

- Studium der Musiktherapie in Heidelberg. Einführungsseminare. 11. – 12. 5. 1990 und 18. – 19. 5. 1990 in Heidelberg. Kontakt: 06221-49944-45
- Klang, Rhythmus, Trance — Selbsterfahrungswoche in Wald-Michelbach. Kontakt: Odenwald-Institut für Personale Pädagogik, Tromm 25, 6948 Wald-Michelbach
- Veranstaltungen des Fritz Perls Instituts, Brehmstr. 9, 4000 Düsseldorf 1, Tel.: 0221-622255 (Programm anfordern)
- Das Tor zum sprachlosen Raum. 30. 4. – 4. 5. 1990, Schweiz
- Methoden, Techniken in der Bewegungstherapie, 20. – 24. 5. 1990 in Hückeswagen/Beversee
- Herzenerfahrung. 25. 2. – 1. 3. 1990 in Hückeswagen/Beversee
- Chaos und Ordnung, 5. Internationaler Seminarkongress. 23. – 26. 5. 1990 in Merzig. Kontakt: LKH Merzig, Trierer Str. 148, Tel.: 06861-7080
- Tanztherapie — Einführung und Information. 5. – 6. 5. 1990, Österreich. Kontakt: Gesellschaft für Tanztherapie in Österreich, Im Hocheck 12-15, 4813 Altmünster
- Klang-Kunst-Kommunikation, Fachtagung zur Wirkungsweise der Musik in der Musiktherapie. 27. – 29. 4. 1990. Kontakt: DGMT, c/o Stephan Peter, Bahrenfelder Steindamm 2, 2000 Hamburg 50
- European Conference for Arts Therapies Educators, 5.–7. 10. 1990. Kontakt: Hertfordshire College of Art and Design, c/o Mrs. B. Hart, 7 Hatfield Road, St. Albans, Hertfordshire, AL1 3RS, Tel.: 07 27-4 55 44

Gesellschaft intern — Mitgliedsbeitrag, Telefonnummer

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, daß mit Beginn des Jahres 1990 die neuen Beitragssätze für Mitglieder der Gesellschaft gelten.

Wie auf der Jahrestagung 1989 in Salzburg beschlossen, beträgt der Jahresbeitrag 90 DM bzw. 80 Sfr., für Studenten 20 DM bzw. 18 Sfr.

Da sich unsere Gesellschaft zur Zeit ausschließlich über Mitgliedsbeiträge finanziert, wären wir für eine unverzügliche Überweisung auf eines unserer Konten dankbar.

Unsere neue Telefonnummer lautet: 0 62 21 - 56 - 86 65

Call for papers:

Die Redaktion bittet, die zur Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie eingereichten Artikel jeweils mit einer kurzen Autorenbeschreibung (Name, Tätigkeit, Adresse) zu versehen. Die Manuskripte sind außerdem mit einem deutschen und einem englischen Abstract einzureichen.

Einsendung an: Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie z. H. Herrn Stauder, Luisenlinik, Luisenstraße 9, D-6900 Heidelberg.

Kongress 1989 in Salzburg:

Es ist vorgesehen, wenn möglich, die Beiträge der Jahrestagung 1989 in Salzburg in einem Buch zusammenzufassen. Falls Sie Interesse an solch einem Kompendium haben sollten, bitten wir um Rückmeldung an unsere Heidelberger Adresse.

Neuerscheinungen

- Robbins A.: The Psychoaesthetic Experience, an approach to depth-oriented treatment. Human Science Press Inc. (New York, 1989), 300 S.
- Schattmayer K., H. Schrode, B. van Veen: Gestaltungstherapie in der Psychotherapeutischen Klinik e. V., Plankengasse 42, D-5000 Köln 1.
- Landgarten, H.: Klinische Kunsttherapie, ein umfassender Leitfaden, in: Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie, Urbanstraße 88, 7000 Stuttgart 1.
- Jentzsch K., Lehmann R., Wolters P.: Das Bild der Welt in der Welt der Bilder; XXVI INSEA-Weltkongress in Hamburg, Verlag und Bezugsadresse: BDK, Brehmstr. 1a, 3000 Hannover 1
- Sacks O.: Der Tag an dem mein Bein fortging. Rowohlt Verlag, (Hamburg, 1989)
- Timmermann, T.: Die Musen der Musik — Stimmig werden mit sich selbst. Kreuz Verlag (Zürich, 1989)
- Kleinmann A.: Rethinking Psychiatry, From Cultural Category to Personal Experience. The Free Press (New York)
- Günter M.: Gestaltungstherapie, Zur Geschichte des Malateliers in Psychiatrischen Kliniken. Verlag Hans Huber (1989)
- Shaikh, M. S., Psychodynamics of Atypical Children, Nigeria: A Case Study, E. S. M. A., (UK, 1987).

Impressum

KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE

Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie — International Association for Art, creativity and therapy (IAACT) — Association Internationale de l'Art-Thérapie — Associazione Internazionale per l'Espressione Artistica nella Terapia

unter Mitarbeit von:

S. Arasa/Barcelona, Cl. Bahne-Bahnson/Fresno-USA, E. Briener/Lugano, P. L. Eletti/Florenz, D. v. Engelhard/Lübeck, J. P. Fournier/Bordeaux, B. Fugger/Heidelberg, W. Jacob/Heidelberg, B. Luban-Plozza/Locarno, W. Pöldinger/Basel, E. Ringel/Wien, D. Ritschl/Heidelberg, A. Schmölz/Wien, Y. Tokuda/Tokyo-Japan, O. G. Wittgenstein/München

Sitz der Gesellschaft: Monte Verità, Ascona, Schweiz

Geschäftsstelle:

Heidelberg, Luisenlinik, Luisenstraße 9

D-6900 Heidelberg, Tel. 0 62 21 / 56 86 65

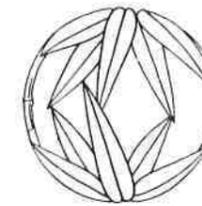
Konto: Deutsche Bank (BLZ 672 700 03) Kto.-Nr. 0344 499

Schweizerische Bankgesellschaft, CH-3186 Dürdingen,

Kto.-Nr. 250 831

Redaktion: W. Jacob, M. Erismann, K. B. v. Moreau, H. Stauder

ISSN 1012-0432



INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR ART, CREATIVITY AND THERAPY (IAACT)
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE L'ART-THERAPIE
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE PER L'ESPRESSIONE ARTISTICA NELLA TERAPIA

Mitteilungsblatt

10

April 1990

Editorial

Heidelberg, April 1990

Sehr verehrte Mitglieder und Freunde der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie!

Seit unserer letzten Jahrestagung in Salzburg haben sich im europäischen Raum ganz unerwartete und erfreuliche Veränderungen vollzogen, die auch für die zukünftigen Aufgaben und Ziele unserer Gesellschaft von erheblicher Tragweite sein werden. Aus der Öffnung Europas nach Osten werden sich neue Begegnungen und Berührungspunkte für die Mitglieder ergeben. Ebenso gespannt sind wir auf das Echo, das die Arbeit unserer Gesellschaft in den östlichen Ländern finden wird. Wir denken im Augenblick darüber nach, welche Kooperationsmöglichkeiten sich für die nächste Zukunft ergeben könnten. Zugleich liegt uns daran, die Aufgaben und Ziele, die sich unsere Gesellschaft von Anfang an gesetzt hat, weiter zu verfolgen.

Das Haupt-Thema der nächsten Jahrestagung in München wird lauten: „Kunst und Therapeutischer Prozeß“. Was bewirkt die Kunst, was bewirkt das künstlerische Tun im Menschen? Worin bestehen, wenn wir die Existenz sowohl des gesunden wie des kranken Menschen betrachten, therapeutische Wirkungen und therapeutisches Tun? Was haben Künstler, was hat die Medizin und was haben erfahrene Psychotherapeuten zu diesem Thema zu sagen?

Die Münchner Jahrestagung vorzubereiten erfordert nicht nur große Anstrengungen der organisatorischen Kräfte; es werden erstmals Therapeuten und Künstler gleichgewichtig und gleichrangig an der Gestaltung dieser Tagung beteiligt sein. Wie Sie dem Vorprogramm auf den letzten Seiten dieses Mitteilungsblattes entnehmen können, zeichnen sich wichtige und vielversprechende inhaltliche wie organisatorische Neuerungen ab, die wir — dem Beschluß der Salzburger Mitgliederversammlung folgend — ausprobieren wollen, um zu einem späteren Zeitpunkt prüfen zu können, was sich bewährt hat und was methodisch fortzusetzen sich lohnt. Auch bei diesen Bemühungen rechnen wir mit der aktiven Mitarbeit aller unserer Mitglieder, die — auch kritisch — etwas dazu zu sagen haben.

Die finanzielle Fortentwicklung unserer Gesellschaft liegt seit der Salzburger Tagung in den bewährten Händen unseres Schatzmeisters Herrn R. Glaser. Wir bitten auch Sie um Ihre Mitwirkung, wenn es darum geht, weitere geistige und materielle Kräfte zur Unterstützung unserer Arbeit zu gewinnen. Wir denken, daß vor allem die regionalen Tätigkeitsfelder der Gesellschaft gestärkt und aktiviert werden könnten.

Über die Münchner Jahrestagung erhalten Sie durch das Vorprogramm wichtige Anhaltspunkte, die durch weitere Mitteilungen zur Organisation der Tagung zu ergänzen sind. Im nächsten Mitteilungsblatt werden wir — wie üblich — das gesamte Tagungsprogramm rechtzeitig veröffentlichen.

Wolfgang Jacob

Vom Regen der Gesprächstherapie in die Traufe kreativer Therapieformen ?

Vortrag an der 4. Jahrestagung der Internat. Ges. f. Kunst, Gestaltung und Therapie, Basel, den 28. — 30.10.88

Ein Blick in die Baugrube

Nach Jahren kunsttherapeutischer Arbeit einzelner geht es heute darum, von der Zeitströmung begünstigt, Identität und Metatheorie des Wirkens in diesem Zwischenbereich von Kunst und Therapie zu entwickeln. Versuchen wir uns gleichsam am Bau eines Völkerbund-Palastes ?

Ich habe bisher von einzelnen Menschen gesprochen. In Artikeln zum Thema, welche ich in letzter Zeit gelesen habe, geht es zunehmend abstrakter um „Systeme“, um verbale Stereotype wie „die Kunst“, „die Therapie“. Hausgemeinschaften werden eingegangen; Künstler und Therapeuten lernen institutionalisiert unter einem Dach. Ausbildungsgänge in Kunsttherapie werden versucht. Dabei fällt mir einiges auf:

1. Von Systemen wird geredet wie von Menschen, welche eine Beziehung, ja eine Ehe eingehen wollen. K.-H. Menzen¹⁾ schreibt von „Kunst und Therapie in der Pflicht“; Th. Zacharias²⁾ spricht von Kunsttherapie als einem Therapie-System, welches einen „gemeinsamen Elternteil mit der Kunstpädagogik“ hat usw. Hier öffnet sich die dialektische Spalte: wir reflektieren unsere konkrete Arbeit mit abstrakten Begriffen einerseits und andererseits behandeln wir diese wie Personen. Dahinter stecken, so scheint es mir, die Konflikte zwischen den Künstlern und den Therapeuten, die interdisziplinär ausgelöste Identitätskrise, welche durch Reden auf einer abgehobenen Ebene abgewehrt werden. Latente Vorurteile und Infragestellung können auf beiden Seiten dazu führen, daß Selbst- und Identitätsgefühle aggressiv verstärkt werden gegen die Gefahr narzißtischer Bedrohung und Kränkung. Es geht uns allen an die Nieren! Berufsentwürfe werden hinterfragt. Es scheint auch gemeinsame Wurzeln dafür zu geben, daß jemand als Künstler oder als Therapeut durch die Welt geht. Individuelle Hintergründe gehen in die Auseinandersetzungen ein.

2. Im gemeinsamen Dialog, auf den ich erwartungsvoll vertraue, wandeln wir uns und unsere Vorstellungen darüber, was wir tun. Als Psychotherapeut fällt mir dabei auf, daß mir ein psychologisches Grundmodell, welches mit Begriffen arbeitet wie Trauma, Konflikt, strukturelles Defizit usw., wenig gefällt, weil dieses Modell alte Vorstellungen anzieht von Gesundheit und Ganzheit, von Funktionalität im Sinne der Maschine, heute des Computers, und ungewollt den Bildnerieen und damit ihren Schöpfern die ursprünglich eigene, existenzielle Realität und Subjektivität in Frage stellt und sie durch das Etikett „zustandsgebunden“ einem ideologisch-politischen Mißbrauch anheimstellt. Auch die theoretische These, daß der Gestaltungsprozeß wichtiger sei als das Produkt, mag in gewissen Konstellationen stimmen, in anderen wird sie zum Ursprung von Manipulation.

3. Im interdisziplinären Dialog sind, so denke ich, Fragen wie „Bist du ein Künstler? Ein Therapeut?“ — leise schwingt mit „Wie hältst du's mit der Religion?“ (Faust I) — wenig fruchtbar, weil sie den Austausch hemmen. Diese Fragen sind Ausdruck der bilateralen Angst um den eigenen Garten. Wir „wissen“ aber genau, wie der andere Garten aussehen müßte! Damit sind wir wieder bei den „Szenen einer Ehe“ angelangt. Eine andere Metapher dafür ist mein ironischer Dialog zur „Einweihung eines Kochkünstlers“. Vielleicht wird unser „Völkerbund-Palast“ nie bezogen werden. (Immerhin: die Uno hat heute auch ein Gebäude.)

Ich frage weiter, eine Formulierung von P. Petersen³⁾ benützend, mag das zusammengehen:

Der Therapeut als Künstler, der Künstler als Therapeut ?

Zwei Welten, um nicht zu sagen zwei Ideologien, begegnen sich, wie sie uns — diese Metapher mag vielen nicht gefallen — als Narziß und Goldmund bei Hermann Hesse⁴⁾ begegnen. Goldmund zieht voll sinnlicher Neugier, in reiferen Jahren als Künstler durch die Welt, welche der Mönch Narziß vor allem erkennen und verstehen will. Ihre Freundschaft, bewegt von einem eigenen Anteil, der im Anderen Gestalt geworden ist, läßt sie bald zueinander, bald auseinander streben. Sie ist genährt von Zärtlichkeit und Neugier und hat einen helfenden, pflegenden Zug, den wir, im alltäglichen Sinne, als therapeutisch bezeichnen können. Dies leuchtet am Ende des Romanes wieder auf, als der sterbensranke Goldmund zu Narziß sagt:

„Aber, wie willst denn du einmal sterben, Narziß, wenn du doch keine Mutter hast? Ohne Mutter kann man nicht lieben. Ohne Mutter kann man nicht sterben.“ Was er später noch murmelte, war nicht mehr verständlich. Die beiden letzten Tage saß Narziß an seinem Bett, Tag und Nacht, und sah zu, wie er erlosch. Goldmunds letzte Worte brannten in seinem Herzen wie Feuer.“

Der Roman endet dort, wo der Dialog ausklingt und die Wandlung für beide beginnt. Der Künstler Goldmund löst sich von Kreaturen und Bildern, welche ihm Lebenssinn waren. Sich vollendend gelingt ihm im Tode die Abstraktion, die Spiegelung des Narziß.

Im Herzen von Narziß brennt es wie Feuer. Leidenschaftliche Trauer könnte sich entfachen, damit er sich der Erde wieder zuwenden und sterben kann. Der Künstler erlöst sich durch eigene Spiegelung, durch gedankliche Transzendenz; der narzißtische Denker erlöst sich ins Chaos des Erlebens. Apollon und Dionysos reichen sich die Hände.

Die Wandlung geschieht im Herzen, am Ort der Mitte, der Vermittlung, wo Gefühl und Wort, Bild und Bedeutung sich gleichsam ins Auge schauen und den Durchblick öffnen. Hier ist die philosophische Haltung zu Hause, welche fühlt, daß nichts gewiß ist und weiß, daß uns das sicher macht, was wir im Herzen fühlen, um danach zu handeln. In der Mitte verbinden sich menschliches Denken, Fühlen und Handeln. Hier ist der Ort, wo Pädagogik und Therapie wirksam werden. Fritz Perls, der Schöpfer der Gestalt-Therapie, spricht vom „Engpaß“, wo gleichsam in vulkanischer Tiefe die Kräfte explodieren und sich zu neuen Formen wandeln.

Künstlerische Aesthetik und wissenschaftliche Rationalität bedingen sich unentwegt. Auch im berühmten Traume von Descartes lag das „liber poetarum“ neben dem „liber vocabularum“ auf dem Tisch. Obwohl sie unvereinbar scheinen, vermitteln sie, wie Hermann Hesse auch anklingen läßt, gegenseitige Wandlung und Integration.

Das „kreative System“

Ich spreche in diesem Zusammenhang vom „kreativen System“^{5/II)} des Menschen, von jenen zusammenwirkenden Kräften, welche jede Lebensäußerung, jede Gestaltung hervorbringen. Sie organisieren unsere individuelle und soziale Reifung als ein auf Gegenseitigkeit bezogenes Handeln und Sprechen, als erlebendes Be-greifen und kommunikatives Be-zeichnen.

In psychologischem Sinne meine ich das Zusammenwirken von gefühlsmäßigen, strukturierend-logischen und semantischen Prozessen, welche sich sequentiell integrieren und differenzie-

ren. Sie bauen auf das, was wir Persönlichkeit nennen. [Ich ziehe den Ausdruck „Person“ vor, weil das Zusammenklängen eines Ganzen (personare) aufleuchtet.]

Aus dieser Sicht ist für mich jede Lebensäußerung des Menschen eine Gestaltung, welche sowohl eine operationelle und eine semantische Dimension, als auch Eigendynamik, Bewegung, Emotion aufweist.

Die künstlerischen Gestaltungen, welche sich nach Th. Zacharias aus schöpferischer Freiheit und Selbstbestimmung entfalten und eine eigenständige, sinnlich lustvolle Erkenntnisform darstellen, wachsen für mich genauso aus diesen Gestaltungsprozessen hervor wie wissenschaftliche Konzepte oder Systeme. Wenn ich auch die dialektische Spannung zwischen der autonomen Subjektivität, wie sie die postmoderne Kunst prägt, und der Objektivierungstendenz etwa von Schulsystemen spüre, würde ich doch nicht von unvereinbarer Paradoxie sprechen. Dazu ein Beispiel: Die Ausbildungsmodelle für angehende Psychotherapeuten kämpfen mit der gleichen polaren Spannung: Im Zentrum steht die Person des angehenden Psychotherapeuten, welcher einerseits seine therapeutische Individualität entfalten und andererseits die Kunstregeln, etwa der Psychoanalyse, erlernen soll. Seine Persönlichkeit und die tradierte Metapsychologie treten dabei in einen wechselseitigen Prozeß, aus dem unter günstigen Umständen eine Transformation beider entsteht.

Wenn ich Herrn Professor Zacharias⁶⁾ recht verstanden habe, zeichnet er in künstlerischer Freiheit ein Zerrbild der im Heilwesen tätigen Satyrn und Sirenen. Meine Eindrücke sind moderater. Die Kollegen und Kolleginnen stecken zwar in den Zwängen und Entfremdungen eines wissenschaftlich organisierten und technisierten Ablaufes, treten aber als Menschen Mitmenschen gegenüber. Stereotype wie „Apparatemedizin“, „Heilfabriken“ sind nicht nur verbraucht, sondern können auch dazu mißbraucht werden, das Heilwesen, das beileibe nicht heil ist, zum Sündenbock für andere Frustrationen zu machen.

Mythologisch gesprochen, Apollon ist nicht nur Schirmherr der Künste, sondern auch des Heilwesens. (Sein Sohn ist Asklepios!) Subjektivität, sinnliches Erkennen und Gestalten sind ursprünglich beiden eigen. Kunst gestaltet durch „symbolisches Handeln“, wie Th. Zacharias sagt, die Medizin, aus meiner Sicht, durch Therapie, welche kein bloßes „System zur Behandlung von Krankheiten durch gezielte Maßnahmen“ und keine Behandlung mittels apparativer Roboter, sondern zuallererst eine mitmenschliche Beziehung sein müßte, aus welcher sich in gegenseitigem Recht und Verantwortung der Heilungsprozeß gestaltet. Der Therapeut stellt Mitgefühl, Wissen und Können in den Dienst des Kranken, welcher seinerseits den therapeutischen Begleiter die Leidens- und Heilungsgeschichte miterleben läßt.

In besonderer Weise sind im psychotherapeutischen Prozeß menschliche Beziehung, autonomer symbolischer Gestaltungsprozeß und die daraus entstehende besondere Kommunikationsweise zentral. Dabei spielen die auch für künstlerisches Gestalten wesentlichen Voraussetzungen wie Offenheit, Zweckfreiheit, Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Den Kunstregeln, den „Landkarten“, wie Morgenthaler⁷⁾ sagt, kommt nur dann eine beratende Bedeutung zu, wenn sich der Weg nicht findet.

Aus der Sicht der gestaltenden Psychotherapie sind Gestaltungsprozesse — sei es die Konstellation eines Therapieabschnittes, seien es Phantasien, Tagträume, seien es bildnerische Gestaltungen oder leibseelische Ausdrucksprozesse in der Körperarbeit — nicht Media, sondern Lebensphänomene an sich, denen bei der nötigen Differenzierung und Komplexität auch künstlerischer Wert zukommen kann.

Meine Überlegungen gehen in jene Richtung, welche K.H. Menzen aufzeigt, wenn er davon spricht, daß sich künstlerisches Selbstverständnis mehr auf das Alltägliche beziehen und menschliches Werden und Leiden konkretisieren könnte. Verliert das künstlerische Element aber im Raume therapeutischer Prozesse damit nicht genau jene existenzielle Freiheit, welche sein mithin auch therapeutisches Wirken ausmacht? Geraten wir

Vom Regen in die Traufe?

Wir Kunsttherapeuten erwarten, daß die Ästhetik, welche, ich zitiere Adorno⁸⁾, „zum Nekrolog der Kunst“ werden könnte, heile. Es gibt Künstler, die befürchten, daß die Kunsttherapie an diesem Nekrolog mitschreibt. Andererseits fürchten Psychotherapeuten, die kunsttherapeutische Bewegung könnte die Tradition psychotherapeutischer Heilkunst zu Grabe tragen. Lassen Sie mich abschließend von eigenen Erfahrungen und Vorurteilen reden.

Ich habe von Kunsttherapeuten oft den Hinweis gehört: ich bin Künstler, nicht Psychiater oder Psychologe, und das in einem Tonfall, als ob sie auf eine unbescholtene Herkunft hinweisen würden. Etwas Elitäres, vielleicht auch, wie Bazon Brock⁹⁾ sagen würde, etwas „Erzwungen-Unmittelbares“, was Heilen-Können anbelangt, liegt in der Luft. Nicht weniger elitär geben sich Psychiater oder Psychologen, wenn sie mit Gestaltungsprozessen umgehen, als könnte man das im Schlaf.

Auf den wunden Punkt gebracht: therapeutisch Tätige, welche ursprünglich von einer künstlerischen Tradition und Bildung her kommen, haben es oft schwer, das ungeübte bildnerische Gestalten des Klienten anzunehmen und es nicht offen oder versteckt, aus eigenem Form- und Gestaltungsdrange heraus zu werten; sie haben es oft schwer, das gestalterische Produkt im Flusse eines Entwicklungsprozesses zu sehen, welcher auch der Sprache bedarf. Bei der symbolischen Konkretisierung im Laufe eines therapeutischen Prozesses sind Hilfe und Not auch für den Kunsttherapeuten nahe beieinander, wenn er glaubt, daß das für ihn Faßbare unmittelbar auch vom Klienten erfaßt werden könnte. Es besteht die Gefahr, daß Gestaltungen als kultähnliche Figurationen genommen werden, welche wortlos alles in numinoser Weise in sich hätten, um die erhoffte Veränderung und Reifung auszulösen. Es kann für den Kunsttherapeuten enttäuschend sein, daß für diese Reifung im anderen Menschen der Beziehungsprozeß gerade dort, wo er die Gestaltungen, die bildhaften Modelle hinter sich läßt, am wirksamsten sein mag, daß erst dort ein Durchbruch gelingen kann, wo der Klient sich und das Andere auch benennen kann und der Unbenennbarkeit entrinnt. Hier beginnt bewußte Lebensgestaltung.

Kunsttherapeuten, welche von der psychiatrischen oder psychologischen Psychotherapie her kommen, laufen oft Gefahr, daß sie die mittels bildnerischer Gestaltung erreichte Öffnung im Prozeß vorzeitig verengen, indem sie alles „Unvorhersehbare“, wie P. Rech¹⁰⁾ es nennt, sprachlich vorwegnehmen. Hier beginnt die deutende, interpretierende Künstelei. Damit wird die Chance gestaltender Therapie, welche, — ich zitiere nochmals Rech¹¹⁾ im „unvermittelbaren Aspekt des Gegenüber“ liegt, durch Deutungszauber des Therapeuten vertan.

Ausblick

Meine Hoffnung, was künftige Entwicklung der Kunsttherapie anbelangt, geht dahin, daß Künstler und Therapeuten gestaltend und sprechend voneinander lernen. Dabei schwingt, wie auch bei unseren Klienten, immer auch das unbewußte Dritte, die ganz andere Möglichkeit mit, der wir uns nicht verschließen sollten. K. H. Menzen¹²⁾ weist auf diese Gefahr hin, wenn er von der „erkenntnismäßigen Verkürzung“ redet, an der auch Kunsttherapeuten mitwirken, wenn „bewußtseinsmäßig Erleb-

tes zur ausschließlichen Erfahrungsgrundlage wird“.

C. G. Jung¹³⁾ spricht es im Schlußkapitel von „Psychologie und Alchemie“ auf folgende Weise an:

„Nicht vergebens bezeichnet sich die Alchemie als „Kunst“, im richtigen Gefühl, daß es sich um Gestaltungsvorgänge handelt, die nur im Erleben wirklich erfaßt, intellektuell aber nur bezeichnet werden können!“

Damit aber das „Erlebnis . . . in die Nähe des Verstehens führt“, haben die Alchemisten auf dem Studium ihrer Bücher beharrt. Das heißt für unser Anliegen: Um uns nicht um die Bereicherung durch Kunsttherapie zu bringen, dürfen wir das Anliegen der Tiefenpsychologie, unbewußt Wirksames zu suchen und zu benennen, nicht aufgeben. Es wird uns sonst in destruktiver Weise wieder einholen. Wir könnten vom Regen in die Traufe kommen.

Adresse des Autors: Dr. med Gottfried Waser, Gestaltender Psychotherapeut, Rümelinbachweg 20, CH-4054 Basel

Quellenangaben:

1) K. H. Menzen:

„Vom Umgang mit der Kunst in der Therapie“ in: Mitteilungsblatt Nr. 7 der IGKGT, Oktober 1988

2) Th. Zacharias:

„Kunstpädagogik-Kunsttherapie“, Eröffnungsvortrag an der 4. Jahrestagung der IGKGT, am 28.10.88 in Basel, Sonderdruck der IGKGT 1989.

3) P. Petersen:

„Der Therapeut als Künstler“, Junfermann-Verlag, Paderborn, 1987

4) H. Hesse:

„Narziß und Goldmund“, Suhrkamp Taschenbuch, 1980

5) G. Waser:

I) „Psychotherapeutische Aspekte der Gestaltenden Psychotherapie“, „Bild und Affektivität“ in: „Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie“, Herausgeber K. Matthies, Uni-Presse Bremen, 1988

II) „Gesundheit und Krankheit in der Kunst“, R. Drievers (Hrsg.), Verlag Blaue Eule, Essen, 1989

6) s. o.

7) F. Morgenthaler:

„Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis“, Syndikat, 1978

8) Th. W. Adorno:

„Ästhetische Theorie“, Suhrkamp Taschenbuch, 1974

9) B. Brock

„Ästhetik gegen erzwungene Unmittelbarkeit“, DuMont, 1986.

10) Zitate von P. Rech und K. H. Menzen sind den Abstracts der 4. Jahrestagung in Basel entnommen.

11) s. o.

12) s. o.

13) C. G. Jung:

„Psychologie und Alchemie“, Walter-Verlag, Freiburg i. Br., 1975

Umgang mit Destruktivität

Zur Funktion des „Dritten“ in der therapeutischen Beziehung: Chance musiktherapeutischer Be-Handlung.

Generelle Aspekte zur Destruktivität

Destruktion schließt im Gegensatz zur Aggression Zerstörungswille und Vernichtungsimpulse ein. Freud definierte den Destruktionstrieb als Todestrieb mit dem Ziel der Zerstörung des anderen oder der Selbstzerstörung (FRÖHLICH 1987). Viele Autoren sehen Destruktivität als Folge sehr schwerer Versagungen, Kränkungen und Demütigungen, sowie besonders hilflos machender Abhängigkeit (KAST 1987; ELHARDT 1974; DÖRNER u. PLOG 1987). Destruktivität ist demnach eng gekoppelt mit Ohnmachts- und Entwertungsgefühlen. „Töten ist die radikalste und endgültigste Art des Menschen, seine Ausweglosigkeit auszudrücken, sein Lebensproblem zu lösen. Sich oder den Anderen zu töten, ist zugleich grundsätzlich eine der Lösungsmöglichkeiten jeder Krise“ (DÖRNER u. PLOG 1987, S. 326).

Als Hauptauslöser für Krisen sieht V. KAST Verluste jeder Art (KAST 1987, S. 101). Die eigene Ohnmacht gegenüber einem mächtigeren Schicksal wird in Verlusterlebnissen auf bedrohlich reale Weise spürbar. „Auch der Verlust der Gesundheit ist eine Verlustkrise, die uns tief erschüttert, uns aus dem normalen Gang unsres Lebens abrupt herausreißt“ (KAST 1987, S. 125). Krankheiten, die zu lebenslanger körperlicher und/oder geistiger Einschränkung führen, bedeuten den Verlust des gesamten bisherigen Lebensstiles einschließlich des persönlichen Lebensentwurfes (JOCHIMS 1990). Eine Vielzahl neurologischer Erkrankungen, wie z. B. Schädel-Hirn-Trauma nach Verkehrsunfall, Zustand nach Reanimation, nach schwerer Virusencephalitis oder auch nach Schlaganfall sind ein Beispiel dafür (PROSIEGEL 1988).

Welch seelische Belastung trifft den Menschen, der von einer Sekunde auf die nächste, ohne Zeit zu innerer Vorbereitung, nicht mehr laufen, nicht mehr die Hände einsetzen, nicht mehr die Ausscheidungsfunktionen regulieren kann, u. U. darüber hinaus örtliche, zeitliche und persönliche Zusammenhänge nicht mehr verstehen kann . . . kurz: der von einem unabhängigen Leben eines Erwachsenen zurückgeworfen wird in die völlige Hilflosigkeit eines Kindes, verbunden mit der erniedrigenden Demütigung durch Windeln, Rollstuhl, „Depp“ sein und dergleichen mehr. Autonomieverlust bewirkt Ohnmachts- und Entwertungsgefühle, ein idealer Nährboden für Destruktivität. „Ein lebensunwerter Klotz am Bein, Krüppel, Wrack, Ballastexistenz inmitten einer immer wieder entgleitenden Welt erniedrigend-mitleidigen Lächelns, das ich am liebsten zerstören möchte“ (DÖRNER u. PLOG 1987, S. 347).

Der Verlust der eigenen körperlichen Unversehrtheit bedeutet zugleich auch den Verlust des Selbstwertgefühls, der verstümmelte Körper wird als Kränkung und Demütigung erlebt. Neurologische Erkrankungen provozieren mithin geradezu die Auslösung destruktiver Impulse, weil in der Person des Erkrankten alle die gefühlsmäßigen Anteile belebt werden, die zur Entstehung von Destruktivität beitragen. Die ohne eigenes Zutun vom „Schicksal“ bewirkte Zerstörung des Körper- und/oder Geist-Selbst wird mit dem Wunsch zur Zerstörung der — zu Unrecht, wie es empfunden wird — noch Gesunden beantwortet. Rache zu nehmen für die erlittene Demütigung und die zerstörte Zukunft, mag der entscheidende Impuls sein.

Destruktive Impulse im Durchgangssyndrom

„Der Mensch, der so ganz und gar von der Krise ergriffen ist, fühlt sich von panischer Angst erfaßt, weiß keine Auswege mehr, ist in seinem Problem, in seinem Problemlösen außergewöhnlich eingeschränkt. Der Mensch in einer solchen Situation fühlt sich ganz und gar hilflos, . . . Oft wird das Bild gebraucht: Ich fühle mich wie in einem dunklen Schlauch, ich sehe nirgends einen Ausweg. Und dieses Erleben der Krise ist von panischer Angst begleitet“ (KAST 1987, S. 18). Wenn die Angst, wie in diesem Beispiel, noch erlebbar, d. h. bewußt zugänglich ist, kann die „Anleitung zur Angstbewältigung“ (KAST 1987, S. 19) erfolgen. Ist die Angst aber abgespalten, bzw. dem Bewußtsein und dem bewußten Erleben nicht zugänglich, kann sie leicht in destruktive Impulse umschlagen (vgl. DÖRNER u. PLOG 1987). In diesem Zustand der Bewußtseinseinschränkung befinden sich generell Patienten im Durchgangssyndrom. Ihre Desorientiertheit muß in ihnen Angst und Unsicherheit auslösen, was in ungebremste aggressive Impulse umschlagen kann, da diese Gefühle dem Bewußtsein nicht zugänglich sind. Hirnerkrankung kann die Tötungshemmung abbauen (vgl. DÖRNER u. PLOG 1987, S. 327). Es ist sehr schwer sich vorzustellen, welche Auswirkungen eine Hirnerkrankung auf die Gesamtpersönlichkeit hat. DÖRNER und PLOG versuchen es folgendermaßen: „Ich spüre irgendwie, wie ich in einem Strudel weggerissen werde, weg von jedem Stand und Halt. Das macht Angst. Aber die Angst und Bedrohung sitzt so tief körperlich und ist so umgreifend, daß ich sie kaum als abgehobenes seelisches Gefühl ausdrücken oder auch nur sagen kann „ich habe Angst“. Vielmehr ist die Angst ein totales biologisches Alarmsignal. Nicht ich drücke sie aus, schon dazu fehlt mir die Verfügungsmacht. Die Angst drückt sich selbst aus. Weniger ich handle, sondern ich werde auf einer biologisch älteren Ebene von äußeren und inneren Reizen gehandelt, gesteuert“ (DÖRNER u. PLOG 1987, S. 353). Das Symptom der Bewußtseinseinschränkung sowie z. B. auch das Symptom von sonst schamkontrollierten Triebanteilen „ist zugleich Ausdruck des Krankmachenden bzw. Kränkenden, Versuch der Problemlösung und Selbsthilfe, sowie Angstabwehr mit der Gefahr, darin umzukommen“ (DÖRNER u. PLOG 1987, S. 353).

Mich erinnert der Zustand dieser Menschen, ihre Art von Da-Sein an das Reich der Kinder, deren bewußte Wahrnehmung ihres Selbst erst lange nach der Geburt einsetzt. Kinder reagieren spontan, zeigen Angst, Wut, Zerstörungslust und Trauer ungemindert und unkontrolliert. Sie sind sozusagen personifizierte Gefühle, nicht ahnend, daß ihre Tränen Trauer bedeuten und ihre Zerstörungslust Haß. Sie leben die Gefühle, ohne sie reflektierend benennen zu können.

In einem wesentlichen Punkt allerdings unterscheiden sich wiederum die erwachsenen Patienten im Durchgangssyndrom von Kindern: sie haben eine Vergangenheit, in der sie ihre Gefühle kontrollieren und reflektieren, ihr Verhalten an die äußeren Gegebenheiten anpassen konnten. Die Erwartungen der Umwelt an ihr weiterhin adäquates Verhalten — weil sie ja Erwachsene sind — bleibt bestehen. Sie selbst werden umso verwirrter, je mehr ihr Verhalten von diesen Erwartungen differiert, je mehr sie sich selbst nicht mehr verstehen, weil sie so anders sind als früher. Ihre Wachheit ist groß genug, um die Diskrepanz zwischen heute und früher zu fühlen, sie ist aber nicht groß genug, um zu verstehen, was sich ereignet hat. Dieses Ahnen des Andersseins unterscheidet sie von den Kindern und beschwert ihre Seele. Im Durchgangssyndrom ist man der Angst vehement ausgeliefert, ihre Integration wird durch die Unfähigkeit zur Reflexion verhindert (vgl. PROSIEGEL 1988, S. 64).

„eingeklemmt“

Ich will von Frau F. erzählen, einer jungen, verheirateten Frau und Mutter, die an Virusencephalitis erkrankte. Im ausklingenden Durchgangssyndrom zeigte sie desintegrierte aggressive Ausbrüche, die „teilweise inadäquat“ (so der Arztbericht) erschienen. Davon war vor allem der Ehemann betroffen, der immer dann von ihr tätlich angegriffen wurde, wenn sie sich in der Aufwachphase befand. Tagüber war ihr Verhalten unauffällig. Nachts wachte sie häufiger auf und schlug in solchen Momenten ihren Mann mit großer Kraft und versuchte gar, ihn zu erwürgen. Er war sowohl physisch als auch emotional sehr betroffen von ihren Angriffen. Weder hatte er genügend Kraft, sie abzuschütteln, noch genügend innere Distanz, ihre Angriffe nicht persönlich zu nehmen. Der Psychiater wurde konsultiert und empfahl Psychopharmaka. Der Chefarzt dagegen wollte es vorher noch mit Musiktherapie versuchen . . .

Mein optischer Eindruck zu Beginn der ersten Stunde: „Sie sitzt wie ein verschämtes kleines Kind vor mir, die Arme eng an den Körper gepreßt, die Stimme ganz leise, sehr hoch, verhaucht, kraftlos, ein piepsiges Stimmchen. Sie wirkt zaghaft, unsicher, keinen Raum einnehmend mit ihrer Gestalt. Wie ein gut erzogenes Kind wartet sie auf meine Anweisungen, brav, bescheiden, gehorsam. Ihr Körper scheint statisch, schwingungslos, zurückgenommen.“ Das ist ihre eine Seite — kaum vorstellbar die Angst, die sie ihrem Mann einflößte . . . Wie anders dagegen ihr Spiel in der ersten Stunde: sie hetzte von Instrument zu Instrument, suchte überall bekannte Lieder wie „Alle meine Entchen . . .“. Offenbar war Vertrautes vonnöten, Sicherheit und Halt ersehnt. Als es nach Leier- und Klavierspiel an der Bongo durch rastlose tremoloartige Bewegungen aus ihr lauter und grollender hervorbrach, hörte sie abrupt auf. „Das Laute macht Angst“ hauchte sie. — „Zum ersten Mal erlebt sie das Gefühl der Angst bewußt“, übersetzte ich für mich. — Ich hatte in diesem Moment des Angstdurchbruchs als Spielpartner nicht das haltende, tragende Element verkörpert. Meine Konga zu ihrem Bongospiel gab kaum stützende Klänge her, nur unberührbaren, singulären Ton, schwingungslos und trocken im Klang, ohne Verschmelzungsmöglichkeit. Das mußte für sie eher als Anstoß denn als Halt geklungen haben. Zur Reduzierung ihrer Angst waren andere Klangangebote meinerseits nötig, zum bewußten Erleben ihres sie beherrschenden Gefühls war es jedoch richtig so: das Nicht-Gehalten-Werden, das Bodenlose, brachte

die Angst ins Bewußtsein hoch. Erst meine später angebotenen pedalisierten, harmonisch stützenden Klavierklänge ermöglichten ihr dann ein ruhig-sanftes Versunkensein und In-Sich-Hin-einlauschen.

Ihr Weg in der ersten Stunde von der Leier über das Klavier zur Bongo und zurück zur Leier am Ende der Stunde war wie ein gelebtes „Aus-Sich-Herauskommen“ und „Wieder-Zurücknehmen“. Auf dem Höhepunkt des crescendos kam Verwirrung auf, Angst vor dem, was sich da entäußern wollte. Im Alltagsumgang war Frau F. zurückgenommen, ihre aggressiven Ausbrüche fanden nur in Halbschlafphasen statt. Nun konnte sie bei völliger Wachheit im klanglichen Gestalten mit diesen für sie sonst unerreichbaren Gefühlen in Verbindung kommen.

Nach dieser ersten Stunde bereits schlief Frau F. die Nächte durch, aggressive Ausbrüche gegen ihren Mann kamen nicht mehr vor. Es wäre sicherlich vermessen, diesen Erfolg einzig auf die Musiktherapie zurückzuführen. Immer ist es ein multikausales Geschehen, das Veränderung ermöglicht. Aber das Kanalisieren, das Entäußern im Wachzustand, das symbolische Verarbeiten durch die Gestaltung der Gefühle im konkret-klanglichen Ausdruck hat sicherlich eine entlastende, katharsis-ähnliche Funktion, die in diesem Fall ausreichte, die zum Krankheitsbild gehörende „Verhaltensstörung“ zu korrigieren.

Die Angst war damit jedoch noch lange nicht überwunden, sie war nur mehr ins Bewußtsein gerückt und mußte nicht mehr abgewehrt werden. In der dritten Stunde wiederholte sich das Klavier-Gegrolle aus der ersten Stunde. Es wurde jedoch immer lauter — sie hatte sich die tiefere Hälfte des Klavieres gewählt, ich spielte auf der hohen Seite — und schwoll bedrohlich an, besonders, als ich etwas Ruhiges einflocht bzw. dagegenzusetzen versuchte. Nach solchen Momenten jagten wir uns gegenseitig über die Tasten, ein wildes, chaotisches Spiel, das von ihr angetrieben wurde. Ihre Angst vor der Lautstärke hatte offenbar abgenommen, sie eilte als nächstes zur Gongwand! Ich versuchte noch einmal ein ruhiges, langsam fließendes Thema dagegenzusetzen. Sie aber brachte mit schnellen Bewegungen die Instrumente zum Zittern, zögerte nicht vor ihrer anschwellenden Gewalt, sprang über zur Gong-Drum, setzte auch die in machtvoll vibrierende Bewegung . . . Ein abruptes Ende ließ die Grenze ihrer Belastbarkeit ahnen.

Mich brauchte Frau F. vor allem als Hinhör-Partnerin, als Hörende, die standhalten konnte. Was ich zu sagen hätte, war noch nicht wichtig. Nur eines war wichtig: ihr nicht das Gefühl ausreden durch die so geläufigen Worte: „Du brauchst keine Angst zu haben, es wird schon wieder alles gut . . .“ Musikalisch übersetzt wären das etwa sanfte, weiche, ruhige Klänge und Melodien vielleicht im 6/8 Takt z. B. Sie zu beruhigen, würde bedeuten, ihr Gefühl nicht ernst zu nehmen. Sie wollte in ihrer Angst angenommen werden. Darum schob sie auch alle zunächst gut gemeinten beruhigenden Angebote meinerseits im musikalischen Kontext beiseite, setzte ihre Angst dagegen. Ihr Innenleben zu entäußern, sich von quälenden, bedrückenden Gefühlen zu befreien, ohne Gefahr zu laufen, für irr, weil hirnlädiert gehalten zu werden, das war ihr Anliegen. Ihr Spiel hatte fast durchweg sehr hohen Mitteilungscharakter, war aber kaum auf meines bezogen. Ich hatte schlicht „da“ zu sein und in meiner Musik ihrer Angst zu begegnen, sie anzunehmen. Durch das bewußte Wahrnehmen im hörbaren Gestaltungsprozeß konnte sie dann ihre Gefühle besser integrieren und damit steuern.

In der 8. Stunde rückte das Lied „Alle meine Entchen . . .“ in den Mittelpunkt. Nachdem wir eine Zeit lang mit ihm in verschiedenen musikalischen Ausdrucksqualitäten gearbeitet hatten, fragte ich sie, was dieses Lied für sie bedeute. Erinnerungen kamen hoch: „Die Schule war schön, die letzte Klasse war nicht schön. Die Kindheit dagegen sehr schön. Die Schneiderlehre

nicht schön, sehr streng.“ Dann erinnerte sie sich an Träume der letzten Nächte: sie träume jetzt häufig von ihrer Lehrzeit, ihre Lehrherrin sei so streng gewesen. Auf meine Frage, wie sich denn die Strenge der Lehrherrin für sie angefühlt habe, antwortete sie ganz verhaucht: „Ich war ganz eingeklemmt!“ Ich bat sie, dieses Gefühl zu spielen. Sie wählte dafür die Sopranflöte, ich das Klavier. Viele kleine, in sich geschlossene, im Bewegungsraum eng gehaltene Spielimpulse in schriller Überblas-technik gaben beredtes Zeugnis ihrer derzeitigen Gefühlslage (ihre maximale Bewegungsamplitude war ein Ganzton). Durch weitgriffige, lang ausgehaltene Akkorde im Baß versuchte ich Halt im Untergrund zu geben, der im Durchgangssyndrom symptomatischen „Bodenlosigkeit“ etwas entgegenzusetzen. Ihre aus Beengtheit resultierende Angst spiegelte ich gleichzeitig im Diskantbereich. So hoffte ich, sie könne die Angst als zu sich gehörig wahrnehmen, ohne den Halt verlieren zu müssen. Diese Gefühle hatte sie vorher abgespalten. Jetzt kamen sie durch den handelnden Umgang mit einem Material, das Erinnerungen hochbrachte und an das Unbewußte rührte, zurück in ihr Bewußtsein. Der erste Schritt zur Integration war getan.

Aus abgewehrter Angst kann Destruktivität entstehen, wie dieses Fallbeispiel gezeigt hat. Durch die Arbeit mit und an der Angst wurde es möglich, die destruktiven Impulse abzubauen. Die Symptome eines Durchgangssyndroms lassen eine rein reflektierende Therapiemethode nicht zu (vgl. SCHLÖSSER 1988). Es bedarf bei Hirnerkrankungen m. E. der handelnden Ebene, um das Geschehene im konkreten Erleben emotional zu verarbeiten und den verletzten Gefühlen eine fühlend-sinnliche Sprache zu verleihen. Menschen im Durchgangssyndrom brauchen Spiel, um sich selbst begreifen zu können. Sie brauchen die Klangsprache, um symbolisch-handelnd ihren Gefühlen Ausdruck verleihen zu können, weil der Zugang zur logisch-verknüpfenden Sprache ihnen verschlossen ist. Und was sie vor allem brauchen, ist ein Annehmen, nicht aber ein Ausreden ihrer unendlich großen Angst!

Ist es einerseits die abgespaltene Angst, die Destruktivität auflösen kann, so ist es andererseits das Erlebnis tiefer Kränkung. Dazu ein weiteres Fallbeispiel:

„Krüppel sein ist schwer“

Herr H. hatte mit 22 Jahren einen schweren Verkehrsunfall, bei dem der unfallverursachende Fahrer, sein Freund, unverletzt blieb. Herr H. dagegen erlitt ein Polytrauma und war halbseitengelähmt. Zur Zeit des Unfalls war er Student der Betriebswirtschaft und befand sich am Ende der Ablösungsphase vom Elternhaus. Aufgrund seines Mutismus und der damit verbundenen Schwierigkeit, seine Leistungsfähigkeit einzuschätzen, wurde er zur Musiktherapie überwiesen.

Gleich in der ersten Stunde machte er unmißverständlich deutlich, was er wollte: wild gestikulierend zeigte er auf das Drum-Set und wurde ungeduldig, als ich nicht sofort reagierte. Mit ohrenbetäubendem Krach droste er eine Dreiviertelstunde drauflos, sein Gesicht wutverzerrt, seine Gestik weit ausholend. Als Spielpartner hatte ich in diesem Getöse keinerlei Chance, fühlte mich auch völlig überflüssig.

Nach dieser Stunde war ich für längere Zeit taub — Herr H. dagegen mußte zum Aufhören gezwungen werden. Nachdem die nächste Stunde praktisch genauso ablief, spielte ich mit dem Gedanken, aus Selbstschutzgründen die Therapie aufzugeben. Letztlich gaben Solidaritätsgefühle den Anstoß, es weiter zu versuchen, was aber bedeutete, weder gegen den Lärm anzukämpfen, noch unter ihm zu leiden, sondern ihn zu akzeptieren und einfach nur da zu sein.

In der dritten Stunde entdeckte er die Gongwand und schlug mit solcher Wucht und Dauerhaftigkeit dagegen, daß alles in Schwingungen geriet und sie umzufallen drohte. Mir wurde

klar, wie wichtig mein Bleiben und Aushalten war. Wegzulaufen oder aufzugeben würde für ihn die Unaushaltbarkeit seiner Gefühle signalisieren.

In der 5. Stunde dann änderte sich das Bild total. Er begann zwar wie üblich mit wütendem, chaotischem Draufflosschlagen am Drum-Set, ohne erkennbaren Mitteilungscharakter. Ich ergriff die Leier und stellte mich, um gehört zu werden, sehr nah zu ihm hin. Zunächst erschlug er mich noch. Dann brach die Lautstärke ein, er hörte aufmerksamer zu, spielte leiser und rücksichtsvoller. Plötzlich machte er — laut, aber nicht zu laut — das Angebot eines geordneten metrischen Spiels mit Anklängen an einen Pop-Rhythmus. Indem er es stetig wiederholte, erschien es mir absichtsvoll im Sinne eines Beziehungsangebotes. Hieraus konnte etwas Gemeinsames entstehen. Ein kurzes Suchen nach passendem Klangmaterial, dann begann ich spontan den Beatles-Song „Hey Jude . . .“ zu singen. Sofort — und ohne Verzögerung — markierte er mit einem kräftigen Beckenschlag am Ende der ersten achttaktigen Periode die Zäsur. Folgerichtig wiederholte er diese Hervorhebung am Ende jeder achttaktigen Periode bis zum Schluß des Liedes, dessen Ende er voraussendend mitvollzog.

Dasselbe geschah mit weiteren Beatles-Liedern, die ich noch versuchte. Er kannte sie alle und reagierte auf dieselbe vorausschauende, planende, formal strukturierende Art. Auch kontrollierte er seine gelegentlich ansteigende Lautstärke, nahm sie zurück, wenn sie meine Stimme zu erschlagen drohte.

Das war unser erstes gemeinsames Gestalten nach vier Stunden qualvoller Entäußerung destruktiver Gefühlsqualitäten. Was war bis zur 5. Stunde geschehen? Die im Befund diagnostizierte Antriebslosigkeit schlug in der Musiktherapie in ein verhemtes Ausagieren an den Trommeln um. Von einer — ebenfalls laut Befund — bestehenden Vigilanzstörung oder einer minderen Auffassungsgabe war hier nichts zu spüren. Er zeigte eine unglaublich schnelle Reaktionsfähigkeit, formale Auffassungsgabe und lange Konzentrationsfähigkeit. Ich erreichte offensichtlich seine noch gesunden Anteile, aber auch seine emotionale Verstörtheit. Für mich wurde deutlich, daß unsere weitere Arbeit sich um die Bewältigung der emotionalen Kränkung und Demütigung durch das Unfallgeschehen drehen mußte.

Nachdem Herr H. nach einem Monat wieder zu sprechen begann, verbalisierte er seine vorher schon so eindrücklich nonverbal mitgeteilte Kränkungsaggression (ELHARDT 1974). Er fühle sich besonders von den jungen Teammitgliedern gedemütigt. Das war eine Verschiebung, denn eigentlich war wohl sein junger, unverletzt gebliebener Freund gemeint, der ihn um sein gerade beginnendes Leben und die Zukunft beraubt hatte.

Dann begann er, aus der Zeit in der Intensivstation zu erzählen. Was alles an seinem Bett gesagt wurde . . . ein hoffnungsloser Fall . . . (wie die Ärzte gesagt hätten) . . . seine Habseligkeiten wären verteilt worden, über die Aussichtslosigkeit seiner Heilung geredet worden. Er erzählte es meist mit tonloser Stimme und in abgehackten Sätzen. Bröckchenweise. Kommentarlos. Mir verschlug es die Sprache . . . wie ihm seinerzeit!

Die erste Konsequenz des verlorengegangenen Lebens zeichnete sich schnell ab: seine langjährige Freundin entschied sich für eine Trennung, wagte aber nicht, es ihm zu sagen. Er ahnte es dennoch. Wir improvisierten über das Thema: „Ich hab’ Wut auf meine Freundin, weil sie nicht herkommt ins Krankenhaus.“ Immer noch am Drum-Set, wütete er zunächst allein drauflos, chaotisch, strukturlos, ohne Halt im Metrum oder Rhythmus. Verloren und gefangen in seiner unendlichen, grenzenlosen Wut. Nach einer Weile erst schaltete ich mich ein. Sofort griff er mein strukturelles Angebot auf, beantwortete mein kurzes Motiv in die für ihn belassene Pause. Wochen später erst erzählte er mir, wie erlösend es für ihn gewesen sei, als ich seinem

chaotischen Gefühlsausbruch Form und Struktur gab, Halt und Gestalt, vor allem Überschaubarkeit. Aber auch die Aussparung direkten sprachlichen Benennens half ihm, wie er später preisgab, seine ihn erdrückenden Gefühle erkennen und akzeptieren zu lernen. In dieser Improvisation blieb noch alles „in der Musik“ und wurde durch ihre Ausdrucksmöglichkeiten geprägt: harmonische Wendungen und spezielle Intervallschritte in meiner Musik ließen Wut und Trauer hindurchtönen. Der Wut war er vehement ausgeliefert, Trauer aber konnte er noch nicht wahrnehmen, obwohl sie ihm schon im Gesicht geschrieben stand. Durch die Gleichzeitigkeit unseres Spiels erst, in dem er einzig die Wut, ich vornehmlich die Trauer ausdrückte, wurde das ganze Spektrum seiner ihn beherrschenden Gefühle erlebbar.

Zu diesem Zeitpunkt wurde das Verhalten von Herrn H. gegenüber dem Personal zunehmend aggressiver und verletzender, bis hin zu tätlichen Angriffen. In seiner Wahrnehmung wollten ihm alle Böses. Alles, was in seiner Reichweite war, schleuderte er gegen jeden, der seinen Raum betrat. Das geschah vorwiegend abends in der Einschlafphase. Er war kaum zu halten, weshalb die Einweisung in die Psychiatrie drohte. Auf die Frage, wie dieser Rückfall in eine erhöhte Regression mit destruktiven Verhaltensäußerungen geschehen konnte, will ich hier nicht näher eingehen (vgl. JOCHIMS 1990). Der Hintergrund zu dieser Dynamik lag in der täglichen Präsenz seines unverletzten Freundes. Das mußte für Herrn H. eine tagtägliche Konfrontation mit dem „Aggressor“ bedeuten, die Wiederbelebung des Traumas durch persönliches Begegnen. Ich setzte durch, daß der Freund für eine Weile ganz fernblieb.

In der Therapiesituation entschied ich mich einerseits zur klaren didaktischen Führung in rein sprachlicher Form: dem Aufzeigen und Aussprechen der Konsequenz seiner tätlichen Angriffe, nämlich der Einweisung in die Psychiatrie. Ich machte deutlich, daß tätliche Angriffe nicht akzeptabel seien, wenn gleich seine Wut durchaus verständlich und berechtigt sei.

Andererseits arbeiteten wir im klanglich-emotionalen Bereich an eben diesen Gefühlen. So entstand die „Wutmusik“, eine achttaktige bekannte Boogie-Woogie-Melodie, die ich textlich unterlegte: „Das ist die Wutmusik, das ist die Wutmusik, ja, ich habe große Wut!“ Immer noch konnte er seine Gefühle nicht ansprechen, weshalb ich stellvertretend für ihn sang und dabei die Ich-Form wählte. Viel später gab er an, daß nur dieser wohlgeordnete, formal klar strukturierte Song es ihm ermöglicht hätte, seiner Wut ins Auge zu sehen. Alles chaotisch-Ungeordnete hätte ihm nur Angst gemacht und ihn zum Aufhören oder Übertönen gezwungen.

Als ich vom Wutlied dann zum moll-getönten Trauermarsch mit den gesungenen Worten „Warum — ich weiß die Antwort nicht . . .“ wechselte, begann er zu überdecken und aus dem Metrum auszubrechen. Kooperation und Hinhörbereitschaft brachen zusammen. Die Trauer war offenbar noch unerträglicher als die Wut.

Auf Station entspannte sich inzwischen die Lage, er wurde ruhiger und bekam sich besser unter Kontrolle. Nun verfehlten die leichten Schlafmittel nicht mehr ihre Wirkung. Die Psychiatrie konnte vergessen werden.

Das wütende Schlagen wurde indes immer zwanghafter und befreite ihn nicht. Ich schlug darum vor, ein Lied zu komponieren in der Hoffnung, die Arbeit mit der Stimme würde ihm mehr Freiheit bringen. Über lange Zeit war er nur mit dem Inhalt beschäftigt, die Musik schien ihn nicht zu kümmern. Zum ersten Mal nun mußte er bei der Textsuche all die kränkenden und demütigenden Dinge benennen, das aussprechen, was so tief verletzend war und immer noch ist (eine umfassendere Darstellung in JOCHIMS 1990).

Mein konfrontatives Ansprechen seines Selbstmitleides riß ihn aus der Apathie heraus. Spontan antwortete er nun singend auf meine Bitte um eine Refrainzeile „Faul sein ist schön!“ Er sang es rezitativisch in der Kindermelodik. Ich griff es singend auf und untermalte mit einer pulsierenden Boogie-Begleitung. Daraus ergab sich ein Ping-Pong-Spiel antiphonen Singens, indem wir uns zu übertreffen versuchten in der Steigerung von „Faul sein ist schön ... herrlich ... wunderbar ... himmlisch ... affengeil ...“ Er lachte und fand im kreativen Wortspiel zu immer neuen Verknüpfungen. Wie weggeblasen war die Zwanghaftigkeit monotonen Schlagens. Die Stimme ermöglichte ihm größere Ausdrucksfreiheit als das Trommeln. Das Loslassen zwanghaften Wütens hatte Veränderung zur Folge. Ein wichtiger Schritt der Trauerarbeit war im Handeln erlebbar geworden. Das zweckfreie spielerische Element kam darüber hinaus seiner nun auch eingestandenen Regressionsneigung sehr entgegen. Der Lustgewinn durch den Unfall — nicht mehr verantwortlich sein, das kleine, umsorgte Kind sein dürfen: das war sein Thema!

Bald gesellte sich eine zweite Refrainzeile hinzu: „Krüppel sein ist schwer!“ Auch hierbei suchten wir im antiphonen Singen nach Steigerungen ... „grauenvoll ... mörderisch ...“ Ich unterlegte die Zeile mit stockenden, dissonanten Akkorden, harmonisch ins Moll wechselnd. Dann kombinierten wir beide Zeilen. Diesmal hielt er die Traurigkeit im musikalischen Ausdruck stand. Zwischendurch erfand er witzige Stimmlaute, Pfeifgeräusche und spielerische Lautkombinationen. Wir kommunizierten darüber lachend und mit viel Spaß. Seine kreativ-spritzige Schlagfertigkeit blitzte durch, eine Seite in ihm, die er seit dem Unfall nicht mehr gelebt hatte.

Etwa drei Monate hatten wir für unsere gemeinsame Arbeit Zeit, ehe er entlassen wurde. Zum Schluß wagte er sich noch weit hinab im Zulassen seiner Gefühle. Es gab nicht nur Weinen, es gab auch Lachen. Als das eine möglich wurde, konnte er das andere annehmen. Lustgewinn und Schattenseiten der Unfallfolgen wurden miteinander verglichen: „... lieber gesund und arbeiten ...“; reflektierte er. Die Regression hatte Risse bekommen. Ein Stück weit war er in Kontakt mit seinen gesunden Anteilen gekommen.

Zusammenfassung:

Destruktive Verhaltensäußerungen lösen im Gegenüber Ohnmachtsgefühle aus. Der Therapeut wird zum Symbol für Unversehrtheit, Macht, Autonomie, Leistungsfähigkeit und damit verbundener sozialer Anerkennung, während sich der Klient als ohnmächtig, erniedrigt, minderwertig, abhängig und sozial nicht anerkannt erlebt. Psychodynamisch gesehen, muß sich auf Seiten des Klienten Neid auf die Symbolfigur „Therapeut“ entwickeln, der Wunsch nach Zerstörung seiner Person ist die Folge. Der Therapeut wiederum beginnt Schuldgefühle zu entwickeln auf Grund seiner real „besseren“ Situation, auf die er wiederum keinen Einfluß hat. Auch er ist letztendlich ohnmächtig gegenüber der Frage, warum es nicht ihn, sondern gerade den Anderen getroffen hat. So wird in der Übertragung der Allmachtsphantasien auf den Therapeuten von diesem Unmögliches, nämlich die Wiederherstellung alter Verhältnisse, ver-

langt. Die aus dieser Anspruchshaltung des Klienten resultierende Hilflosigkeit des Therapeuten kann den Beziehungsprozeß vehement blockieren.

Durch die gemeinsame Gestaltung im Klang werden die so schwer aushaltbaren destruktiven Impulse für beide Beziehungspartner gleichermaßen erträglich. Der Klient kann seinen Zerstörungswillen auf das Instrument richten und muß seine Impulse nicht mehr zurückhalten, braucht sie aber auch nicht mehr gegen sich selbst zu richten. Der Therapeut kann seine in der Hilflosigkeit angestauten Energiepotentiale (potentielle Aggression gegen den Aggressor) im Sinne eines „Resonanzkörpers“ nutzbar machen. Das zwischengeschaltete Medium, das „Dritte“ in der therapeutischen Beziehung, macht es möglich, daß der Konflikt symbolisch ausgetragen werden kann, ohne daß es ein Zerstören geben muß. Destruktivität wird somit umgewandelt in konstruktive Kreativität. Die durch die Gleichzeitigkeit des Spiels entstehende Klang-Gestalt, das Symbol für den Konflikt, spiegelt das ganze innere Spektrum des Klienten, seine ihm zugänglichen, aber auch die abgespaltenen Gefühle wider. Auf diese Weise wird das vollständige Spektrum der Trauerarbeit für ihn auf emotionaler Ebene erlebbar und damit der rationalen Bearbeitung zugänglich.

Literaturverzeichnis:

Dörner K, Plog U (1987):

Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie Verlag, Bonn

Elhardt S (1974):

Aggression als Krankheitsfaktor. Verlag für Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, S. 34–35

Fröhlich W D (1987):

Wörterbuch zur Psychologie. Deutscher Taschenbuchverlag, München

Jochims S (1990):

Krankheitsverarbeitung in der Frühphase schwerer neurologischer Erkrankung. Ein Beitrag der Musiktherapie zur psychischen Betreuung bei ausgewählten neurologischen Krankheitsbildern. Psychother. med. Psychol. 40: im Druck befindlich.

Kast V (1987):

Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. Walter Verlag, Olten u. Freiburg i. Brsg.

Prosiegel M (1988):

Psychopathologische Symptome und Syndrome bei erworbenen Hirnschädigungen. In: v. Cramon D, Zihl J (Hrsg.): Neuropsychologische Rehabilitation. Springer, Berlin

Schlösser E (1988):

Zerebrale Läsionen. In: Koch U, Lucius-Hoehne G, Stegie R, (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Springer, Berlin.

Silke Jochims, Musiktherapeutin, Stolzingstraße 10, 8000 München 81

Die Idee der Integration in den Kunsttherapien

Kreative Kunsttherapien haben sich zum Großteil in relativer Isolierung voneinander entwickelt. In Nordamerika zum Beispiel gibt es Musiktherapeuten, Tanz- und Bewegungstherapeuten, Kunsttherapeuten, Psychodrama- und Dramatherapeuten, Spieltherapeuten usw. Jede spezialisierte Fachgruppe ist in einer oder mehreren Vereinigungen organisiert, mit ihren eigenen Standards und Zulassungsbestimmungen. Es gibt Hochschulprogramme und Trainingsinstitute, die sich auf verschiedene Spezialrichtungen konzentrieren. Alle haben ihre eigene jährliche Konferenz, ihre Zeitschrift usw. Innerhalb dieses Kontexts von schon etablierter Spezialisierung ist die Debatte aufgekommen, ob kreative Kunsttherapeuten Generalisten oder Spezialisten sein sollten, ob sie sich auf eine bestimmte Disziplin konzentrieren sollten, oder versuchen, mehrere zu meistern. Die Auseinandersetzung war seit jeher von Feindseligkeit und Betonung spezieller Eigeninteressen gezeichnet.

Da diese Auseinandersetzung in einem von Spezialisten dominierten Kreis stattfand, wurde der Begriff Generalisierung als die Zusammenfassung bereits bestehender, separater Einheiten verstanden. Ein Generalist wäre also einer, der Kunst- und Musik- und Dramatherapeut usw. zugleich ist. Sie oder er würden verschiedene Techniken je nach Bedarf kombinieren. Damit beginnt die Debatte um die Frage zu kreisen, ob überhaupt jemand imstande sei, so viele verschiedene Fachgebiete zu beherrschen, oder dabei in jedem einzelnen nur auf einem recht oberflächlichen Niveau verbleibe. Was in dieser Debatte aber nicht vorkam, ist eine Untersuchung des zentralen Begriffs der Integration, worum sich die ganze Diskussion dreht. Wenn man unter Integration das Zusammenfassen von etwas, das bereits getrennt existiert, versteht, dann kann Generalisierung nur ein oberflächlicher Akt sein, der am Wesen der einzelnen Teile, mit denen gearbeitet wird, nichts ändert. Wir müssen den Begriff der Integration selbst untersuchen, um zu sehen, ob es sich dabei nur um einen Dilettantentraum handelt oder ob Integration wirklich als Basis für eine Umformung auf diesem Gebiet dienen kann.

Integration kann als philosophischer Begriff verstanden werden, der sich auf die uralte Debatte des Verhältnisses von Einheit und Differenz bezieht. Für Platon sind bereits die Formen bzw. Ideen eine Vereinigung vieler Einzelteile; eine jede vereint, indem sie ein Vorbild zur Nachahmung ist. Letztlich spiegeln alle Formen, die eins sind oder ganzheitlich, das Eine, die Form des Guten, von der es heißt, sie gehe über das Sein hinaus und ermögliche all die verschiedenen Formen. Einheit ist damit vorgegeben. Was notwendig ist, ist diesen ursprünglichen Zustand des Seins zurückzurufen oder wiederherzustellen.

Für die moderne Denkweise andererseits, liegt Einheit im Akt des Vereinens. Sie folgt aus einem vorherigen Zustand der Getrenntheit. Einheit ist die Integration einer disintegrierten Totalität, das Überkommen der Entfremdung. Besonders bei Kant und Hegel sehen wir diesen Begriff der Einheit als integrierende Überwindung des Unterschiedes. Für Hegel wird Identität bereits durch die Entwicklung der spekulativen Vernunft erreicht, für Kant ist es eine unendliche Aufgabe, die unser praktisches Forschen motiviert.

In der neueren philosophischen Literatur gab es Reaktionen gegen die idealistische Identitäts-Philosophie. Vor allem Derrida betont die Bedeutung von Differenz als lebendige, kreative Kraft, im Gegensatz zum toten Gewicht einer verdinglichten Totalität. Adornos Ablehnung der Philosophie der Identität wird von einer ähnlichen Aversion gegen die falschen Identitäten der modernen Welt motiviert. Das Eine wird als diktatorische Gewalt verstanden, das die lebendige Wirklichkeit einzelner Wesen

zerstört, so wie der riesenhafte moderne Staat die Lebenskraft seiner Bürger unterdrückt. Auf psychologischem Gebiet erwähnt James Hillman die Notwendigkeit einer polytheistischen Psychologie, einer, in der die erzwungene Einheit des Ichs einem mehrdimensionalen Spiel eingebildeter Realitäten ihren Platz einräumt.

Dieser Widerstand gegen die Identitätstheorie hat auch seine Berechtigung. Die Homogenisierung der Welt, das Verschwinden lokaler Kulturen und ethnischer Unterschiede, spiegelt sich in der Homogenisierung des Selbsts, dem Verflachen unserer unendlichen Vielfältigkeit zu einem „normalen Menschen“. „Eine Welt“ heißt gewöhnlich, daß die dominierende Kultur ein Musterbild für die Entwicklung wird. Ebenso bedeutet „Identität“ allgemein die Anpassung des Individuums an diese beherrschende Wirklichkeit.

Ich glaube aber, daß wir nicht gänzlich ohne einen Begriff von Einheit oder Ganzheit auskommen. Differenz an sich kann nicht allein die Grundlage einer Wesensform — politisch oder psychologisch — sein. Die Politik der Differenz geht an der Unstimmigkeit und Uneinigkeit der vielen verschiedenen spezialisierten Interessengruppen zugrunde. Sie kann vor globalen Anliegen, wie der Zerstörung unseres Planeten, nicht bestehen. Ohne jegliche Vision von einem Ganzen, degeneriert das notwendigerweise in ein Sicherstellen des eigenen, einzelnen Wohlergehens, auch wenn dies eher unter dem Begriff einer ausschließlichen Gruppe als unter dem der „Kompakten Majorität“ wie bei Ibsen definiert ist. Auch trägt die Differenzpsychologie der gefühlten Notwendigkeit der Einheit in der Persönlichkeit keine Rechnung, nicht der Qual, die wir fühlen, wenn wir gespalten oder im Kampf mit uns selbst sind. Dadurch, daß Hillman die Vorstellung eines integralen Selbst zurückweist, ist er letztlich gezwungen, auch die Vorstellung einer Therapie überhaupt aufzugeben. Therapie wird zu einer Täuschung verstrickt im Versuch des Ichs, die eigene Existenz in seiner eigenen Entwicklung zu begründen. Für Hillman gibt es keine Selbstüberwindung, keine Bildung, sondern nur ein Sichfallenlassen in das Bild, das unsere Psyche in einem bestimmten Moment beseelt. Das wäre eine buddhistische Perspektive, wenn es die Konzeption des Einen, das allen Differenzen zugrundeliegt, hätte. Hillman dagegen weist den Begriff einer spirituellen Psychologie zurück und hält an seiner archetypischen Phänomenologie fest. Diese Methode läuft Gefahr, in eine oberflächliche Beschreibung aufeinander folgender psychischer Zustände zu degenerieren, wenn sie sich nicht auf einen impliziten Glauben an die Einheit der Psyche als kreative Vorstellungskraft stützt.

Vielleicht haben wir den Moment erreicht, an dem ein Rückgriff auf Kant uns hilfreich wäre. Auch für Kant ist die Einbildungskraft das Wesen der Seele. Die produktive Einbildung, als die Kunst der Zeit, bringt die verteilten Aufzeichnungen der Sinne gemeinsam mit dem Formalismus des Intellekts in eine lebendige Erfahrung zusammen. Es ist nicht das Bild, sondern der Akt der Einbildung, der unsere Welt- und unsere Selbsterfahrung vereinigt und integriert. Dieser ursprünglich kreative Akt muß von bloßer Phantasie, die Kant die reproduktive Einbildung nennt, unterschieden werden. Phantasie kombiniert, was bereits vorhanden, in neue Formationen. Einbildungskraft erschafft das Neue.

Während jeder Akt der Einbildung ein Akt der Vereinigung, der Integration ist, ist er zugleich auch beseelt von der Vision des Ganzen. Für Kant sind Seele, Welt und Gott nicht-objektive Ganzheiten/Totalitäten, deren Wesen nicht erkannt werden können. Sie bleiben uns verschlossen, weil wir sie uns buchstäb-

lich nicht vorstellen können. Es sind keine Sinnesdaten vorhanden, die sie vergegenwärtigen könnten, da alle Sinneserfahrung ausschnitthaft und begrenzt bleibt, während sie per definitionem unbegrenzt sind. Dies bedeutet allerdings weder, daß sie eine Täuschung seien, noch, daß wir uns auf ein phänomenalistisches Rahmenwerk zurückziehen müssen. Diese unbegrenzten Ganzheiten werden vielmehr zu Aufgaben, die uns vorantreiben zu größerem Wissen um etwas, das letztlich immer ein Geheimnis bleiben wird.

Die Seele ist also für Kant kein psychisches Ding. Sie ist keine spezifische Erfahrung, sondern der Ursprung, oder die Quelle aller Erfahrung. Sie bleibt für immer am Horizont unserer Erfahrung als etwas, das das Versprechen auf Ganzheit gibt. Wir dürfen uns nicht einbilden, daß wir sie wissenschaftlich erfaßt haben; dies wäre eine Täuschung, auf einer teilweisen Verdinglichung des totalen Seins beruhend. Aber zu denken, daß wir sie nicht als motivierende Idee für unsere Forschung brauchten, ist absurd. Ohne sie wäre unser Trieb nach Selbsterkenntnis unerklärlich.

Heidegger nimmt Kants Idee einer nicht-objektiven Ganzheit/Totalität in seinen Begriff vom Sein auf. Die ontologische Differenz zwischen Sein und Seiendem bedeutet, daß wir niemals objektives Wissen um unser Wesen haben können. Wahrlich, unser Wesen ist es, das Wort des Seins auszusprechen. Dichterisch wohnt der Mensch auf der Erde, sofern er sich dem Urgrund seiner Eigentlichkeit hinübergibt, indem er das hervorbringt, was im Sagen ist. Hier spiegelt sich bei Heidegger Kants Betonung der kreativen Einbildung: Poesie oder Dichtung ist das zeitliche Wort, das das Sein sein läßt. Dasein vereint das Geviert, nämlich Himmel und Erde, Götter und Sterbliche, durch das Ursprüngliche, das unsere Geschichte mit unserem eigentlichen Sein-können, in das Sich-zeigen von dem, was ist, einbindet.

Heideggers Seinsbegriff unterscheidet sich deutlich von der Idee des Einen, welche die Differenz verneint oder auslöscht. Vielmehr identifiziert er diese verdinglichte Totalität/Ganzheit mit dem Gott der metaphysischen Tradition. Seine Verwerfung der ontologisch-theologischen Begründung dieser Tradition setzt die dichterische Einbildungskraft als Quelle menschlicher Erfahrung frei. Rilke sagte schon: „Gesang ist Dasein“; Heidegger führt das noch einen Schritt weiter in der Bedeutung: „Dasein ist Gesang.“ Menschliches Sein ist seinem Wesen nach kreativ. Wir befriedigen nicht in erster Linie unsere Grundbedürfnisse, um uns dann, in unserer Freizeit, insofern wir überhaupt welche haben, mit künstlerischen Tätigkeiten zu unterhalten. Nun, vielleicht machen wir eben das, aber dann vergessen wir, wer wir sind: nämlich das dichterische Wesen par excellence.

Was haben diese philosophischen Fragen mit dem Problem der Integration in den kreativen Kunsttherapien zu tun? Selbst wenn wir zugeben, daß Integration im zentralen Bereich der menschlichen Existenz liegt, so müssen wir immer noch ihre Rolle innerhalb therapeutischer Vorgangsweisen und der Kunsttherapie im besonderen rechtfertigen. Ich glaube, daß wir diesen Begriff selbst brauchen können, um den Vorgang kreativer Kunsttherapie zu verstehen.

Integration setzt einen vorangegangenen Zustand der Disintegration voraus. Das, was einen Menschen erst in die Therapie einbringt, ist das Gefühl des Auseinanderfallens, des in unstimulierende Fragmente Gespalten-seins, das Gefühl vom Verlust eines zentralen Selbsts, an dem die Persönlichkeit hängt. Dieser Zusammenbruch ist ein notwendiges Stadium in der Entwicklung des Selbst: Er verkörpert den Zusammenbruch der falschen Einheit narzißtischer Selbstidentifikation. Eine Krise ist ausgebrochen, die nicht von der alten Persona gemeistert werden kann. Der Mensch ist in Verwirrung gestürzt worden, er verliert die Sicherheit der früheren, stabilen Identität. Es gibt die Leere,

den Verlust von Sinn und Zweck. Yeats beschreibt das so: „Die Dinge zerfallen, das Zentrum kann sie nicht halten; bloße Anarchie ist über die Welt losgelassen.“ Dembrowski nennt dies „positive Disintegration“; das notwendige Vorspiel zur Entwicklung.

An diesem Punkt angelangt, möchte der Mensch natürlich nichts anderes, als zu den alten Gewohnheiten zurückkehren, um Trost und Geborgenheit in der früheren Art des Seins zu finden. Er klammert sich verzweifelt an das Bild eines früheren Selbst und wird, wo möglich, jeden Zwang, es aufzugeben, bestreiten. An diesem Punkt wird das Eingreifen des Therapeuten akut. Falls er nicht einen ähnlichen Prozeß selbst durchgemacht hat, wird er versucht sein, mit dem Menschen zusammenzuarbeiten und zur früheren Identität zurückzukehren. Wir könnten das als eine „regressive Restauration der Persona“ bezeichnen. Aber wenn der Therapeut sich des eigenen Prozesses bewußt ist, wird er gewillt sein, die Unbill auf sich zu nehmen, die es bringt, einen Menschen diese Erfahrung durchmachen zu lassen. Die Teilnahme für seinen Patienten zeigt er in der Bereitschaft, für ihn da zu sein und den Vorgang ohne Zutun geschehen zu lassen. Heidegger nennt das die „eigentliche Sorge“, im Unterschied zur uneigentlichen, die das Sein des anderen nicht zuläßt, sondern korrigierend dazwischenfährt. Es ist die eigene Angst vor dem Zusammenbruch, die den Therapeuten daran hindert, einen Menschen den Vorgang der Disintegration durchmachen zu lassen.

Der therapeutische Akt besteht darin, „dazusein“ für den Menschen, während er diese Leiden durchmacht. „Teilnahme“ oder „bedingungsloses Wohlwollen“ sind weitere Worte, diese Art der Fürsorge zu beschreiben. Es scheint, wir brauchen die Hilfe anderer, um wir selbst zu sein.

Eine gute Beschreibung dieses ganzen Vorgangs finden wir in Tolstoy's „Der Tod des Ivan Ilych“. Ivan Ilych ist ein Bürokrat, der sich mit dem Bild seiner selbst, das er vor anderen repräsentiert, identifiziert. Erst als er entdeckt, daß er an einer unheilbaren Krankheit leidet und sterben wird, merkt er, daß dieses Bild keine Kraft mehr hat, seinem Leben Sinn zu geben. Seine Welt zerfällt und er findet sich Aug in Aug mit dem Nichts. Was ihm aber die Kraft gibt, sein Los zu akzeptieren, ist das Mitleid eines Bauernjungen, der Ivans Füße auf seinen Schultern ruhen läßt, um ihm die Qualen zu mildern. Diese wunderbare Geschichte zeigt uns den Heilprozeß in all seinen Phasen: Narzißtische Selbstidentifizierung, Krise und Zusammenbruch, Genesung und die Wiederherstellung des Selbst.

Daß das wiederhergestellte Selbst sich von der anfänglichen Identität unterscheidet, ist von grundlegender Bedeutung. Der Mensch ist nun weder mit dem Ich, noch mit der Persona, sondern mit dem Urgrund seines Seins identifiziert. Ob wir diesen Grund nun „Unbewußtes“ oder „Gott“ nennen, klar ist, daß das, was stattgefunden hat, eine Integration der Persönlichkeit auf einer tieferen Grundlage ist. Es ist eine Annäherung an das Ganze, an die Einheit.

Nach dieser Beschreibung des therapeutischen Prozesses, welche Rolle kann da der kreative Kunst-Therapeut spielen? Vorweg noch: . . . Es ist grundsätzlich wichtig zu erkennen, daß die Stadien des therapeutischen und kreativen Prozesses im wesentlichen die gleichen sind. Der Künstler erlebt etwas Ähnliches: den Zusammenbruch einer stabilisierten Form, der er sich gegenüberübersieht. Kreation folgt aus Destruktion, einer Bereitschaft, ein vorheriges Muster aufzugeben und mit einer neuen Form zu experimentieren. Dieses Loslassen, das Erleben der Leere und das Entstehen des Neuen, charakterisieren sowohl den kreativen als auch den therapeutischen Prozeß. Ebenso könnte man von der Therapie als einem kreativen Akt sprechen; das leidende Individuum erschafft ein neues Selbst aus der Asche des alten.

Der Therapeut erleichtert/ermöglicht diesen kreativen Prozeß. In diesem Sinn ist jede Therapie ihrem Wesen nach kreativ.

Aber zusätzlich benutzt der Kunsttherapeut die Mittel der Kunst, um den Menschen zu helfen, den Prozeß durchzumachen. Kunst verleiht dem Leiden eine Stimme. Sie drückt die Qual und Verwirrung der Disintegration des Selbst aus und macht es der Person dadurch möglich, sich ohne Vorbehalt gegenüberzutreten. Das Leiden zu tanzen, zu malen oder in dichterische Form zu bringen, heißt, es direkt zu konfrontieren und sich ihm auszuliefern. In diesem Moment der Äußerung läßt man Bindungen an die frühere Sicherheit fahren und ist bereit, der Leere zu begegnen. In solchen Augenblicken mögen Bilder von Ganzheit aufkommen, Symbole, die die mögliche Lösung der Krise andeuten. Zugleich mit der Möglichkeit, sein Leiden auszudrücken, gibt der Kunsttherapien den Menschen die Möglichkeit zu deren Transzendenz. Kunst kann also beides zugleich sein, ein Verzweiflungsschrei in der Nacht sowie ein triumphierendes Hosianna der Freude.

Die Künste sind Weisen oder Methoden, die uns tiefer in uns selbst und unsere Erfahrung hineinführen. Indem wir vorbehaltlos in die eigene Tiefe eindringen, kommen wir mit heilenden Energien in Berührung und erleben Hoffnung auf Integration. Obwohl die letzte Ganzheit uns nie gegeben wird, bleibt sie doch eine Vision, die uns und unsere Arbeit beseelt. Es ist eine unendliche Aufgabe, im Kantschen Sinne dieses Wortes.

Die Kunsttherapien sind ihrem Wesen nach integrativ. Was hat es also mit dem disintegrierten Zustand auf diesem Gebiet für eine Bewandnis? Man könnte versucht sein, es analog zum therapeutischen Prozeß zu sehen. Jede Disziplin klammert sich narzißtisch an ihr eigenes Idealbild und bestreitet, die Qual der Getrenntheit und Uneinigkeit zu bemerken, die auf der ganzen Linie herrscht. Wenn Versuche gemacht werden, die einzelnen Teile zusammenzubringen, möchte jeder auf seiner eigenen Identität beharren und die erreichte Gesetzmäßigkeit und Sicherheit nicht verlieren. Als Folge davon bleiben diese Integrationsversuche oberflächlich. Sie gehen von oben nach unten, statt von unten nach oben, und kommen niemals an die Grundlagen heran. Man ist sich der Krise bewußt, aber man agiert, indem man auf der alten Identität besteht und Veränderung als Bedrohung sieht. Dieser Prozeß manifestiert sich in dem Bestreben, professioneller zu werden, Zulassungsstandards zu heben und in den Augen der anderen als legitim zu gelten.

Am Ende laufen die Künste Gefahr, reine Techniken zu werden, anwendbar nach standardisierten Arbeitsprozeduren. Diagnosen, Behandlungsmethoden und Fallstudien, sie alle gehen konform mit dieser verdinglichten Konzeption von therapeutischer Praxis. Der Kunsttherapeut wird zum „geistigen Gesundheits-

Profi“, und er sucht den Status und das Einkommen, die ihm seiner Meinung nach gebühren. Ironischerweise hält ihn diese Rolle des spezialisierten Technikers in einer abhängigen Position: Unter Aufsicht der „echt“ professionellen, der Psychiater, wird er in besonderen oder schwierigen Fällen herangezogen. Selbst sein Griff nach Legitimität macht ihn als Therapeuten illegitim; ein armseliger Mitläufer, von oben herab und ohne Respekt behandelt.

Die Lösung ist nicht, eine weitere Konferenz einzuberufen, bei der die einzelnen Kunsttherapeuten aus ihrer Isolation zueinander sprechen. Vielmehr ist es für jeden von uns wichtig, die Grundlagen unserer Arbeit erneut zu überdenken. Was bedeutet: Mensch sein? Was bringt Leid? Was ist Therapie? Welche Rolle können die Künste im therapeutischen Prozeß spielen? Das sind die Fragen, die uns helfen werden, das Wesen der kreativen Kunsttherapie und auch das Ausmaß, in welchem die heutige Organisation auf diesem Gebiet dieses Wesen ausdrückt oder verfälscht, zu verstehen.

Wenn wir an den Wurzeln unserer eigenen Arbeit rühren, werden wir auch die gemeinsame Grundlage finden, die es uns ermöglicht, authentisch miteinander zu sprechen. Die Integration im Gebiet der kreativen Kunsttherapien hängt von jedem einzelnen Therapeuten ab, der den Prozeß von Zusammenbruch und Heilung in der kreativen Tätigkeit erfährt. Was uns gemeinsam ist, ist unsere Menschlichkeit: Die dichterische Einbildung, die uns ermöglicht, unser Leiden auszudrücken und dadurch zu überwinden. Poesie bringt uns zusammen. So lange wir innerhalb dieser gemeinsamen Dimension bleiben, werden wir die Vision der Integration teilen. Die Gemeinschaft der Kunsttherapeuten hängt von dieser gemeinsamen Vision ab.

Levine K. Stephen,
PH.D., D.S.Sc.
Associate Professor for
Social Science and Social
and Political Thought,
North York, Ontario,
Canada

Charlotte Kollmorgen,
**COLLAGEN-THERAPIE — Bildnerische Arbeit mit Herzinfarktpatienten
in der Rehabilitationsklinik**

Eine Rezension

Die Verfasserin, Diplom-Designerin, Malerin und Kunsttherapeutin, hat — seit 1981 als Kunsttherapeutin an der Klinik Wannsee der BfA tätig — eine Studie vorgelegt mit dem Thema: Collagen-Therapie — Bildnerische Arbeit mit Herzinfarktpatienten in der Rehabilitationsklinik.

Kein Zweifel, hier wird von einem Rehabilitationsvorgang mit klinisch kranken Patienten berichtet, bei dem es ein therapeutisches Anliegen der Autorin ist 'die Patienten wieder zu sich selbst zu führen, ihre Sinne anzusprechen, sie zum optischen Dialog mit sich selbst' anzuregen.

Die Verfasserin folgte zunächst nicht einer Aufforderung, in der Rehabilitationsklinik Berlin/Wannsee eigene Bilder auszustellen. Sie erhielt ein Jahr später das Angebot der Klinik, ihre 'Idee der Collagen-Therapie' zu verwirklichen und fand, daß gerade die Collagen-Technik für Herzinfarktpatienten in der Rehabilitationsphase sich als besonders geeignet erwies.

M. J. Karl Huber, H. G. Richter, R. Spintge und K. H. Menzen haben den neu eingeschlagenen Weg der Verfasserin nicht nur ausdrücklich begrüßt, sondern in ihm eine Möglichkeit für Patienten erkannt, "sich leiblich-geistig wieder zu identifizieren, sich zu erfahren, die eigene Lebens- und Sinngestaltung wieder reflektierbar und kommunikabel zu machen". Die Autorin ver-

bindet mit diesem Ansatz die Vorstellung, daß die Collagen-Therapie für jene Patienten einen Ausgleich innerer Spannung und Stressituationen darstelle, welche durch berufliche und familiäre Konflikte verursacht und nicht selten auch unterhalten werden: Kreative Tätigkeit als "Druckentlastung". Der kranke Mensch bedarf nicht selten einer Entlastung von über Gebühr belastenden, oft lange andauernden Stressituationen. Freilich, ob das von Frau Kollmorgen vorgeschlagene therapeutische Konzept diese Funktion erfüllt, sollte durch eine wissenschaftlich-kritische Studie geprüft werden.

Die von der Verfasserin vorgelegte Arbeit, versehen mit 16 Farbtafeln, gibt einen eindrucksvollen methodischen Ansatz wieder, der vielleicht auch für andere Patienten-Gruppen geeignet sein könnte. Die von den Patienten gefertigten Collagen bestechen durch ihre Lebendigkeit, Farbigkeit und künstlerische Ausdruckskraft.

W. Jacob, Heidelberg

J. Kollmorgen, Collagen-Therapie — Bildnerische Arbeit mit Herzinfarktpatienten in der Rehabilitationsklinik (Verlag Hans Huber, 1989), kartoniert, DM 44,80

**Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag — Beiträge zum Symposium
der Universität Heidelberg**

Eine Rezension

Vorträge und Meinungsbilder ehemaliger Schüler Viktor von Weizsäckers und einer Reihe von Zeitgenossen, die ihn kannten und schätzten, zu einem eigenen Vortragsabend über das Werk Viktor von Weizsäckers zusammengetragen, dürfte keine ephemere, mit dem nächsten Tag schon wieder ad acta zu legende Aufgabe sein. Das Werk und die Wirkungsgeschichte des großen Klinikers, Arztes und Philosophen Viktor von Weizsäcker ist in der breiteren Öffentlichkeit, vor allem aber in dem spezifischen Arbeitsbereich des deutschen Begründers der Psychosomatischen Medizin so gut wie unbekannt geblieben, nicht zuletzt deshalb, weil Weizsäcker keine einfach zu verstehenden Anweisungen und Methoden zu den großen Themen der Krankenbehandlung, des Verhältnisses von Arzt und Krankem, vom Wesen der Krankheit mitgeteilt, vielmehr sich darauf beschränkt hat, das Wesentliche zu sagen und zu tun, oft auch dasjenige nur anzudeuten, was in der therapeutischen Begegnung den Arzt und den Kranken als Personen und Subjekte einer gemeinsamen Bemühung miteinander verbindet.

Unter den Vorträgen des ersten Tages findet sich zunächst ein Beitrag von Carl Friedrich von Weizsäcker, dem Physiker und Philosophen — dem Neffen Viktor von Weizsäckers — mit dem Thema 'Viktor von Weizsäcker zwischen Physik und Philosophie'. H.-G. Gnadamer hat seinen Beitrag 'Zwischen Natur und Kunst' genannt, der Heidelberger Medizinhistoriker H. Schipperges spricht von der 'Heidelberger Medizin in Bewegung' und

Paul Christian, ein direkter Schüler Viktor von Weizsäckers, behandelt dessen Hauptwerk, den 'Gestaltkreis'.

Andere Autoren wie Thure von Uexküll mit dem Thema 'Gestaltkreis und Situationskreis' und F. Hartmann 'Über Ärztliche Anthropologie' haben als Internisten unserer Zeit zum Werk Viktor von Weizsäckers Wesentliches zu sagen. Daß Weizsäcker auch im Ausland nicht unbekannt geblieben ist, davon zeugen die Beiträge von T. Hamanaka 'Die Rezeption des Werkes Viktor von Weizsäckers in Japan', sowie der Beitrag von S. Spinsanti 'Die medizinische Anthropologie Viktor von Weizsäckers: Ethische Folgen'. Schließlich hat L. A. Chiozza aus Argentinien über das Wirken Weizsäckers und seinen Einfluß in Argentinien berichtet.

Kunst-Therapeuten dieses Werk zur Lektüre angelegentlich zu empfehlen, hat den besonderen Grund, daß hier die Medizin in einem Horizont gesehen wird, der weit über die sogenannten schulmedizinischen Fragen des Alltags hinausgeht. Die Anthropologische Medizin Weizsäckers dürfte zu den wesentlichen Werken der Neuzeit gehören, in welche sich der kunsttherapeutisch Tätige während und nach seiner Ausbildungszeit vertiefen sollten.

W. Jacob

Viktor v. Weizsäcker zum 100. Geburtstag — Beiträge zum Symposium der Universität Heidelberg, Springer Verlag

**6. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst,
Gestaltung und Therapie**

Kurze Information zum Kongreß „Kunst und therapeutischer Prozeß“

vom 26. 10. bis 28. 10. 1990 in München

Veranstalter: — Internationale Gesellschaft für Kunst,
Gestaltung und Therapie
— Akademie der Bildenden Künste

Schwerpunkte: — Beziehung zwischen Kunst und
Therapeutischem Prozeß
— Kunst als Therapie in der Klinik
— Wissenschaftliche Ansätze der
Kunsttherapie

Der Kongreß beginnt Donnerstag, 25. Oktober 1990, um 20.00 Uhr mit einer kulturellen Veranstaltung in der Akademie der Bildenden Künste und endet am Sonntag, 28. Oktober um 13.30 Uhr. Den Festvortrag hält Prof. N. Bischof aus Zürich, den Schlußvortrag Prof. G. Benedetti aus Basel.

Eine Reihe von Vorträgen (vormittags) und Seminaren (nachmittags) sollen einen Einblick in die Schwerpunktthemen geben. Vorgesehen sind Arbeitsgruppen, Kurzseminare und Selbsterfahrungsseminare.

In den Jahreskongreß der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie wird eine Fachtagung der Psychiatrischen Klinik der Universität und der Akademie der Bildenden Künste eingebunden sein. Themenschwerpunkte sind Forschungs- und Weiterbildungsprojekte. Ärztliche Erfahrung und Sichtweise des Künstlers werden einander gegenübergestellt. Abgerundet wird die Darstellung durch Vorträge aus wissenschaftlicher, medizinischer und künstlerischer Sicht.

Vorläufiges Programm

Donnerstag, 25. Oktober 1990

20.00 Uhr: Informelle gesellige Veranstaltung mit Musik und Performance in der Akademie der Bildenden Künste

Freitag, 26. Oktober 1990

8.30 — 9.15 Uhr: Hauptvortrag von Dr. B. Schmeer, München: "Ich-Entwicklungsdiagnose aufgrund spontan gemalter Bilder"

9.45 — 11.45 Uhr: Vorträge

14.00 — 17.45 Uhr: Seminare

10.00 — 17.15 Uhr: Parallelveranstaltung in der Psychiatrischen Universitätsklinik:
„Kunst als Therapie in der Klinik“
10.00 — 10.45 Uhr: Hauptvortrag von Dr. G. Waser, Basel:
"Kunst und Therapie — Prozesse in Gestaltungsräumen"
11.00 — 12.00 Uhr: Vorträge
14.00 — 17.15 Uhr: Seminare

18.00 Uhr: Feierliche Eröffnung der VI. Jahrestagung
Begrüßung: Prof. W. Schmied, Präsident der Akademie der Bildenden Künste, München; H. Zehetmair, Bayerischer Staatsminister für Unterricht und Kultus, für Wissenschaft und Kunst (angefragt), Prof. Hippus, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München;
Eröffnung: Prof. W. Jacob, Vorsitzender der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie
19.00 Uhr: Festvortrag: "Kollektive Symbole der Seelischen Selbstorganisation" (Prof. N. Bischof, Zürich)
ab 20.30 Uhr: Stehempfang mit Performance in der Aula der Ludwig-Maximilians-Universität München

Samstag, 27. Oktober 1990

8.30 — 9.15 Uhr: Hauptvortrag von PD. Dr. P. Haerlin, München:
"Therapeutische und Meditative Trance"

9.45 — 11.45 Uhr: Vorträge

14.00 — 17.00 Uhr: Seminare

9.30 — 21.30 Uhr: Fachtagung in der Akademie der Bildenden Künste, München (Parallelveranstaltung):
„Der künstlerische Prozeß in der Therapie“
Vorträge:
"Künstlerische Modelle in der Psychotherapie" (Prof. H. Hartwig, Berlin)
"Naturwissenschaftliche (medizinische) Modelle in der Psychotherapie" (Prof. G. Paal, München)
"Das Psychotherapeutische Prozeß-Modell" (Prof. H. Kaechele, Ulm)
Projekt Darstellungen aus künstlerischer und ärztlicher Sicht

19.00 Uhr: Ende der Fachtagung mit dem Vortrag von Prof. Sir Eduardo Paolozzi:
"The Age of Innocence in the Era of Chernobyl"

Sonntag, 28. Oktober 1990

10.00 — 10.30 Uhr: "Das Triptychon von Francis Bacon" (Dr. U. Bischoff, Direktor der Staatsgalerie für Moderne Kunst, München)

10.45 — 11.15 Uhr: Reflexion und Betrachtung der Jahrestagung (Prof. K.-H. Menzen, Freiburg)

11.30 — 12.00 Uhr: "Kunst und Therapeutischer Prozeß" (Prof. G. Benedetti, Basel)

12.00 — 13.00 Uhr: Mitgliederversammlung

13.00 Uhr: Schlußwort

Was verstehen wir unter gestaltender Psychotherapie?

Zunächst ist sie eine tiefenpsychologisch fundierte, teils psychoanalytische Therapieform unter Einbeziehung kreativ-gestalterischer Prozesse. Wir möchten sie als einen möglichen Weg verstanden wissen, der auch über das nicht-sprachliche Geschehen — oft auf der Analogieebene — Konflikte bearbeitet. Auch die gestaltende/kreative Psychotherapie hat das vielen Psychotherapieverfahren gemeinsame tiefenpsychologische Ziel, den Menschen selbstkritischer, freier, kreativer wie beziehungsfähiger, d. h. "gesund" werden zu lassen. Dabei möge er vom Sehen zur Urteilskraft, vom Schauen über das Nach-Sinnen zum Denken kommen. Der bildnerische Prozess bringt dabei nicht nur persönliche Individualität und biographische Anamnese zum Ausdruck, sondern ist Medium zur Selbsterfahrung und schrittweiser Bewußtwerdung. Die Anwesenheit des "Dritten" — der Gestaltung —, welches man auch als das materialisiert gewordene innere Bild bezeichnen kann, bildet gleichsam das Etwas zwischen Subjektivität und Objektivität und reguliert damit Nähe und Distanz. Daraus ergibt sich, daß Übertragungsphänomene in den Hintergrund treten. — Das Besondere der tiefenpsychologisch fundierten gestaltenden Psychotherapie liegt also darin, daß sie die Theorie stark praxisbezogen, d. h. im Sinne der

Selbsterfahrung, vermittelt. Es handelt sich um eine eklektische und damit vielseitige Therapieform, deren Ausbildungsgang sich allmählich konstituiert hat. (Vorwiegend Einzeltherapie, aber auch Gruppentherapie; verbal wie averbal). Die gestaltende Psychotherapie kennt keine künstlerischen Kriterien und hat sich an solche auch nicht zu halten. Sie bildet die Gleitschiene zum therapeutischen Dialog. Hier die Vorteile gegenüber der Verbaltherapie: — Entintellektualisierung des Gesprächs; — Einstiegserleichterung durch schnell ersichtlichen Konflikt; — Therapieverkürzung, bei langzeitigem Arbeiten auf der Analogieebene; — dadurch diskretere Bearbeitungsmöglichkeiten; — Nachwirkungen über Monate/Jahre hinaus durch die selbstgefertigten Inbilder in Form von Gestaltungen, die als Produkt das Procedere in Gang halten können. Die künstlerische Arbeit ist von innen nach außen gekehrte Traumarbeit und daher wie ein Traum zu bearbeiten.

Das Geschilderte basiert auf 16-jähriger MPE-Erfahrung.

Dres. Mirjam & Sabine Schröder,
Hamburg/Luzern.

Veranstaltungen:

Freies Musikzentrum München. Ismaningstr. 29, 8 München.
Tel. 089-4706314
— Musiktherapie in der Psychosomatik. Demonstrationsvortrag und Kurs. 25. 5. — 27. 5. 1990
— Musiktherapeutische Selbsterfahrung — Musik und Bewegung. 16. 6. — 17. 6. 1990
— Die Improvisation als Experiment und Diagnose in der Musiktherapie. Kurs und Vortrag. 22. 6. — 24. 6. 1990
— Musiktherapeutische Selbsterfahrung.
Kurs A: 6. — 8. 7. 1990
Kurs B: 26. — 28. 10. 1990

Ferienkurse in Cadessino. Kontakt: M. u. V. Deutsch. Zweierstr. 100. 8003 Zürich. Tel. 01-4638936
— Musik, Zeichnen, Leibarbeit, Meditation.
28. 7. — 4. 8. 1990
— Der Umgang mit meinem Raum. 20. — 24. 8. 1990

20 Jahre Musiktherapie, Symposium an der Deutschen Akademie für Entwicklungsrehabilitation, München. 12. — 14. Oktober 1990. Kontakt: Deutsche Akademie für Entwicklungsrehabilitation, Heigelhofstr. 63, 8000 München 70. Über die gleiche Adresse erhalten sie Auskunft über Aus- und Fortbildungskurse in Orff-Musiktherapie.

Körper — Seele. 10. — 11. 11. 1990
Kunst im Leben — Lebenskunst, Intensivwochenende.
15. — 17. 6. 1990. Kontakt: M. Schröder, Elbchausee 201, 2000 Hamburg 52

Jahrestagung des DAGTP: 21. — 23. 9. 1990 in Stuttgart: Kontakt: DAGTP e. V.: Urbanstraße 88, 7000 Stuttgart 1. Der DAGTP veranstaltet außerdem Einführungsseminare, Trainingsgruppen, Supervisionen und berufsbegleitende Weiterbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Gestaltungstherapie

Übertragung/Gegenübertragung im gestaltungstherapeutischen Prozess.
26. — 27. 5. 1990 in Bad Liebenzell: Kontakt: C. R. Lampart, Calmbacherstr. 23a, 7263 Bad-Liebenzell-Zainen. Tel.: 07084-1744

Seminar für gestaltende Psychotherapie und Ausdrucksanalyse:
— 6. Postgraduate Sommerseminar in Überhofen.
21. — 26. Juli 1990. Thema: Ästhetik und Psychodynamik von Übergangsphänomenen in Kunst und Therapie.
— Professional Seminar for Interdisciplinary Studies in Psychoanalysis und Creative Arts Therapy. July 26. — 29. 1990. Title: "Image and Symbol: The Linking of the Transference Countertransference Phenomena"
Information: Mrs. M. Della Cagnoletta, IF 219 Earl's Court Rd., London SW5, 9 BN, U. K. Tel.: 1-3700520.
Mr. M. Erisman, Helvetiastr. 21, CH-3005 Bern, Tel.: 031-520622 or 031-435058

Playback-Theater. 11. — 13. 5. 1990 in Schaffhausen. Kontakt: Moreno Institut für Psychotherapie und Sozialpädagogik. Schickhardstr. 49, 7000 Stuttgart 1, Tel.: 0711-606707