

# DIE KREATIVITÄT DES THERAPEUTEN - EIN ZENTRALER WIRKSAMKEITSAKTOR?

## PROJEKTMITARBEITER:

G.FRANZEN, K. REBOLY, M.BUETER, M. HEIDER, A.  
LEUKHARDT, K.-H. MENZEN  
PTW/AMBULANZ-SFU BERLIN

## KOOPERATIONSPARTNER:

INITA , HANNOVER  
DGKT, WUPPERTAL  
IGRP, HANNOVER

Das multi-zentrierte und pluritheoretische Projekt soll anhand der Schlüsselvariable der Kreativität des Therapeuten die Wirksamkeit dreier Dispositive erforschen. Welchen Einfluss hat die Kreativität auf die Wirksamkeit im Rahmen relationaler Ansätze in der Psychotherapie, Kunsttherapie und Supervision. Inwiefern ist sie ein Faktor, der eine Veränderung begünstigen kann? Im Anschluss an die Arbeiten von Torrance (vgl. Torrance Test of Creative Thinking, 1996) ist die Kreativität durch vier Charakteristiken definiert - fluency, flexibility, originality und adaptability. Ihre Dynamik wird in diesem Projekt in drei verschiedenen Dispositiven analysiert:

-im Rahmen der Kunsttherapie

- im Rahmen der tiefenpsychologisch/psychoanalytisch begründeten Psychotherapie

-im Rahmen der Supervision

Kooperationspartner:

Internationale Gesellschaft für interaktionelle relationale Psychotherapie, künstlerische Therapien, Supervision und Beratung (IGRP)

Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen (DGKT)

Institut für angewandte Psychologie INITA, Hannover

Lehrinstitut für Psychotherapie SFU-Berlin

In den theoretischen Ansätzen von Mihaly Csikszentmihalyi (1997) bekommt die Kreativität eine herausragende Bedeutung zugewiesen, wobei sie als Prozess beschrieben wird, durch den eine symbolische Domäne der Kultur verändert wird. Kreativität ist hier ein Prozess der Selbstaktualisierung, der auch kulturelles Wandlungspotenzial impliziert.

Mit kreativen Methoden lassen sich innere Ressourcen aufbauen aktivieren oder

-wiederbeleben (Kruse, 1997). Die Wirkfaktoren von Kreativität liegen u.a. in der Veränderung der Emotionen, d.h. dem therapeutischen Zugang zur emotionalen Welt eines Individuums um ihm zu helfen seine Gefühle besser kennenzulernen, blockierte Gefühlsbereiche wieder zugänglich zu machen und sich emotional auszudrücken Dabei bietet die kreative Methoden

eine ideale Möglichkeit, solche emotionalen Strukturen zu erkunden und dem Unverstandenen künstlerischen Ausdruck zu geben. Kreativität spielt in der Analytischen Psychologie im Zusammenhang mit der Individuation und dem therapeutischen Prozess als das eigentliche Wirksame eine entscheidende Rolle (Keller, 1995). Diese Verarbeitung setzt besonders in der therapeutischen Anleitung von rezeptiven und imaginativen Verfahren eine kreative Grundhaltung des Therapeuten voraus. Die Kreativität entwickelt sich daher im Wesentlichen aus der therapeutischen Begegnung. Die Intensität der Begegnung (May 1987), führt zu einer Verbesserung der Beziehung und ist in diesem Sinne der eigentliche kreative Akt im psychotherapeutischen Prozess. Auf der Therapeutenseite sind Empathie und Achtsamkeit (Rogers 1990) ein Faktor der Kreativität fördert und ermöglicht. Brodeck (2000) beschreibt das kreative Erleben als Bewusstwerdung: Man betrachtet das Neue, das hervortritt befreit von den unbewussten Schranken gewohnter Normen. Nicht nur ein Flow (M. Csikszentmihalyi 1992), auch alltägliche Prozesse sind durch hohe Achtsamkeit charakterisiert (Brodeck 2000). Der kreative Prozess zeigt sich besonders darin, dass die Einschränkung der Wertungen aufgehoben wird und die Achtsamkeit sich auf die Veränderungen, einen Fluss von Ideen (auf kreative Lösungen fokussierte Assoziationen) oder Wahrnehmungen richtet. Ideen für die Konfliktlösung treten dabei ins Bewusstsein. Hanscarl Leuner (1994) betrachtet die „Verbilderung“ eines unbewussten Gefühls oder Konflikts als eine kreative Ebene, die dem Patienten in seinem Erlebnisfeld eine Art „neuer Wirklichkeit“ .

Die Fähigkeit, Intuitionen und Phantasie als Ressourcen zu nutzen und damit die nahe und ferne Zukunft optimistisch und sinngeladend zu entwerfen (Franzen 2006 u. 2009), sind besonders künstlerische -kreative Eigenschaften. Die Einbindung von rezeptiver Kunsttherapie und imaginativen Verfahren in den therapeutischen Prozess bietet einen Zugangsweg zu verschütteten Ressourcen. Es kann im gesamten Zusammenhang von einem interpersonalen Aspekt gesprochen werden, wobei Medien den psychotherapeutischen Prozess unterstützen. Auch der Therapeut erhält über diesen interpersonalen Prozess kreative Impulse. Dieser Zusammenhang hat in der Praxis der angewandten rezeptiven Kunsttherapie und imaginativen Psychotherapie eine besondere Bedeutung. Hier geht es darum Bilder erlebnishaft zugänglich zu machen und die Wahrnehmungsfähigkeit anzuregen.

Das Gehirn wächst und verändert sich lebenslang/Neuronale Plastizität. Dabei organisiert es sich selbst, und das „schneller, als der Mensch denken könnte“ (Gefühl/Limbisches System arbeitet schneller als der Verstand/Neocortex). Es ist ein Selbstorganisierendes System]

Damit es das tun kann, braucht das Gehirn Zugriff auf alle Daten: Das, was bisher dort abgespeichert ist und das, was aktuell über die Sinnesorgane eingeht. Der optimale innere Zustand mit dem besten Zugriff auf alle Daten ist der Zustand des Flow, der Mensch ist innerlich „im Fluss“. In diesem Flow-Zustand sind ebenso Herzschlag und Atmung optimal miteinander abgestimmt, (es besteht Herzkohärenz), und Verstand und Gefühl haben dasselbe Ziel (liegen nicht im Widerstreit).

Dieser positive Zustand wirkt direkt auf das „Gefühlszentrum“/Limbisches System und veranlasst die Ausschüttung „belohnender Körperchemie“. Es wird beispielsweise Oxytozin (ein Neurotransmitter) ausgeschüttet, was beruhigend, ausgleichend und Vertrauen herstellend wirkt.

Während der Situationen des Flowzustandes und Wohlfühls verändern sich die bestehenden Synapsen und der Prozess des Veränderns hat zusätzlich eine Nachwirkzeit von einigen Stunden. Es ist demnach vorteilhaft, konsequent und regelmäßig einen Zustand dieses Wohlfühls herzustellen, durch gute soziale Kontakte, erfüllende Tätigkeiten, psychotherapeutische Gespräche, Arbeit mit dem Inneren Kind, Herzkohärenz-Training oder anderen geeigneten Herangehensweisen. Verändert wird im Kurzzeitgedächtnis die Funktion (bestehende Synapsen werden verstärkt), im Langzeitgedächtnis die Struktur (neue Synapsen werden gebildet). Da etwa drei Monate nötig sind um das Wachstum zusätzlicher, neuer Synapsen zu ermöglichen, wäre zu vermuten, dass nach drei Monaten konsequenten Achtsens auf inneres Wohlfühl, eine einschneidende Veränderung stattfinden könnte.

Am Grad und der Ausprägung der Achtsamkeit, Empathie und Assoziationen kann das kreative Potenzial des Therapeuten bestimmt werden. Ausführungen zu günstigen Therapievariablen in Anlehnung an Grawe (2004), könnten dann auf auch auf den kreativen Prozess der Therapeuten bezogen werden:

- Eine sichere Bindungsbeziehung mit einem Kompetenz, Verständnis und persönliches Engagement ausstrahlenden Therapeuten

- Den Patienten mit möglichst vielen Wahrnehmungen versorgen, die einen positiven Wert für seine wichtigsten motivationalen Ziele haben
- Explizite Aktivierung wichtiger positiver motivationaler Ziele des Patienten, die ihn in eine möglichst starke Annäherungsorientierung bringen

#### Methoden

Untersucht werden unter Berücksichtigung tiefenhermeneutischer und phänomenologischer Forschungsmethoden folgende Wirksamkeitsfaktoren der therapeutischen Kreativität:

=> Aktivierung von Ressourcen

=> Empathie

=> Emotionale Teilhabe

=> Achtsamkeit

=> Lösungsorientierte Assoziationen

=> Problemsensitivität, Flüssigkeit, Neudefinition, Elaboration, Originalität, Flexibilität (Guilford)

In vorhandener Forschung wurden verschiedene Wirkfaktoren von Kreativität, die sich positiv auf die Psyche eines Menschen auswirken können, definiert. Beispielhaft zu nennen wären erhöhte Aufmerksamkeit, positive Gefühle, positive Beeinflussung von Selbstwertgefühl und soziales Verhalten, Förderung der Selbstexploration und Selbstexpression, Kommunikation, Verständnis und Klärungsmodelle, Integration, symbolisches Denken, Kreativität (Strauß, 2019), prozessuale Aktivierung und Ressourcenaktivierung (Grawe, 2004). Diese Faktoren können durch eine gesunde und stabile Patient\*innen-Therapeut\*innen Beziehung verstärkt werden (Petersen, 2002). Diese Wirkfaktoren gilt es in kunsttherapeutischer Forschung noch weiter zu explorieren und auszubauen.

Ergänzend soll in Anlehnung an Truax (1961) und des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB), eine Erweiterung der Skala (Selbstexploration ist verbalisiertes Selbsterleben) auf das kreative Erleben des Therapeuten im Rahmen des oben beschriebenen Therapieverfahrens entwickelt werden. Im Rahmen einer Untersuchung von Psychotherapieausbildungskandidaten am Institut INITA, das SFU-Berlin und DGKT-Ausbildungsinstituten sollen dann Selbst- und Fremdbeurteilungsmethoden eingesetzt, exploriert und evaluiert werden.

Zu Beginn der Therapie werden von der behandelnden Person folgende Daten erhoben:

- Der Kontext des Falles (Institution/Klinik/Praxis, Qualifikation des/r Behandlers/in, Finanzierung usw.)
- anfängliche Symptomatik, Gründe für das Aufsuchen einer Psychotherapie
- psychopathologischer Befund
- kurze biografische Anamnese (Geschlecht, Alter, keine genauen Details)
- Psychodynamische Fallbeschreibung mit Konflikten und Struktureinschätzung, Komplexen (Emotion, inneren Bildern von Ich, Objekt, Beziehung und kreative Bewältigungsstrategien).
- Ressourcen/Stärken
- ICD-Diagnose
- Therapieziele, Therapieplan und Prognose

Formulare und Messinstrumente (BIKEB, MDBF, ISR und Lebenszufriedenheit FLZ, Einverständniserklärung) zugeschickt, um diese vom Klienten oder der Klientin bei Studienbeginn ausfüllen zu lassen. Zudem erhalten Sie die GAF-Skala, die Sie selbst ausfüllen sollen

- .

- Den Klient/innen werden die quantitativen Messinstrumente ( BIKEB, MDBF,ISR, LZ) zu Beginn der Therapie, idealerweise nach der ersten Sitzung, zum Ausfüllen vorgelegt.

Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) evaluiert möglichst umfassend den Status und den Schweregrads psychischer Störungen im Rahmen einer Selbstbeurteilung durch den Patienten.

Der MDBF (Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen) wird generell bei Erwachsenen und Jugendlichen angewendet und dient der Therapieevaluation und Grundlagenforschung, vor allem im Bereich der „Emotionspsychologie, Psychophysiologie und Psychopharmakologie, aber auch angewandte Forschung in der Gesundheitspsychologie, Sportpsychologie, Ökopsychologie etc.“ (MDBF - Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen | Hogrefe, o. J.). Er besteht aus 24 Items mit einer jeweiligen Antwortskala von 1 bis 5, die für die Messung dreier bipolarer Dimensionen der aktuellen Befindlichkeit ausgelegt sind. Diese sind: „Gute-Schlechte Stimmung“, „Wachheit-Müdigkeit“, und „Ruhe-Unruhe“. Es gibt zwei verschiedene

Kurzformen und eine Langform, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten an die Teilnehmenden ausgeteilt werden, um den Verlauf von psychischen Befindlichkeiten zu messen.

- Der Therapeut oder die Therapeutin nimmt zu Beginn der Therapie eine Einschätzung des Funktionsniveaus auf der GAF-Skala vor.

Die Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus auf Achse V erfolgt anhand der GAF (Global Assessment of Functioning) –Skala<sup>1</sup>. Die GAF-Skala kann insbesondere dazu dienen, die umfassenden Aussagen über den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Die Instruktionen geben vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“. In den meisten Fällen sollte die Bewertung der GAF-Skala sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalawert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlung und Fürsorge widerspiegelt.

Die Therapie wird nach Einschätzung des Therapeuten durchgeführt.

- Die behandelnde Person dokumentiert möglichst alle kreativen Prozesse und Subjektiv wahrgenommenes kreatives Erleben unkommentiert mit Datum, auch wenn sie nicht alle in der Therapie besprochen wurden.

- Ebenfalls werden über den Verlauf der Therapie zugänglich gemachte Bilder, Fotos von und anderes symbolisches Material mit Datum dokumentiert.

Am Ende der Therapie werden dieselben quantitativen Messinstrumente den Klient/innen erneut zum Ausfüllen vorgelegt (ISR, BIKEB MDBF und Lebenszufriedenheit), der Therapeut oder die Therapeutin nehmen erneut eine Einschätzung des Funktionsniveaus des Klienten oder der Klientin auf der GAF-Skala vor. Klient/innen werden gebeten, sich für eine Nachbefragung (zum Beispiel nach sechs Monaten) zur Verfügung zu stellen .

Der Therapeut/die Therapeutin verfasst einen Bericht über den Verlauf der Therapie.

- Knoten- und Wendepunkte
- welche zentralen Komplexe wurden kreativ bearbeitet und wie haben sie sich verändert?

- Auftauchende kreative Wendungen, wichtige Symbole
- Veränderungen der Psychodynamik
- Veränderungen der Symptomatik, Veränderungsprozesse durch kreative Interventionen
- Globale Einschätzung des Erfolges der Therapie.

Die gesammelten Daten und Materialien werden am Ende der Therapie an das Projektteam gesendet.

Evtl. wird sich das Forschungsteam im Anschluss an die Auswertung der Daten mit spezifischen Fragen an den behandelnden Therapeuten oder die behandelnde Therapeutin wenden.

#### Literatur:

Brodeck, K.H. (2000). Mut zu eigener Kreativität. Freiburg: Herder.

Csikszentmihalyi, M. (1997). Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta. Csikszentmihalyi, M. (1992). Flow. Stuttgart: Klett-Cotta.

K. Brunner & M.Sell (Hrsg.) Transaktionsanalytische Supervision in Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.

Franz, J. (2007): Wie Kunst verändern kann. Resonanzphänomene über Spiegelneurone. In: Imagination 25. Jahrg. Nr.3/2007, 60-71. Wien: Facultas.

Franzen, G. (2003). Das salutogenetische Modell unter dem transkulturellen Gesichtspunkt: Konfliktinhalt und Konfliktdynamik, In: Klaus Jork/Nossrat Peseschkian (Hrsg.) Salutogenes und Positive Psychotherapie, 104-108, Bern: Hans Huber.

Franzen, G. (2009). (Hrsg.). Kunst und seelische Gesundheit. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Franzen, G. (2020). Psychotherapie, Kunst & Kreativität. In: A.Pritz/J.Fiegl, H.Laubreuter/B.Riekken. Universitäres Psychotherapiestudium. S.447-466. Lengerich: Pabst.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Jansen-Osmann P (2008). Die künstlerischen Therapien im Zeitalter der Neurowissenschaften. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 19 (1), 1-10. Göttingen: Hogrefe

Keller et al. (1995). Wirkfaktoren in der Analytischen Psychologie aus der Sicht C.G. Jung und der empirischen Psychotherapieforschung. In: Tschuschke, V. Czogalik (Hrsg.):



Psychotherapie -Welche Effekte verändern?

Kruse, O. (1997) (Hrsg.) Kreativität als Ressource für Veränderung und Wachstum.

Tübingen: dgvt.

Leuner, H. (1994). Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Göttingen: Hans Huber.

May, R. (1987): Der Mut zur Kreativität. Paderborn: Junfermann.

MDBF - Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen | Hogrefe. (o. J.). Abgerufen 17. April 2023, von <https://www.hogrefe.com/de/shop/der-mehrdimensionale-befindlichkeitsfragebogen.html>

Miake-Lye, I. M., Shekelle, P. G., Apaydin, E. A., Mak, S. S., Begashaw, M. M., & Beroes-Severin, J. M. (2019). Evidence Map of Art Therapy.

Menzen, K.H. (2022) Das Vor-und Unbewusste. Im Zentrum der inneren Bilder. Pabst: Lengerich.

Rogers, C. (1990). Auf dem Wege zu einer Theorie der Kreativität. In: H. Petzold u. I. Orth (Hrsg.). Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie. Bd. I. Paderborn: Junfermann.

Salber, W. (1999): Kunst-Psychologie-Behandlung. Köln: Walther König.

Sell, M. (2018): Interaktionelle Relationale Grunderfahrung: Psychotherapie (Interaktionelle Relationale Grunderfahrung: Interaktionelle Relationale Psychotherapie). INITA. Hannover.

Strauß, B. (2019), Forschung in der Kunsttherapie. In P. Marius, F. Sprei & P. Henningsen (Hrsg.) Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Elsevier.

Uttley, L., Stevenson, M., Scope, A., Rawdin, A., & Sutton, A. (2015). The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. BMC psychiatry, 15(1), 1-13.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (o. J.). Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Abgerufen 25. April 2023, von <https://www.wbpsychotherapie.de/>

Truax, Ch.B., Carkhuff, R.R. & Douds, J. (1964). Toward and integration of the didactic and Experiential approaches to training in counselling and psychotherapy. Journal of counselling psychology, 11, 3, 240 - 248.