

Gestaltungstherapie als Therapie mit bildnerischen Mitteln auf tiefenpsychologischer Grundlage

H. Schrode

Zusammenfassung .

Die hier vorgestellte Gestaltungstherapie hat sich in den letzten 20 Jahren gleichzeitig in verschiedenen psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken entwickelt. Den Ausgangspunkt des therapeutischen Geschehens bildet regelmäßig das spontane und intuitive bildhafte oder plastische Gestalten des Patienten in einem vorher vereinbartem Setting. Beim unmittelbar sich anschließenden tiefenpsychologisch fundierten Gespräch werden das Gestaltete und die dabei spürbar und beobachtbar gewordenen Emotionen reflektiert. Der Gestaltungstherapeut schafft für den Patienten Bedingungen, unter denen unreflektierte, vom Überich unzensierte Impulse in das gestaltende Tun einfließen können.

Eine wichtige Voraussetzung bildet die therapeutische Beziehung die in der Gestaltungstherapie auf Patient, Gestaltung und Gestaltungstherapeut erweitert wird. Indiziert ist Gestaltungstherapie überall dort, wo unbewusste und verdrängte Impulse erschlossen werden müssen und eine Regression im Dienste des Ich notwendig wird. Beim therapeutischen Prozess lassen sich verschiedene Stufen oder Schritte beobachten. Anhand der schematischen Darstellung des Therapieprozesses wird die Arbeitsweise des Gestaltungstherapeuten beschrieben.

Auch in der Gruppenarbeit liegt der Schwerpunkt auf der individuellen Gestaltung und der Bedeutung, die ihr vom einzelnen Patienten gegeben wird. Trotzdem können Störungen und Entwicklungen im interaktionellen Bereich bildhaft sichtbar gemacht und reflektiert werden. Bestimmte Angebote, wie z. B. das gemeinsame Malen auf einer großen Papierfläche, lenken die Aufmerksamkeit auf die Dynamik innerhalb der Gruppe und auf die latenten Gruppenprozesse. Eine sorgfältige Indikationsstellung, ist besonders bei unstrukturierten, averbalen Gruppenaktionen notwendig. Da sich Gestaltungstherapie wesentlich von einem freien kreativen Angebot an die Patienten unterscheidet, ergeben sich bestimmte Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Gestaltungstherapeuten.

Einleitung

Zeichnen, Malen und Formen sind elementare Lebensäußerungen des Menschen wie Singen und Tanzen. In vielfältiger Weise kann dieses manuelle Gestalten in unserem Leben bedeutsam werden, z. B. in der Gestaltung der Umwelt, als Kommunikationsmittel oder als lustvoll erlebte Betätigung. In Diagnose und Therapie von psychischen Entwicklungsstörungen und Erkrankungen wird es in verschiedener Form eingesetzt, bei nichtsprachlichen Testverfahren, als kathartische Möglichkeit und als Ergänzung von sprachlichen Interaktionen. In der komplexen Psychologie (C. G. Jung) erhalten die Gestaltungsprodukte des Patienten eine ähnlich wichtige Bedeutung wie die Träume.

Von Gestaltungstherapie kann dann gesprochen werden, wenn das bildhafte oder plastische Gestalten (d. h. die Tätigkeit, nicht nur das Produkt) regelmäßig, innerhalb eines vereinbarten Settings und in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, zum Ausgangspunkt eines therapeutischen Geschehens wird.

Zum Verständnis des Gestaltungsprozesses, der Gestaltungen und der therapeutisch relevanten Beziehung Patient-Gestaltung-Therapeut können neben den Theorien der Psychoanalyse und der komplexen Psychologie andere Wissenschaftsgebiete wie Entwicklungs- und Ichpsychologie sowie Gestalt-, Ausdrucks- und Kunstpsychologie beitragen.

Für die tiefenpsychologisch und analytisch orientierte Gestaltungstherapie von Bedeutung sind die Arbeiten von Franzke (1977), Biniek (1982) und Janssen (1982), die auch ausführliche Literaturangaben enthalten.

Der Schwerpunkt meiner eigenen Tätigkeit liegt auf dem methodischen Ausbau der Gestaltungstherapie und der Entwicklung spezieller Arbeitsweisen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen und in unterschiedlichen Kombinationen mit analytischer Einzel- und Gruppentherapie (Schrode 1978, 1979, 1981). In der vorliegenden Arbeit möchte ich auf bisher wenig beachtete Gesichtspunkte hinweisen, die für meine praktische Tätigkeit von besonderer Bedeutung geworden sind.

Ich arbeitete als Gestaltungstherapeutin in der Sonnenberg Klinik in Stuttgart, einer Fachklinik für analytische Psychotherapie (102 Betten). Jeder Patient hat bei uns außer der medizinischen und pflegerischen Versorgung als zentrales Therapieangebot entweder eine analytische Gruppentherapie oder eine analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie bei einem vollausgebildeten Analytiker. Dieses Therapieangebot wird ergänzt durch individuell verordnete oder vom Patienten ausgewählte Spezialtherapien: Psychodrama, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Körperwahrnehmungstraining und Gestaltungstherapie. Diese Spezialtherapieformen nützen die nicht-verbale Ausdrucks-, Abreaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten der Patienten zur Intensivierung des psychischen Heilungsprozesses. Bei der Behandlung von schweren psychischen Störungen hat oft nur die Kombination von verbalen und averbalen Methoden Aussicht auf Erfolg.

Spezielle therapeutische Möglichkeiten der Gestaltungstherapie

Neu in die Klinik aufgenommene Patienten betrachten das bildhafte Gestalten größtenteils mit Herablassung («kenne ich vom Kindergarten») oder mit Angst und Neid («das kann ich nicht, mir, fehlt die Begabung»). Einige wenige freuen sich, dass sie endlich Zeit und Gelegenheit haben, kreativ zu gestalten. Allen gemeinsam ist jedoch die Vorstellung, dass sie beim Gestalten ihren bewusst erfassten Wünschen, Ideen und Emotionen bildhaften oder plastischen Ausdruck verleihen sollen. Ungeübte erleben hierbei rasch und oft schmerzhaft ihre begrenzten Fähigkeiten; Erfahrene finden eine gewisse Befriedigung und Selbstbestätigung. Zum therapeutisch relevanten Geschehen wird dieses Gestalten jedoch erst durch die Hereinnahme in die traditionelle, überwiegend verbal orientierte Psychotherapie. Die sprachliche Kommunikation wird hierbei durch den bildhaften oder plastischen Ausdruck ergänzt.

Da mir bekannt war, dass sowohl in der Ontogenese wie in der Phylogenese die bildhafte Vorstellung vor dem sprachlichen Begriff kommt, gab ich mich mit dem zuvor Geschilderten nicht zufrieden. Die bildhaften Äußerungen von Kindern vor der Schulreife wiesen mich auf eine andere Möglichkeit hin.

Ein Kind ergreift impulsiv einen Stift oder eine Kreide und hinterlässt damit durch seinen

Drang nach motorischer Aktivität eine Bewegungsspur. Diese Bewegungsspur erfasst das Kind als Gestalt. Mit Hilfe seiner Phantasie wird diese Gestalt ergänzt und prägnanter gemacht und wird somit dem sprachlichen Ausdruck zugänglich. Das Kind benennt das Gestaltete mit den ihm zur Verfügung stehenden Begriffen wie Haus, Hund, Mama usw. Dass auch wir Erwachsene gelegentlich in ähnlicher Weise vom unreflektierten Impuls oder einem Spannungszustand über die Bewegung unserer Hände und Finger zu einer sichtbaren Bewegungsspur kommen, bezeugen Notizblöcke und Terminkalender, die während des Telefonierens mit Kritzeleien und Bildern geschmückt werden. Auch manches Schülerheft zeigt ähnlich entstandene Zeichnungen.

Verschiedene mögliche Abfolgen vom unreflektierten Impuls bis zur wahrnehmbaren Äußerung können in Form von Reihen miteinander verglichen werden:

1 a: Impuls, → Wahrnehmung, → **Sprechen**
 Spannung begriffliches Denken

1 b: Impuls, → Wahrnehmung, → **bildhafte Gestalt** → **Sprechen**
 Spannung begriffliches Denken

2: Impuls, → **Motorik und Bewe-** → Phantasie → begriff. → **Sprechen**
 Spannung **gungsspur** bildhaft. Denken Denken

Unter 1 a ist der Weg aufgezeigt von einem unreflektierten Impuls oder einer psychischen Spannung über das bewusste Wahrnehmen und das Erfassen mit Hilfe des begrifflichen Denkens bis zum sprachlichen Ausdruck: ein Impuls oder Spannungszustand wird mir bewusst → ich denke nach und erfasse es begrifflich, → dann kann ich es äußern und darüber sprechen.

Analog dieser Reihe kann der Ablauf beim Gestalten aussehen (1 b): ein Impuls oder Spannungszustand wird wahrgenommen und bedacht → dem bewusst gewordenen Inhalt wird eine bildhafte Gestalt gegeben, → über die dann gesprochen werden kann.

Die Voraussetzungen vor der Gestaltung sind deshalb dieselben wie bei 1 a vor dem sprachlichen Ausdruck, nur wird der Prozess des Nachdenkens, des bewussten Reflektierens auf die Zeit des Gestaltens ausgedehnt und u. U. intensiviert.

Unter **2** steht die Abfolge beim impulsiven, unreflektierten Gestalten: Eine psychische Spannung drückt sich in motorischer Aktivität aus und hinterlässt eine Bewegungsspur, → diese erhält durch die Phantasietätigkeit (auch bildhaftes Denken genannt) eine Gestalt, → die erkannt, begriffen → und benannt werden kann.

Wenn wir jetzt 1 b und 2 miteinander vergleichen, fällt uns folgender Unterschied auf: bei 1 b folgt die Gestalt auf eine bewusste Intention, bei 2 ergibt sich die Gestalt aus der Motorik.

Die Gestalt wird Anlass zur Phantasietätigkeit und erst jetzt, am Ende der Kette, steht die bewusste Intention zum sprachlichen Ausdruck.

Ein weiterer Unterschied wird durch Kursivschrift hervorgehoben: bei 1 a wird erst das letzte Glied beobachtbar, also öffentlich, bei 1 b ist dies die Gestalt, bei 2 dagegen schon die Bewegung, welche die Bewegungsspur hervorbringt.

Von oben nach unten verschiebt sich also das Beobachtbare immer weiter weg von der Sprache, bei 2 sogar von der bewussten Intention in die Richtung zum unreflektierten, ursprünglichen Impuls. Hier sehe ich eine Möglichkeit, dass wir eingefahrene Abwehrmechanismen beim Gestalten zurückdrängen, aufschieben oder ausschalten können. Ein vom Überich verbotener Impuls kann gewöhnlich nicht die Schwelle zur Öffentlichkeit überschreiten. In der alternativen Abfolge entsprechend der unteren Reihe auf der Skizze, besteht die Möglichkeit, mit einem gut motivierten Patienten diesen Impuls aus dem Gestalteten zu erschließen.

Wir müssen also in der Gestaltungstherapie Bedingungen schaffen, die solch unreflektiertes Gestalten möglich machen, damit der Impuls ohne Behinderung in Motorik und Gestaltung umgewandelt werden kann. Das spontane Gestalten ist ein Spiel, ein Abenteuer mit ungewissem Ausgang. Ängstliche Patienten benötigen wie Kinder dazu eine gute Bezugsperson und eine entsprechende Umgebung ohne Ablenkungen und Störungen. Dies muss der Gestaltungstherapeut in der Vorbereitung beachten. Das Material muss einen Aufforderungscharakter besitzen und so beschaffen sein, dass der Patient keine besondere Übung und keine Werkzeuge benötigt, um gestalten zu können. Komplizierte Werktechniken kommen deshalb nicht in Frage. Neue, ungewohnte Techniken wie das Zeichnen mit beiden Händen gleichzeitig, das Malen direkt mit den Fingern oder das Formen mit geschlossenen Augen, fördern das spielerische Gestalten. Als Hilfen können zu Beginn einer Therapie die vorhandenen Emotionen aktiviert und verstärkt werden durch entsprechende Musik oder durch Themen mit symbolischer Bedeutung.

Eine Besonderheit beim spontanen Gestalten ist die rasche Lösung des Spannungszustandes, die für den Kranken eine spürbare Entlastung bringt.

Außer dem Bedürfnis nach motorischer Aktivität können wir auch noch andere Entsprechungen zu kindlichen Bedürfnissen feststellen. Analog zu den verschiedenen Stufen der Triebentwicklung unterscheiden wir oral-kaptative Bedürfnisse, anal-retentive, epidermale, urethrale und manuelle Bedürfnisse. Diese können beim Gestalten entweder direkt oder sublimiert befriedigt werden.

Beim Formen mit Ton kann ich erleben: »Ich nehme mir etwas« - »ich behalte etwas - halte etwas fest« - »ich streiche die Oberfläche glatt«. Die Beschaffenheit des Materials wird sehr intensiv erlebt, wenn der Tastsinn aktiviert wird. Beim Malen mit Fingerfarben wird die Farbe als Substanz angefasst und erfasst, dabei kann sich anale Lust am Schmieren ergeben. Gegenüber einer nur in der Phantasie erlebten Befriedigung dieser Bedürfnisse unterscheidet sich dies dadurch, dass im Bild, in der Form ein vorher, nicht dagewesenes Stück Wirklichkeit entstanden ist, das gesehen und betastet werden kann, und das eine Synthese zwischen Innerem Äußerem, meist auch eine Synthese zwischen Unbewusstem und Bewusstem darstellt.

Indikation für Gestaltungstherapie

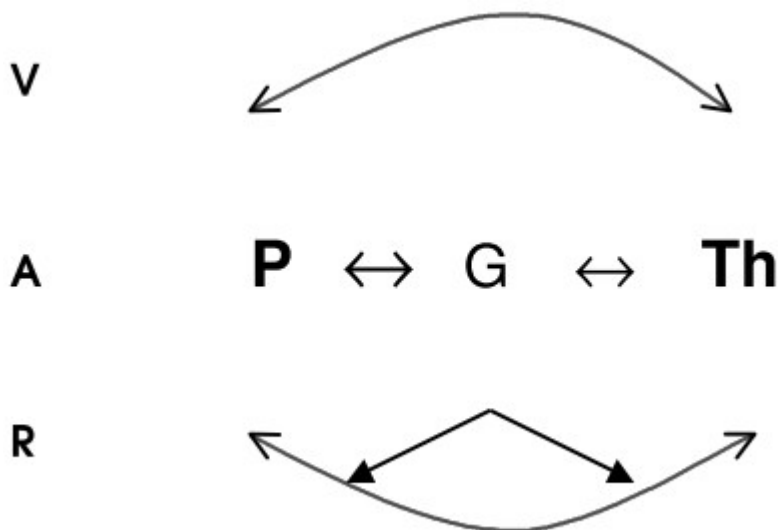
Aus diesen Überlegungen ergeben sich erste Anhaltspunkte für die Indikation:

Gestaltungstherapie ist immer dann angezeigt, wenn die Therapie eine »Regression im Dienste des Ich« erfordert, also bei neurotischen Störungen, Frühstörungen, Borderline-Erkrankungen. Um der Gefahr einer malignen Regression vorzubeugen, muss der Therapeut das Aufarbeiten des Gestalteten und die Integration in die Persönlichkeit zielbewusst anstreben, weil die rasche Spannungslösung für manche Patienten zur Gefahr werden kann. Auch hysterische Patienten mit der Neigung zum Agieren bedürfen besonderer Beachtung.

Beim Auftreten von psychotischen Symptomen oder Bildinhalten kann die Therapie mit entsprechender Behutsamkeit weitergeführt werden. Hier gehe ich auf Rückzugswünsche des Patienten wie kürzere Therapiezeit, anderes Material usw. ein. Belastende Bilder können bei mir in Verwahrung gegeben werden. Für die weitere Therapie ist entscheidend, ob die persönliche Beziehung bestehen bleibt und wie gut die verschiedenen Therapeuten und Schwestern zusammenarbeiten. Patienten mit Sprachstörungen, welche sich in einer rein verbalen Gruppe als Außenseiter fühlen, sind meist in kurzer Zeit in eine Gestaltungstherapie-Gruppe integriert. Dagegen ist es oft sehr schwierig, Menschen mit guter Verbalisierungsfähigkeit für das Gestalten zu motivieren.

Die Beziehung zwischen Patient, Gestaltung und Gestaltungstherapeut

Mit einer Skizze möchte ich auf eine Besonderheit in der Gestaltungstherapie hinweisen: außer der Beziehung zwischen Patient und Therapeut entsteht auch eine wichtige Beziehung Patient-Gestaltung-Therapeut.



Der Bogen über den Buchstaben (mit doppelter Pfeilrichtung), soll auf die schon erwähnte Notwendigkeit hinweisen, vor dem Gestalten einen Kontakt herzustellen. Manche Patienten wagen sich erst an das spontane Gestalten, wenn es dem Therapeuten gelungen ist, eine

angstfreie Atmosphäre herzustellen. Andere dagegen würden ohne Arbeitsbündnis, das zu Beginn geschlossen und immer wiedererneuert wird, nur Entspannung und Ablenkung suchen und nach dem Gestalten das gemeinsame Reflektieren verweigern. Auf Übertragung und Gegenübertragung, kann ich hier nicht näher eingehen. Wie in jeder tiefenpsychologisch orientierten Therapie bedarf dies besonderer Beachtung.

Das **V** auf der linken Seite steht für Vorbereitungsphase. Sie kann individuell gestaltet werden. Meist wird der Kontakt mit Gruß und Gespräch hergestellt; eine Zeit der Besinnung oder gemeinsames Musikhören kann hinzukommen.

Die Aktionsphase (**A**) beginnt, sobald der Patient das bereitgelegte Material ergreift oder sich aus verschiedenen Materialien das Gewünschte auswählt. Für 30-50 Minuten tritt nun die Beziehung zum Therapeuten etwas in den Hintergrund und die Aufmerksamkeit richtet sich mehr auf das, was unter den Händen entsteht, die Gestaltung (**G**). Der dicke Pfeil soll den intensiven Austausch zwischen Gestalter und der sich ständig wandelnden Gestaltung anzeigen, den ich einen »inneren Dialog« nenne. Während dem Gestaltungsprozess wirkt nicht nur der Patient (**P**) auf die Gestaltung ein, sondern das Gestaltete wirkt permanent wieder zurück auf den Urheber. Der jeweilige Eindruck verstärkt (oder beschwichtigt) seine Emotionen und lässt Erinnerungen auftauchen, die ihn wiederum bewegen, die Gestaltung entsprechend weiterzuführen. Der dünnere Pfeil soll den Bezug anzeigen, den der Therapeut (**Th**) zur Gestaltung herstellt. Wenn eine averbale Interaktion bei einem gemeinsamen Bild stattfindet, wird dieser Bezug noch intensiver. Sofern dies möglich und angebracht ist, verzichte ich auf verbale Verständigung in dieser Phase, um den »inneren Dialog« nicht zu stören.

Nach Abschluss des Gestaltungsprozesses und einer unterschiedlich langen Zeit, in der der Patient allein nachdenken möchte, kann er dann Einfälle, Gedanken, Emotionen und Einsichten mitteilen. Ich nenne dies Reflexionsphase (**R**). Gerade jetzt, unmittelbar nach dem Gestalten, ist der ursprüngliche Affekt oder Impuls noch spürbar. Deshalb ist das Gespräch mit dem Gestaltungstherapeuten, der ja mit dabei war, nicht durch ein Gespräch mit dem Analytiker zu ersetzen, das erst Stunden oder Tage danach stattfindet. Die Pfeilbögen unter den Buchstaben sollen zeigen, dass im Mittelpunkt des Gespräches das Gestaltete und der Gestaltungsprozess steht.

Je nach Methode oder Therapieziel kann am Ende der Therapiestunde auch wieder der Bezug zur Gestaltung verlassen werden, oder die Gestaltung wird nach ihrer Aussage über die Beziehung zwischen Patient und Therapeut befragt.

Der gestaltungstherapeutische Prozess und die Arbeitsweise des Gestaltungstherapeuten

Mit Hilfe einer schematischen Darstellung kann der Ablauf des gestaltungstherapeutischen Prozesses aufgezeigt werden.

Vorbedingungen: Kontakt -Milieu- Material

- 1 Spielen
- 2 Motorische, haptische, visuelle Erfahrungen
- 3 Stärkere Emotionen
- 4 Erinnern, assoziieren
- 5 Verdrängte; unbewusste Inhalte, archetypische Symbole
- 6 Reflektieren
- 7 Verbindungen herstellen

Die unter 1 bis 7 genannten, deutlich beobachtbarere, abgrenzbaren Stufen eines Geschehens innerhalb einer Therapiestunde, auch Schwerpunkte während eines Therapieverlaufes, kennzeichnen den gestaltungstherapeutischen Prozess. Sie können teilweise zeitlich zusammenfallen. Beim spielerischen Gestalten kann der Patient neue visuelle, haptische und motorische Erfahrungen machen. Diese verstärken oder verändern seine Emotionen. Erinnerungen und Assoziationen provozieren bisher verdrängte oder noch unbewusste Inhalte, Unbeabsichtigtes kommt ins Bild und kann angeschaut werden. Auf dieser Stufe werden meist auch archetypische Symbole sichtbar. Die gemeinsame Betrachtung schließt den gesamten Prozess ein und nicht nur das Endprodukt. Von den verschiedenen Bearbeitungsebenen möchte ich nur einige nennen: wie bei Träumen müssen wir Objekt- und Subjektstufe beachten. Auch mögliche Lösungen zu aktuellen Fragen können sich anzeigen, und wie schon erwähnt, kann auch die Übertragung zum Gestaltungstherapeuten erschlossen werden. Da Gestaltungstherapie meist Teil eines umfassenderen Therapiekonzeptes ist, sehe ich die Notwendigkeit, dass der Patient, gegebenenfalls mit Hilfe des Therapeuten, einen Bezug zu den anderen Therapien herstellt.

Ich möchte nun entsprechend dieser Abfolge auf einige wichtige Aufgaben des Therapeuten aufmerksam machen.

Die Vorbereitung erfordert Zeit und Sorgfalt, schon bevor der Patient zur Therapie erscheint. Dies muss in der Zeitplanung berücksichtigt werden. Das Material muss Aufforderungscharakter besitzen, deshalb bevorzuge ich farbige Kreide, Fingerfarben und Ton. Auch die Wahl des Raumes spielt eine Rolle und muss deshalb bedacht werden; in einer typischen Werkstatt kann sich eine Gestaltungstherapie nicht gut entfalten.

Neben den initialen Hilfen für den spielerischen Einstieg benötigen unerfahrene Patienten gelegentlich Aufmunterung und Hinweise, damit sie ihre Wahrnehmungsfähigkeit entwickeln und verfeinern und klischeehafte Vorbilder überwinden können. Ob unsere Patienten heftige, spontan aufkommende Emotionen wie Angst, Wut oder Weinen erleben und zeigen können, hängt auch davon ab, ob der Therapeut dies verständnisvoll toleriert oder, wo dies sinnvoll ist, positiv verstärken kann. Dadurch wird er zur Stütze, zu einem Objekt, das Sicherheit vermittelt, was für Frühgestörte von großer Bedeutung ist. Ich achte besonders darauf, dass zur Gefühlsentladung keine äußere Aktion, sondern der bildhaft-symbolische Ausdruck benützt wird. Dies halte ich für ein wesentliches Merkmal der Gestaltungstherapie im Unterschied zu anderen averbalen Therapieformen.

Beim Auftauchen von archetypischen Symbolen benütze ich als Hilfe für den Patienten die Technik des Amplifizierens: wir sammeln Einfälle aus dem Sprachgebrauch, aus Märchen und Mythen. Entscheidend bleibt jedoch immer die individuelle Bedeutung, die der Urheber selbst seiner Gestaltung gibt.

Gestaltungstherapie in der Gruppe

Gestaltungstherapie wird bei uns wie in anderen Kliniken überwiegend in Gruppen angeboten. Einzeltherapie bleibt die Ausnahme in begründeten Fällen. Durch die Spiegelwirkung der Gruppe und die Verstärkung der Emotionen in der Gruppe wird der therapeutische Prozess intensiviert und beschleunigt. Ich arbeite vorwiegend mit geschlossenen Gruppen von fünf bis sechs Patienten, zweimal wöchentlich.

Zu Beginn einer Gruppe konzentriert

Interesse der Patienten auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gestalteten und auf die Beziehung zur Gestaltungstherapeutin. Die Gruppe wird in diesem Stadium meist als Belastung empfunden. Sie bietet jedoch manchen Patienten auch Schutz vor zu großer Nähe der Beziehung zur Therapeutin und den sich daraus ergebenden Problemen. Damit spontanes Gestalten mit seiner regressiven Tendenz möglich werden kann, richte ich zu Beginn meine Aufmerksamkeit auf eine möglichst angstfreie Gruppenatmosphäre. Interpretationen, die sich auf die Gruppensituation beziehen; benütze ich erst dann, wenn in den Gestaltungen Kontaktängste oder Probleme im interaktionellen Bereich (auch Verschmelzungswünsche) sichtbar werden. In der Regel sind die Gruppenmitglieder etwa ab der zehnten Sitzung bereit, die Gruppe nicht mehr als Störfaktor, sondern als Bereicherung und Chance zu betrachten. Wenn die Gruppe längere Zeit konstant bleibt, schlage ich dann gemeinsame averbale Aktionen vor, entweder als Dialog-Malen (zu zweit) oder als Gruppenaktion mit bestimmter Intention oder mit Thema. Als Techniken kommen in Frage: Zeichnen, Malen, Formen oder Bilderkollage.

Entsprechend der Minimalstrukturierung und der freien Interaktionsregel in der verbalen analytischen Gruppentherapie kann in der Gestaltungstherapie ein Angebot gemacht werden, bei dem die Gruppe eine große Papierfläche nach Belieben, aber ohne verbale Verständigung, als Aktionsfeld benutzen kann. Wenn wir uns dabei von dem Wunsch nach einem Bild als Endprodukt freimachen können, erleben wir dynamische Prozesse, die von heftigen Gefühlsreaktionen begleitet werden. Der Verzicht auf Sprache als Verständigung beeinträchtigt die gewohnten Schutz- und Abwehrfunktionen. Zugleich bewirkt dies eine vorübergehende, partielle Regression auf eine vorsprachliche Kommunikationsstufe. Die dabei auftretenden starken Ängste und Aggressionen müssen sorgfältig im Gespräch und in weiteren Gestaltungen, auch Einzelgestaltungen, aufgearbeitet werden. Kontraindiziert ist diese Technik bei sehr labilen und psychosegefährdeten Patienten.

Die Gleichzeitigkeit von analytischer Therapie und Gestaltungstherapie ist nur möglich, wenn die Therapeuten sich gegenseitig Vertrauen schenken und sich regelmäßig über den Verlauf der Therapie verständigen.

Kasuistisches Material aus Gestaltungstherapie-Gruppen enthalten meine früheren Veröffentlichungen (Schrode 1978, 1981).

Die Qualifikation des Gestaltungstherapeuten

Im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit in der Klinik wurde mir immer deutlicher bewusst, dass für eine verantwortungsbewusste gestaltungstherapeutische Arbeit eine systematische Weiterbildung dringend erforderlich ist. Die bisher praktizierte Übertragung von anderen Methoden (z.B. PsychodramaThemenzentrierte Interaktion) und von psychoanalytischen Techniken auf die Gestaltungstherapie ist auf die Dauer unbefriedigend. Aus dieser Erkenntnis heraus arbeitete ich zusammen mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kliniken der Entwicklung eines speziellen Weiterbildungskonzeptes für Gestaltungstherapeuten.

Diese Weiterbildung still sowohl die theoretischen, methodisch-praktischen wie auch die personenbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausbilden, die für die selbständige und kooperative Durchführung von Gestaltungstherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie erforderlich sind.

Der Lernprozess entwickelt sich über folgende Schritte:

1. Selbsterfahrung (gestaltungstherapeutische Trainingsgruppe und Psychoanalyse),
2. Theoretische Auseinandersetzung (mit Tiefenpsychologie, Entwicklungs- und Gruppenpsychologie);
3. Anwendungstraining (verschiedenartige Interventionsstrategien) und kritische Reflexion der eigenen Praxis (mit verschiedenen Supervisionstechniken).

Literatur

Biniek EM (1982) Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln. Die Medizin, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Franzke E (1977) Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Huber, Bern Stuttgart Wien

Janssen PL (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche 6: 541-570

Schrode H (1978) Gestaltungstherapie in der Psychotherapeutischen Klinik. In: Beese F (Hrsg) Stationäre Psychotherapie. Medizinische Psychologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Seite 86-99

Schrode H (1979) Gestaltungstherapie als spezielles Verfahren im Behandlungskonzept stationärer Psychotherapie. Beschäftigungstherapie Rehabil 2: 84-88

Schrode H (1981) Die Gestaltungstherapie-Gruppe als Ergänzung der stationären analytischen Langzeit- Einzeltherapie. Gruppenpsychotherapie Gruppensdynamik 17: 77-95 .

Schrode H (1984) Gestaltungstherapeutische Einzelbehandlung – Bericht über eine stationär durchgeführte Therapie. Heinz Kurz Verlag, Stuttgart

Schrode H (1995) Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Klett-Cotta, Stuttgart