, sonst töten wir sie. Wir leben in einer Gesellschaft, in der wir uns aufwerten, indem wir andere abwerten. Es gibt keinerlei Gründe dafür, dass wir die Achtung vor einem anderen Menschen verlieren dürfen. Ein Hilfsbedürftiger kann ganz genau ermessen, ob der Helfer einer ist, der von oben herab kommt – dann wird er damit nichts erreichen-, oder ob er ihm gleichgestellt zur Seite steht, ihm liebevoll die Hand reicht und ihn dann wieder weiter ziehen lässt auf seinem eigenen Weg (ohne ihn in sein eigenes Lager ziehen zu wollen. Ein jeder kann seinen Schutzengel verlieren.“

Mich berührt dieser Text sehr, weil er mir immer wieder vor Augen führt wie wichtig und wertvoll Echtheit und Herzenswärme im täglichen Miteinander der Menschen ist. Ergriffen werde ich auch, da viele bewegende und wunderbare Erlebnisse mit „meinen“ bisherigen Patienten und deren persönlicher Leistung mir so bewusst vor Augen treten. Ich habe große Hochachtung für diese Patienten, die sich für mich in einer Aussage von Friedrich von Bodelschwingh (aus der Suchtfibel) wieder findet. Ich habe ihn seit einigen Jahren (stark vergrößert) mit dem Einverständnis der Patienten in unserem BT - Raum aushängen. Mit ihm, und einem herzlichen Dankeschön an die Lesenden all dieser Seiten, möchte ich meine Graduierungsarbeit abschließen:

Wenn Du einem geretteten Trinker begegnest, dann begegnest Du einem Helden.
Es lauert in ihm schlafend der Todfeind. Er bleibt behaftet mit seiner Schwäche und setzt seinen Weg fort durch die Welt der Trinkunsitten, in einer Umgebung, die ihn nicht versteht, in einer Gesellschaft, die sich berechtigt hält, in jämmerlicher Unwissenheit auf ihn herabzuschauen, als auf einen Menschen zweiter Klasse, **weil er es wagt, gegen den Alkoholstrom zu schwimmen.**
Du sollst wissen: **Er ist ein Mensch erster Klasse!**

Friedrich von Bodelschwingh

10 Zusammenfassung

10.1 Meine Graduierungsarbeit wird zu meiner Schatzkiste

Die hier vorliegende und von mir erstellte Graduierungsarbeit dient nicht nur der Information, sondern beinhaltet zugleich einen Rückblick auf den Beginn und der Weiterentwicklung meiner Arbeitsweise.

In diesem Sinne ist sie mir Richtschnur, Reflexion auf ein Übungs- und Erfahrungsfeld, ermöglicht mir zunehmende persönliche und berufliche Sicherheit und Kompetenz

Die von mir aufgeführten verschiedenen Therapieansätze – und Techniken sind für mich Hinweis darauf und Bestätigung dessen, wie wichtig und sinnmachend die Anwendung verschiedener Vorgehensweisen / Interaktionen sind, wenn wir unter dem Aspekt der Ganzheit-

lichkeit (der Mensch als Körper- Seele- Geist- Wesen) für die uns anvertrauten Patienten / Menschen (und in deren Sinne) das Bestmögliche tun und erreichen wollen.

Unter Punkt 3 dieser Arbeit habe ich die für mich persönlich wichtigsten Hilfen für meine Berufsarbeit aus der Anfangszeit vorgestellt, sie finden also bei mir nicht nur in der Maltherapie Beachtung: Psychiatrischer -, Künstlerisch-kunstpädagogischer Ansatz, Heilpädagogischer -, Psychotherapeutischer -, Anthroposophischer -, Rezeptiver - und Integrativer Ansatz.

Mein Gefühl sagte mir, dass jeder dieser Ansätze in gewisser Weise für das Wohl des Patienten „förderlich sein könnte“, aber ich wusste es nicht sicher. Auch fehlten mir Anregungen für die Umsetzung der Ansätze in meiner praktischen Arbeit.

10.1.1 Maltherapie als Teilbereich der Integrativen Therapie

Als ich im März 2003 mit der Weiterbildung Sozialtherapie – Schwerpunkt Sucht, beim Fritz Perls Institut – Hückeswagen / Düsseldorf begann, begriff ich sehr schnell, dass ich mein „Handwerkszeug“ intuitiv (begründet aus meiner eigenen Erfahrung, die im Leibgedächtnis gespeichert und der Leib deshalb ein „informierter Leib“ ist) im Sinne der Integrativen Therapie ausgewählt hatte.

Sie versteht sich als multimodal und als Entwicklungstherapie, da sie ihre Behandlungsansätze an den Bedürfnissen der Patienten ausrichtet mit den für ihn passenden Behandlungsmodalitäten. Für die Anwendung der Integrativen Therapie gibt es spezielle Literatur (auf dem Fundament wissenschaftlicher Forschung und Ergebnisse), die in den verschiedensten Bereichen die therapeutische Arbeit unterstützen kann. Für mich sind die „neuen Kreativitätstherapien“ äußerst hilfreich. Sie sind leibbezogene Therapien, was ihre ganzheitliche Orientierung ausmacht. An dieser Stelle möchte ich zur nochmaligen Erinnerung kurz zusammengefasst, das mir Wichtigste aus der Integrativen Therapie anmerken:

- Transversalität und Integrationsprozess (Seite 30)
- Polyloge: Grundprinzip ist das Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum (Seite 31)
- Das Menschenbild in der Integrativen Therapie (Seite 32)
- Vom Bild des „Schöpferischen Menschen“ (Seite 33)
- Die Säulen der Identität (Seite 34)
- Die Vier Wege der Heilung und Förderung (Seite 35)
- Die Wirkfaktoren (Seite 37) und (Seite 41)
- Die therapeutische Beziehung 1 (Seite 37) und 2 (Seite 44)

Zur Entwicklungstherapie gehört im Besonderen das Konzept der dynamischen Regulation: „Regulationspotential, Regulationskompetenz und Regulationsperformanz.“ Der Regulationsprozess muss therapeutisch unterstützt werden. Im integrativen Ansatz werden die Prozesse dynamischer Regulation zwischen Systemen als Passung bezeichnet, die eine hinlänglich gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisation durch ‚transformative Konfigurierungen von Information‘ (Petzold et al. 1994, 528) ermöglichen und gewährleisten. Der Begriff dynamisch verweist auf ein permanentes Wechselspiel von Gleichgewichts- Ungleichgewichts- Zuständen, wie sie die Modelle nonlinearer Systemtheorien (dissipative Strukturen, Prigogine, Synergetik, Haken) beschrieben haben“ (Petzold 2000 h).

Nachdem die Maltherapie einen Teilbereich in der Integrativen Therapie ausmacht, ist auch hier das Wissen um das Konzept der dynamischen Regulation sehr hilfreich, denn daraus ergibt sich u. a.

10.1.2Sinn und Gewinn der Maltherapie für die Klienten

Anhand einiger meiner praktischen Beispiele im Punkt 7 (ab Seite 51) und etwas umfangreicher dann ab Punkt 9 (ab Seite 60) lässt sich dies recht gut vermitteln und nachvollziehen. Die mir wesentlichsten Kenntnisse (siehe oben 10.1.1) und die bestmögliche Umsetzung in adäquates therapeutisches Handeln bietet den Patienten für ihre Persönlichkeit: Unterstützung, Begleitung, Verstehen und Anerkennung (sein Anderssein), Förderung und Stärkung. Die Patienten gewinnen an Selbstachtung, Selbstwert, Selbständigkeit, Lebensmut und Sinn, Hoffnung und Zukunftsperspektiven. Somit ist bei optimaler Mitarbeit der Patienten (soweit

ihnen dies real möglich ist) und therapeutischer Zielerreichung **mindestens** mit einer Verbesserung der Lebensqualität zu rechnen.

10.2 „Grenzen“ des Machbaren

Bisher bildeten Theorie, praktische Arbeitsbeispiele und die Patienten den Schwerpunkt meiner Graduierungsarbeit. Zuletzt möchte ich mich jedoch für einen kurzen Moment den Therapeutinnen und Therapeuten zuwenden. Die Reflexion der eigenen Arbeit führt zu allerlei Anregung und Umgestaltung in der Therapietechnik, Überlegungen für Verbesserungen, usw. Am wenigsten richten wir vermutlich den Blick auf unser eigenes Wohlergehen weil wir zu sehr mit den Gedanken beschäftigt sind, wie wir das Unmögliche vielleicht doch noch verwirklichen können. In meiner fast fünfjährigen Tätigkeit in der Beschäftigungstherapie erkenne ich mehr und mehr, dass ich Grenzen setzen muss gegenüber den Forderungen der Einrichtung und den Patienten. Auch stoße ich selbst an eigene Grenzen meiner Leistungsfähigkeit, meines Wissens und Könnens, und der Belastbarkeit (durch verschiedenerelei Anlässe verursacht). Ich werde weiterhin mein Bestes geben, aber dabei auch an mich denken (kultivierter Altruismus). Schließlich kann ich auf diese Weise den Patienten mehr bieten und geben, als wenn ich ausgepowert (Burn-out) wäre. Um bei mir zu bleiben: durch angemessene Abgrenzung erhalte ich mir vieles selbst, was ich auch den Patienten vermitteln möchte, wie Arbeits- und Lebensfreude u. v. m. Den Patienten entziehe ich hiermit nicht die Chance für korrigierende Erfahrungen!

11 Anhang

11.1 Literaturangabe

- P. Baukus & J.Thies: Kunsttherapie (1997, Fischer-Verlag)
P. Fuchs: Ergotherapie im Suchtbereich (1996, Verlag-modernes lernen)
M. Feldenkrais: Das starke Selbst (1992, Suhrkamp-Verlag)
J. Jacobi: Vom Bilderreich der Seele (1992, Walter-Verlag)
Verena Kast: Vom Sinn der Angst (1996, Herder-Verlag)
W. Kramer: Die besten Beschäftigungstherapien für Senioren (2005, Forum für Gesundheitsmedizin)
Müller - Laakmann: Werken und Gestalten (2003, Bildungsverlag EINS)
Violet Oaklander: Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen (1994, Klett –Cotta - Verl.)
H. Petzold: Die neuen Keativitätstherapien, Band I & II (1990, Junfermann - Verlag)
H. Petzold: Integrative Therapie “BPS – Modell” (2001, Junfermann- Verlag)
H. Petzold / G. Brown: Gestaltpädagogik (1977, J. Pfeiffer - Verlag)
D. Rahm, u.a: Einführung in die Integrative Therapie (1999, Junfermann - Verlag,.
Herausgegeben von H. Petzold,)
R. Schneider: Die Suchtfibel (12. Auflage 1998)
U. Trenckmann u. T. Heinz: Alkohol und Depression -Doppelerkrankung (Trias-Verlag)
Fritz Riemann: Grundformen der Angst (1996, Ernst Reinhardt- Verlag)
F. Schulz von Thun: Miteinander reden, Band I-III (2003, Rowohlt-Verlag)
M. Titze u. C.T. Eschenröder: Therapeutischer Humor (2000, Fischer-Verlag)
B. Wardetzki: Ohrfeige für die Seele (2003, 5. Aufl., DTV – Verlag)
P. Watzlawick, u.a.: Menschliche Kommunikation (1974, Verlag- H. Huber)
P. Watzlawick: Die Möglichkeit des Andersseins (1977, Verlag- H. Huber)
W. Weber: Wege zum helfenden Gespräch (1974, Ernst Reinhardt-Verlag)

Sonstige Materialien

Deuter: Entspannungstherapie 🎵

Bert Dodson: Meisterschule „Zeichnen“ (1991, Augustus Verlag)

Joachim Heins: Kreativ Kurs – Malen mit Buntstiften (2002, Gerstäcker Verlag)

Intensivkurs Zeichnen – Techniken, Ausdruck, Formen und Strukturen, Projekte

E.Jacobson: Progressive Relaxation

Künstlerische Techniken spielend leicht – Lizenzausgabe für Gondron Verlag (1996)

(1993, Weltbild Verlag)

H. Petzold: Polyloge (EAG-FPI)

H. Petzold: „Die eigene Lebensgeschichte verstehen lernen (Radiokassette)

Bob Ross: 🎨 : The Joy Of Painting (Mal-Workshop)

Skripte aus der Weiterbildung (EAG-FPI)

K. Wecker: 🎵 : Musik zur Hinführung an ein Gruppenthema

Zettelkasten (EAG-FPI)