

Zur Bedeutung der Kunsttherapie in der Psychiatrie: Geschichte und Gegenwart

L. G. Dix, H. J. Koch

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, HELIOS Klinikum Aue

Zusammenfassung

Die Kunsttherapie als integraler Bestandteil der modernen psychiatrischen Behandlung hat einen facettenreichen Entstehungsweg von über 100 Jahren hinter sich. Einige Meilensteine dieser erfolgreichen Entwicklung, die für die Etablierung der Kunsttherapie in der Psychiatrie entscheidend waren, werden in dieser Arbeit vorgestellt und diskutiert. Die Stellung psychiatrischer Patienten in der Gesellschaft um 1900 erschwerte das Bemühen um Verständnis und Achtung für das bildnerische Arbeiten als Therapiemodalität und tut dies auch heute noch. Dennoch festigte sich durch das stete Engagement von kunsttherapeutisch versierten Psychiatern wie Hans Prinzhorn und die Arbeiten unzähliger Patienten in den 1920er Jahren das Verlangen nach einem den Patienten schon immer innewohnenden künstlerischen Ausdruck. Dieser diente den Betroffenen gleichsam als mögliche Sprache der Seele.

Nicht nur der Wandel der Psychiatrie, auch das Umdenken in der Kunst selbst und ebenso die Annäherung von künstlerischen und therapeutischen Prozessen legitimierten die Fusion von Kunst und Therapie zur Kunsttherapie. Die daraus entstandenen therapeutischen Möglichkeiten werden anhand von konkreten Fällen illustriert. Sie belegen – neben allen Schwierigkeiten und Problemen, die psychische Erkrankungen charakterisieren – den Reichtum an gesunden seelischen Anteilen und Ressourcen der Patienten.

Schlüsselwörter: Kunsttherapie, Psychiatrie, Geschichte

On the relevance of art therapy in psychiatric treatment: history and present time

L. G. Dix, H. J. Koch

Abstract

Art therapy as an integrated part of modern psychiatry has a rich history of more than 100 years. This review summarizes and discusses some important corner stones of this fruitful development towards an established mode of psychiatric care. Due to public prejudices at the beginning of the 20th century the work of psychiatric patients was not generally accepted or respected, a phenomenon which can even be observed nowadays. Nevertheless, psychiatrists such as Hans Prinzhorn and their patients struggled successfully for recognition of art therapy as a non-verbal technique to give voice to their soul.

Change of mind in psychiatry and in art itself – because art and therapy moved towards each other – facilitated the fusion of art and psychiatry into a combined therapeutic process. This successful process is documented in many works of patients which confirm and emphasize the healthy parts of mind even in those suffering from psychiatric disorders.

Key words: art therapy, psychiatry, history

© Hippocampus Verlag 2009

Einleitung

Die Kunsttherapie ist eine therapeutische Disziplin, in der sich künstlerisches und therapeutisches Gedankengut miteinander verbinden. Wie diese Verbindung entstehen konnte und welcher Nutzen daraus entstanden ist, soll im folgenden Artikel beleuchtet werden. Dabei geht es primär um die Aspekte der Kunsttherapie, die in der Psychiatrie eingesetzt wird.

Heutzutage stellt die Psychiatrie das wohl größte Arbeitsfeld für Kunsttherapeuten dar. Neben psychiatrischen

Einrichtungen finden sich Einsatzfelder der Kunsttherapie auch in angrenzenden klinischen Fächern wie der Psychosomatik und der Psychotherapie, der Rehabilitation oder der Onkologie. Auch in Tageszentren und Heimen wie Pflege- und Seniorenheimen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Zentren für traumatisierte Menschen und Folteropfer sind Kunsttherapeuten in das therapeutische Team integriert. Immer stärker werden Kunsttherapeuten darüber hinaus in pädagogischen Institutionen wie Schulen und Kindergärten eingesetzt. Offene Ateliers oder

Kunsttherapiepraxen haben sich ebenso etabliert wie die Arbeit im forensischen Bereich, als Coach oder Supervisor. In der Kunsttherapie werden künstlerische Medien in den Bereichen Malerei, Zeichnung und Plastik sowie Collagen, Photographie und szenischer Ausdruck aus einer nicht nur künstlerischen Perspektive betrachtet und verwendet. Der Fokus wird vor allem auf die therapeutische Wirksamkeit gelegt. Anliegen ist es, die Potentiale des Einzelnen wiederzuentdecken, innere Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse gestalterisch auszudrücken und Ressourcen auf diesem Wege für den Patienten wahrnehmbar sowie verständlich zu machen. Daraus können sich neue Perspektiven entwickeln, Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten entstehen, die während des schöpferischen Prozesses erlebt und verinnerlicht werden können. Methoden und Vorgehensweisen innerhalb eines kunsttherapeutischen Settings sind so individuell wie die Arbeiten und Prozesse der Patienten.

Prof. Dr. Christine Mechler-Schönach hat im Fachbuch »Kunsttherapie bei psychischen Störungen« [7] 47 verschiedene Richtungen der Kunsttherapie recherchiert und dokumentiert. Diese reichen von der »Anthroposophischen Kunsttherapie« (Altmaier 1995) über die »Klinische Kunsttherapie« (Schrode 1995) und das »Lösungsorientierte Malen« (Egger 2000) bis hin zu der »Traumazentrierten Kunsttherapie« (Lücke 2002). Die Beispiele belegen die vielfältigen Ansätze künstlerischen Schaffens in der Therapie.

Grundlagen der Kunsttherapie und Theoriebildung

Ausgehend von einer (o.g.) äußerst reichhaltigen Modellierung der kunsttherapeutischen Richtungen lassen sich nur schwer generelle Grundlagen und insbesondere eine einheitliche Theoriebildung der Kunsttherapie festlegen. Nach der Erfahrung der Erstautorin liegt den verschiedenen kunsttherapeutischen Ausprägungen – je nach Ansatz der therapeutischen Schulen – ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde. Zu nennen sind explizit die Verhaltenstherapie, die Systemische Therapie, die Gestalttherapie oder die Psychoanalyse, wie auch die Analytische Therapie. Pädagogische Kenntnisse sowie Kenntnisse aus der Bildenden Kunst und Kunstgeschichte bilden neben dem Kunstbegriff in der Kunsttherapie ebenfalls einen wesentlichen Grundstock der kunsttherapeutischen Arbeit.

Der kunsttherapeutischen Prozess basiert auf dem sog. kunsttherapeutischen Dreieck (Abb. 1), an welchem die drei primären Beobachtungsebenen des therapeutischen Geschehens differenziert werden können: 1. auf der Ebene der »therapeutischen Beziehung«, 2. auf der Ebene der »Symbolisierungsprozesse« und 3. auf der Ebene des »künstlerischen Handelns«.

Je nach Gewichtung des therapeutischen Ansatzes auf die »Symbolisierungsprozesse«, die »Beziehungsebene« oder die »künstlerische Handlung« bilden sich unterschiedliche Auffassungen zum Kunstbegriff in der Kunsttherapie.

Grundlegend kann jedoch zwischen traditionellem und erweitertem Kunstbegriff unterschieden werden. Wird vom traditionellen Kunstbegriff ausgegangen, so lassen sich

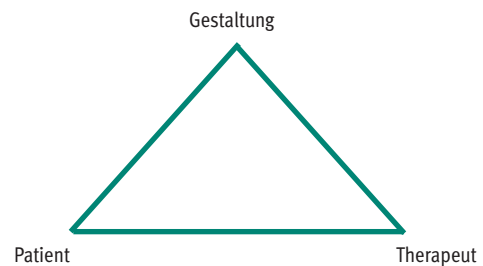


Abb. 1: Kunsttherapeutisches Dreieck.

einige Unterschiede zum Kunstverständnis in der Kunsttherapie konstatieren. »Kunst ist erst Kunst, wenn sie als solche bezeichnet wird«, lautet eine gelegentlich gebrauchte Definition. Dafür braucht sie die Öffentlichkeit, an die sie sich wenden kann. Die künstlerischen Arbeiten der Patienten sind auf den Patienten selbst bzw. an die Therapiegruppe oder den Therapeuten gerichtet, nicht aber brauchen sie die Öffentlichkeit, um erfolgreich zu sein. Kunst im traditionellen Sinne ist gesellschaftskritisch und hat einen direkten Bezug zur Gesellschaft. Der Einfluss auf die Gesellschaft in der Therapie geschieht lediglich über das Individuum [8]. Der Kunstbegriff in der Kunsttherapie nähert sich u. E. eher dem erweiterten Kunstbegriff durch Joseph Beuys an, der die Kunst weg von der Leinwand hin zu sozialen Prozessen führt. Die Kunsttherapie hat nicht den Anspruch, ein traditionelles Kunstwerk zu produzieren, lediglich der künstlerische Prozess und die verwendeten Medien sind identisch mit dem traditionellen Kunstschaffen. Liegt der Fokus im therapeutischen Geschehen, speziell auf dem künstlerischen Handeln, steht der Gestaltungsprozess im Vordergrund. Die therapeutische Beziehung sowie die symbolische Bedeutung des Bildes hingegen treten in den Hintergrund [6]. An dieser Stelle würde die »erweiterte Quaternio« als Grundlagenmodell für die Erfassung therapeutischer Prozesse greifen, in welcher die therapeutische Beziehung als Basis für künstlerisches Handeln und das Evozieren von Symbolisierungsprozessen verstanden wird. An dieser Stelle wird aus Kapazitätsgründen nur darauf verwiesen [1, 2]. Die Kunsttherapie als eigenständige Therapieform erhält ihre Berechtigung über den Fokus auf den Gestaltungsprozess, wie von vielen Fachkollegen häufig angemerkt wird [7, 8].

Mechler-Schönach verweist auf die unzulängliche Situation der Theoriebildung innerhalb der Kunsttherapie und arbeitet gleichzeitig einige Basiselemente für eine handlungsorientierte Theorie der Kunsttherapie heraus, die sich in der folgenden Literatur zusammenstellen lassen. Zum einen ist das die kunsttherapeutische Aufarbeitung zur Theorie des Übergangsobjektes und des Intermediären Raumes Winnicotts durch Rech (1981), von Benedetti und Peciccia (1994) methodisch weiterentwickelt. Die Erkenntnisse und Beschreibungen der Phasen des künstlerischen Arbeitens unter Berücksichtigung psychodynamischer Prozesse gehen auf Kraft (1984) und Eisler-Stehrenberger (1990)

zurück. Ebenso sind die Überlegungen über die Symbolbildung im Bezug auf den künstlerischen Prozess ganz wesentliche Grundlagen für die kunsttherapeutische Arbeit. Die Literatur von *Limberg* (1993) soll hier als Grundlagenliteratur genannt werden.

Ein existentielles Problem der noch unzureichenden Theoriebildung sowie die Schwierigkeit, kunsttherapeutische Prozesse nach Maßstäben der evidenzbasierenden Medizin (EBM) zu untersuchen, zeigt sich in einer nicht unproblematischen – auf jeden Fall unzureichenden – Verankerung der Kunsttherapie in das Gesundheitssystem. Respektive ist die Kunsttherapie gesetzlich nicht abgesichert. Sie weist nur eine sehr geringe Präsenz der therapeutischen Arbeit und Qualität in den Leistungskatalogen auf, was u. a. mit der bisherigen Vorgehensweise zur Evidenz und Evaluation über Einzelfallstudien und Studien zu positiven Behandlungsverläufen (z. B. bei chronischen Schmerzleiden, Leukämie bei Kindern und psychosomatischen Auffälligkeiten) begründet werden kann. Jene Fallstudien stellen wenig wertvolles Material in der EBM dar. Aus diesem Grund ist eine Weiterentwicklung bzw. Neuorientierung – man könnte auch sagen wissenschaftliche Evaluation mittels kontrollierter Studien, welche die Erfassung kunsttherapeutischer Prozesse betrifft – zwingend notwendig.

Historische Entwicklung der Kunsttherapie

Für einen möglichst umfangreichen Einblick in die Entstehungsgeschichte der Kunsttherapie wird diese Entwicklung aus drei Perspektiven beleuchtet. Diese sind die Entwicklung der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Kunst per se. Die Kunsttherapie blickt inzwischen auf über 100 Jahre Entwicklungsgeschichte im psychiatrischen Sektor zurück. Ihre heute nachvollziehbaren Ursprünge scheinen in Europa zu liegen. Lange bevor es ein spezifisches kunsttherapeutisches Angebot gab, erweckten spontane Zeichnungen und Bildnerien auf Zeitungspapier oder Packpapieren von stationär betreuten Psychatriepatienten das Interesse einiger Psychiater. Aber erst um 1900 erfasste man schließlich den potentiell expressiven Wert dieser Arbeiten. Ab diesem Zeitpunkt wurde der Bestand gesammelter Werk wissenschaftlich systematisch aufgearbeitet. Mehrheitlich engagierten sich die interessierten Psychiater und Ärzte der zumeist an Schizophrenie erkrankten Patienten; nur in Ausnahmefällen waren Kunsthistoriker involviert [11]. Dieses fachtherapeutische Interesse ging mit einer veränderten Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen in der Psychiatrie selbst einher, die ihren Ausgang von einer Verwahrungsanstalt für »nichtgesellschaftsfähiges Leben« nahm und sich hin zu einer wertvollen Institution für gesellschaftliche Integration jener Hilfebedürftigen wandelte.

Die ersten Publikationen, die sich mit diagnostischen Fragen jener Bildwerke befassten, erschienen 1870. Zwei französische Psychiater, *Tardieu* und *Simon*, versuchten dabei die Zusammenhänge zwischen den Symptomen einer Erkrankung und dem korrespondierenden bildnerischen

Ausdruck zu charakterisieren. 1907 stellte *M. Réjà* erstmals den künstlerischen Wert solchen Schaffens in den Vordergrund der Betrachtung. Sein Werk »L'art chez les fous« bildet nach *A. Bader* (1976) den »Grundstock einer modernen Psychopathologie des Ausdrucks«. Diese namentlich frühe Form der Kunst sei durch den Verlust von rationaler Kontrolle des Geisteskranken unverblümt und zeige das Wesentliche.

Das Wesentliche konnte auch als das Unbewusste bezeichnet werden, mit dessen Funktion als Zentrum unterdrückter Triebe, Wünsche und Bedürfnisse sich bereits *Freud* etwas früher beschäftigt hatte. Es entstand die Theorie, dass durch die künstlerische Betätigung ein Zugang zum Unbewussten kanalisiert und besonders in den Bildern Geisteskranker sichtbar wurde. Im deutschsprachigen Raum sind in diesem Zusammenhang die Publikationen des Schweizer Psychiaters *W. Morgenthaler* und fast zeitgleich die Arbeiten des Kunsthistorikers und Arztes *H. Prinzhorn* zu nennen.

Morgenthaler, der sich bereits mit dem Titel seiner Monographie »Ein Geisteskranker als Künstler« (1921) zum künstlerischen Wert der Bildnerie Geisteskranker positionierte, setzte damit neben *Réjà* einen weiteren Meilenstein für die Anerkennung dieser Bildwerke in der Gesellschaft. In seinem Werk durchbricht er die rein psychiatrische Perspektive auf die bildnerischen Arbeiten psychiatrischer Patienten, bei welchen bisweilen nur der pathologische und destruktive Ausdruck hervorgehoben wurde [5].

Auch *Prinzhorn* stellte nicht die Vershobenheit jener Bildwerke in den Vordergrund seiner Betrachtung, sondern sah auch deren Originalität und Kreativität sowie deren Drang nach Ausdruck mit der Fähigkeit zur aktiven Auseinandersetzung und schöpferischen Produktion – trotz des häufigen Zerfalls der Persönlichkeit des Erkrankten –, wie es die Kunsttherapie auch heute noch betont. Die Erkenntnisse seiner Forschung resultierten aus der Zeit als Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg. Dort wurde er beauftragt, eine bereits existierende kleine Sammlung von Bildwerken stationär behandelter Patienten zu sichten und zu evaluieren. In der kurzen Zeit vom 30. Januar 1919 bis zum 15. Juli 1921 entstand die bemerkenswerte Sammlung von ca. 5000 Bildern und Objekten sowie sein Werk »Bildnerie der Geisteskranken«, das erstmals 1922 erschien [5]. Darin beschäftigte er sich voranging mit der Analyse der Arbeiten schizophrener Patienten. Mit den sog. »sechs Wurzelgebieten« versuchte *Prinzhorn* (1922), den Bildern schizophrener Patienten gestaltungspsychologische Grundlagen zu entlocken mit der Absicht, Merkmale »schizophrener Kunst« [11] festlegen zu können. Diese Absicht widerspricht allerdings *Prinzhorns* Äußerung, die dahingeht, dass eine Betrachtung nach Bildmerkmalen niemals das Wesen dieser Bilder wiedergeben könne. *Weidinger* verweist hier auf *H. Rennert*, der sich intensiv mit dieser Diskrepanz in *Prinzhorns* Werk (1922) befasste und damit auch einen noch aktuellen Diskurs beleuchtet hat [11]. Bereits mit dem Titel seines Werkes »Bildnerie der Geisteskranken« blieb *Prinzhorn* anders als *Morgenthaler* unkonkret und umgeht eine Positionierung – Kunst oder

nicht Kunst. Geht man allerdings in die Biographie *Prinzorns* zurück, so lässt sich behaupten, dass das Unstete und das Nicht-festlegen-wollen wohl ein Teil seiner Persönlichkeit war. Wenn auch nicht alle Erkenntnisse *Prinzorns* unkritisch übernommen werden können, so haben seine Forschungen sowie seine außergewöhnliche Sammlung, die heute noch in einer Dauerausstellung in Heidelberg und in einigen Wechselausstellungen zu bestaunen ist, eine Weiterarbeit am diagnostischen und therapeutischen Wert gestalterischer Arbeiten psychisch kranker Menschen angeregt. Hier sei u. B. auf Publikationen von *Irene Jakob* (1956), *Helmut Rennert* (1962), *Alfred Bader* und *Leo Navratil* (1972) verwiesen.

Nicht nur *Prinzhorn*, sondern auch seine o. g. Vorgänger und Kollegen trugen mit ihren Arbeiten ganz wesentlich zur Integration bei und warben um die Wertschätzung psychisch Kranker in Gesellschaft und Kultur. Indirekt profitierte von diesem Integrationsprozess auch die Stellung der Institution Psychiatrie in der Gesellschaft per se. Sie entfachten Diskussionen über den Begriff der Kunst bis in die Gegenwart, aktuell in Verbindung mit Therapie. Ihre Ansätze waren Wegbereitung für die Etablierung des Berufsbildes Kunsttherapie.

War der Wandel im gesellschaftlichen Denken, in dem die Psychiatrie ihre Berechtigung erhielt, Voraussetzung für die Achtung dieser kreativen Arbeiten, so waren die Wertschätzung jener Werke und die damit verbundenen Forschungen wiederum Dreh- und Angelpunkt für die weitere gesellschaftliche und soziale Anerkennung psychiatrischer Patienten. Bis heute widmet sich die Kunsttherapie unvermindert dieser Aufgabe, denn die Berührungsängste, Schamgefühle und Verunsicherungen bezüglich des Themas Psychiatrie und Kunst sind noch lange nicht abgebaut.

Wurzeln der Kunsttherapie im Wandel des Therapiebegriffes

Die bis um die Jahrhundertwende alleinige medizinisch-psychiatrisch orientierte Versorgung psychisch kranker Menschen wurde durch die Entwicklung der Psychoanalyse und der von *C. G. Jung* begründeten Analytischen Psychotherapie um die therapeutische Begleitung erweitert. Auf der Basis beider grundlegenden Therapieformen konnte sich eine Psychotherapeutische Kunsttherapie formieren. Vorreiter dieses Ansatzes waren hier *Margret Naumburg* und *Edith Kramer* in den USA.

Naumburg modifizierte speziell *Freuds* Technik der Traumdeutung, wodurch Patienten zum spontanen Malen und anschließenden freien Assoziieren angeregt werden sollten. Dieses Vorgehen soll die Möglichkeit zum unmittelbaren Ausdruck von Träumen, Phantasien und inneren Vorgängen implizieren, wobei ein Dialog zwischen Gestalter und Gestaltung entsteht. Es wird ein distanzierteres Betrachten der inneren Vorgänge des Patienten möglich und kann damit den Therapieprozess im Ganzen beschleunigen.

Kramer (1958), die sich insbesondere auf den künstlerischen Prozess in ihrer kunsttherapeutischen Arbeit bezog, sah diesen als unterstützende Instanz für die »Sublima-

tion«, »Integration« und »Synthese« an. Sie vertrat die Ansicht, dass künstlerisches Schaffen Erfahrungen neu belebe. Erfahrungen können im künstlerischen Prozess jederzeit wiederholt werden, es bestehe die Möglichkeit der Veränderung, außerdem können sie in neuer Gestalt in die Persönlichkeit integriert werden. Kunst bewirkt dabei die Synthese von Realität und Phantasie, von Bewusstsein und Unbewusstem [3]. Die Grundlage der Analytischen Psychotherapie bildet die Annahme über die Existenz innerer Bilder, die als Symbole ins Bewusstsein fließen. *Jung* (1971) sah das Kunstschaffen als »Eingangsritus« für die Weiterentwicklung von Gedanken und inneren Bildern. Die Bewusstwerdung innerer Bilder bringe den Menschen auf dem Weg zur Individuation voran. *Jung* selbst war künstlerisch tätig und bezog das aktive Gestalten auch in seine therapeutische Arbeit ein. Im weitesten Sinne lässt sich behaupten, dass *Jung* bereits in den 20er Jahren kunsttherapeutische Methoden in seiner psychotherapeutischen Praxis nutzte. *I. Riedel* und *M. Schuster* integrieren *Jungs* Theorie in ihre kunsttherapeutische Arbeit, die allerdings einen geringen Bezug zur eigentlichen Kunst aufweist.

Die Wurzeln der Kunsttherapie im Wandel des Kunstbegriffes

Gertraude Schottenlohr gibt in ihrem 1994 erschienenen Buch »Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder« [8] einen detaillierten Überblick über die gegenseitige Annäherung und Befruchtung von Kunst und Therapie im 20. Jahrhundert – einige wesentliche Stationen sollen hier aufgeführt werden.

Der Wandel, der sich Ende des 19. Jh. im gesellschaftlichen Denken vollzog, blieb in der Kunst nicht unbeachtet. Die Antwort der Kunst auf rigide bürgerlich-gesellschaftliche Normen war der Umbruch der idyllischen Landschaftsmalerei und Auftragsarbeit hin zu einem persönlichen Ausdruck und zu einer Darstellung der Schattenseiten des Lebens als dessen Sujet. Der Fokus des Objektes als Zentrum der Auseinandersetzung wich einer Beschäftigung mit sich selbst. Das Pendant zu *Freud* in der Kunst waren wohl die Kunstströmungen des Dadaismus und des Surrealismus, angeregt u. a. durch die Veröffentlichung und Debatten über Kunstwerke schizophrener Patienten. Wichtige Protagonisten respektive Kunstrichtungen dieser Bewegung waren *Adolf Wölfli*, der durch *Morgenthaler* bekannt geworden war, sowie die »Art Brut« mit ihrem Begründer *Jean Dubuffet* (1947), der den besonderen, den individuellen künstlerischen Ausdruck hervorheben wollte und nicht die Verschobenheit jener Geisteskranken. Die Künstler waren bestrebt, zu den »Urschichten« des Unbewussten vorzudringen, um diese in ihren Werken als die erlebte Wirklichkeit zu präsentieren. Nicht mehr das Bekannte, sondern das Fremde rückte ins Zentrum und wurde beachtet. Der Dadaismus, der sich durchaus als Folge einer intellektuellen Sinnkrise während und nach dem Ersten Weltkrieg entwickelte, sah in der »Irrenkunst« einen Ausdruck des Unverbrauchten, der jener »Urschicht« am nächsten kam. Für den Begründer des Surrealismus

(1924), *André Breton*, galt die »Kunst der Geisteskranken« als »Tor zur Freiheit« [8].

Schottenloher (1994) machte in ihrem Werk weiterhin deutlich, wie sich Kunst und Therapie in ihrem Wesen immer mehr aneinander annäherten, wie Inhalte der einen Gattung die jeweils andere befruchteten und somit die Wirkkräfte künstlerischen Gestaltens therapeutisches Interesse weckten, wie auch das Prozesshafte, Individuelle des therapeutischen Denkens Einzug in das Gedankengut der Künstler hielt. Aus dem Mischungsverhältnis dieser Entwicklung heraus konnte sich eine sog. Kunsttherapie formen.

Ein Beispiel für diese Annäherung ist die Entwicklung des »Action Painting« um 1946 von *Jackson Pollock*, wobei der Prozess, die Aktion und die Erfahrung im Zentrum der Kunst stehen. Ein Beispiel dafür, dass Kunst auch Selbsterfahrung – vielleicht sogar Selbsttherapie – ist und damit konkret therapeutische Aspekte in die Kunst aufgenommen werden, sind die Selbstbemalungsaktionen *Günter Brus*, im Sinne »bewältigter Selbstverstümmelungen«. Auch die künstlerischen Intentionen *Niki de Saint Phalles* bergen eine Form der Selbsttherapie in sich. Die berühmten Schießbilder beziehen den Betrachter selbst aktiv in das bis dahin unvollendete Werk ein; auch in der zeitgenössischen Kunst wird nun immer häufiger mit als »Happenings« bezeichneten Aktionen gearbeitet. Selbstverantwortung ist dabei vom Kunstrezipienten verlangt, ein Mitdenken und sogar eine gedankliche Vollendung werden hierbei dem Betrachter abverlangt. Ein besonderer Künstler, der im Kontext Kunst und Selbstverantwortung des Rezipienten und dessen aktiver Mitgestaltung des Werkes – wie generell in Diskussionen über Kunst und Therapie – nicht vergessen werden darf, ist *Joseph Beuys*, der ausschließlich mit Prozessen – vor allem mit sozialen Prozessen – arbeitete. Mit *Beuys* kam der erweiterte Kunstbegriff, dessen sich die Kunsttherapie zum größten Teil bedient, wenn von Kunst in der Therapie gesprochen wird.

Parallel zum Prozess der Selbstverantwortung in der Kunst wurde auf therapeutischer Seite mit der Entstehung der Humanistischen Psychologie in den 1960er und 70er Jahren der Fokus auf das Erleben durch szenischen Ausdruck und unter Aktivierung aller Sinnesqualitäten gelegt. In der Progression des therapeutischen Denkens nimmt sich der Therapeut in seiner dem Patienten überlegenen Stellung immer mehr zurück und appelliert an die Selbstverantwortung des Patienten. Diese Annäherung und die Ausweitung der Perspektiven auf den Prozess und das Erleben bilden den Nährboden für eine Zusammenführung der Bereiche Kunst und Therapie in der Postmoderne.

Es wird insgesamt deutlich, dass nur durch ein Umdenken und Loslassen gesellschaftlicher Dogmen, welche die Psychiatrie beherrschten und das gesellschaftliche Denken prägten, die katalysatorischen Kräfte zur Synthese freizusetzen waren. Künstler wurden immer wieder herausgefordert, gerade diese Rigidität zu durchbrechen, und legten so das Fundament, auf dem sich die auf den ersten Blick gegenseitig auszuschließen scheinenden Ansätze zusammenführen ließen. Die Kunsttherapie vereinte diese

Quellen der Kunst und der Seelenheilkunde und nutzt deren Potentiale für eine ganzheitliche und auf das Individuum bezogene Begleitung von hilfebedürftigen Menschen.

Kunsttherapie heute – Aufgaben und Möglichkeiten

Aus der dargestellten historischen Entwicklung der Kunsttherapie geht hervor, dass die Kunsttherapie im weiteren Sinne in der Institution Psychiatrie alles andere als neu ist. Neu ist natürlich die zielgerichtete bzw. die professionelle Begleitung psychisch kranker Menschen im Gestaltungsprozess. Nun reicht die Tatsache, dass Menschen häufig in Zeiten psychischer Instabilität selbst den künstlerischen Ausdruck suchen und sich dadurch ihren inneren Bewegheiten auf einem nicht alltäglichen Weg nähern, nicht aus, um ein solches Verfahren als therapeutisch zu bezeichnen. Was also sind die therapeutischen Möglichkeiten, mit denen Menschen, die insbesondere Hilfe in psychiatrischen Einrichtungen suchen, unterstützt werden können? Dem Diskurs dieser Fragestellung geht natürlich die Überlegung voraus, wozu man gerade heute Kunsttherapie an klinischen Einrichtungen braucht, wo doch die medizinische und psychologische Versorgung weit ausgebaut sind und als äußerst effizient gelten? Ein Blick in die Situation und Aufgabenbereiche der Psychiatrie zeigt, dass gerade die »Kreativ-Therapien«, zu denen die Kunsttherapie zählt, einen wichtigen Beitrag leisten können, sich der Komplexität der Problematik mancher Patienten und ihren verborgenen Ressourcen – gerade ihren Fähigkeiten, sich auszudrücken – zu nähern. Die verschiedenen Instanzen einer psychiatrischen Einrichtung wie Ärzte, Psychologen und Pflegepersonal sowie Sozialarbeiter und Zusatztherapeuten stehen dem Patienten zur Seite, um sich im alltäglichen und gesellschaftlichen Leben wieder zurechtzufinden und einen möglichst autonomen Weg zu gehen. Über dem Patienten bereits vertraute therapeutische Verfahren, wie das Gespräch, die Bewegung oder Alltagsroutinen wie das Kochen, werden mit und für den Patienten Wege und Lösungsmöglichkeiten gesucht. In der Kunsttherapie und ebenso in anderen Kreativ-Therapien wird die Möglichkeit gegeben, sich dieser »Alltäglichkeit« ein Stück zu entziehen, sich aus einer anderen, spezifischen Perspektive wahrzunehmen und die neuen persönlichen Dimensionen seiner Potentiale zu entdecken. Auch für das psychiatrische Team kann die kunsttherapeutische Arbeit eine Unterstützung und Vorbereitung des Patienten auf psychologische und psychotherapeutische Prozesse sein, denen die Patienten häufig mit Ängsten und Skepsis begegnen. Ebenso stellt die kunsttherapeutische Sicht auf den Patienten in diagnostischen Fragen häufig eine Bereicherung dar und kann den Patienten in einem ganz neuen Licht erscheinen lassen.

Natürlich begegnen uns Patienten – gelegentlich auch Mediziner, Psychologen oder Psychotherapeuten – mit Skepsis, häufig werden durch das Wort »Kunst« in der Therapiebezeichnung Bedenken oder Kindheitserinnerungen ausgelöst, die verbunden mit dem Kunstunterricht in der Schulzeit an

evtl. Unfähigkeiten und negativ geprägten Bewertungen erinnern lassen. Hierin besteht natürlich eine falsche Annahme, die es zu berichtigen gilt, die aber zugleich auch eine Chance für den Patienten bietet. Die Erinnerungen an die Kindheit respektive Schulzeit sowie an vorsprachliche Prozesse, die durch die sinnlich-ästhetische Gestaltung und den Materialien angesprochen werden, können ein Zugang zu den schöpferisch-spielerischen Potentialen sein.

Beispiel:

Patient bei Arbeit mit Tonmasse: »... das habe ich schon einmal als Kind gemacht, da war ich noch kreativ und einfallsreich ...«.

Manchmal sind es aber auch verborgene Wünsche und Sehnsüchte, die auftauchen und in der Kindheit nicht erfüllt werden konnten.

Beispiel:

Zwanghaft perfektionistischer Patienten in einer Wahrnehmungsübung mit Ton und flüssiger Tonmasse: »... da greif ich nicht hinein, das ist ja ekelig und sieht auch noch aus, wie ...«. In der darauf folgenden Therapiestunde matschte er tief in Gedanken versunken fast die gesamte Stunde im Flüssigton und meinte am Ende der Stunde, »... heute habe ich mich getraut, eigentlich ist es sehr angenehm ..., als Kind durfte ich das nie [Matschen], mein Großvater war sehr streng und hatte merkwürdige Ansichten, die uns Kinder sehr geprägt haben ...«.

Das Beispiel gibt einen Einblick in die Möglichkeit, über sinnlich-ästhetisches Material ein Stück verlorengegangene respektive nie erlebte wichtige Kindheitserfahrungen nachzuholen. An diesen Erinnerungen kann später verbal und gestalterisch angeknüpft werden. Durch das Sich-Erleben am Material und im Gestaltungsprozess sowie durch die Reflektion der Gestaltung eröffnet sich für Patient und Therapeut ein neuer Erkenntnis- und Wahrnehmungsraum. *Mechler-Schönach* nennt es die Möglichkeit der erweiterten Wahrnehmung und Erkenntnis [7].

Beispiel:

An Schizophrenie erkrankter junger Mann in der Reflektion des Therapie- und Bildverlaufs: »Die Bilder muss ich auf jeden Fall mitnehmen, sie sind genauso, wie ich mich gefühlt habe und werden von Woche zu Woche besser.« Im weiteren Gespräch wurde deutlich, was der Patient mit »besser« meinte. Anfangs, während einer bereits abklingenden psychotischen Phase des Patienten, waren in seinen Bildern vor allem die perspektivische Vershobenheit und undefinierbare Bildelemente erkennbar, wie sie auch in seinem Denken und verbalen Äußerungen z.T. noch vorhanden waren. Nach und nach schienen sich die Bildelemente formal aufzulösen, hatten keinen formalen Bezug zueinander, erschienen nur als Fragmente. Erst gegen Ende der Therapie gelang es ihm, den Bildern eine Struktur zu geben, wodurch die Gestaltung auch von außen betrachtet einen Zusammenhang aufwies. Die sichtbare Erkenntnis dieser Steigerung war für ihn besonders wichtig, weil er in seiner Stimmung immer wieder Schwankungen unterlag und die Bilder ihm zeigten, wie viel besser sein Zustand doch im Vergleich zum Anfang seines Aufenthaltes gewor-

den war. Gleichzeitig fühlte er sich dadurch motiviert, sich durch mögliche Rückfälle nicht aufzugeben.

Der Erkenntnisgewinn in der Kunsttherapie kann unterschiedliche Facetten haben. In den meisten Fällen gehen ihm Formungs- und Symbolisierungsprozesse voraus, denn die gestalterische Tätigkeit ist nicht nur Triebabfuhr – in ihr bekommen innere Bilder, Wünsche, Emotionen und Affekte eine Gestalt, eine Form. Dieser Ansatz ermöglicht ein distanzierteres Betrachten jener Vorgänge, die in der Weiterarbeit verändert und neu gestaltet werden können. Bei *Mechler-Schönach* heißt dies die Möglichkeit des symbolischen Handelns, im Sinne eines Probehandelns auf gestalterischer Ebene [7].

Kasuistik:

Eine Frau, die in der Kunsttherapie ihren imaginären Verfolger in Form eines schwarzen Mannes darstellte und im Verlauf mehrerer Therapiestunden merkte, dass er doch nicht so bedrohlich war, wie sie ihn erlebte. Auf Bildebene beschäftigte sie sich nun mit dessen Vernichtung, woran vorher nie zu denken war, er wurde symbolisch eingemauert, klein gemacht bis sie schließlich auch auf Handlungsebene bereit war, mit der Psychologin Strategien zu entwickeln, dem »schwarzen Mann« in ihrem Wahrnehmungsfeld abzusagen.

Neben dem Ausdruck von unverarbeiteten Affekten und konfliktreichen Inhalten über die Gestaltung sind natürlich insbesondere die schöpferischen Momente in der Kunsttherapie hervorzuheben. Die Möglichkeit der Aktivierung von Ressourcen, von der *Mechler-Schönach* in diesem Zusammenhang spricht, kann Hoffnung im Patienten wecken und lässt ihn nicht passiv gegenüber seiner Erkrankung sein, sondern ein aktiver Mitgestalter eigener Ideen und Lösungsmöglichkeiten [7]. Auch für den Therapeuten ist es immer wieder eine Bereicherung, einen schwer depressiven und antriebsarmen Patienten lächeln zu sehen im Erstaunen über seine ihm unbekannteren kreativen Fähigkeiten. Damit sind nicht nur die zeichnerischen Fähigkeiten gemeint, sondern auch die Potentiale, die zur Persönlichkeit gehören, nur momentan nicht sichtbar erscheinen. Beispielsweise weckte die Darstellung eines mit geschlossenen Augen gezeichneten Porträts (»Blindporträt«) die Hoffnung eines Patienten, wieder zu seiner ihm verlorengegangenen Lebendigkeit und Lebensfreude zu finden, wie sie in der Abbildung 2 unbeabsichtigt gezeichnet wurde. Hier spiegeln sich im Gesamteindruck und in der Formsprache der Schwung und die Lebendigkeit des Patienten wider.

Aufgaben des Kunsttherapeuten

Kunst allein ist nicht heilend, so heißt es häufig in der kunsttherapeutischen Fachliteratur. Warum kann nicht jeder, der künstlerisch tätig ist, sich selbst heilen? Sicher kann es heilsam sein, Kunst zu betrachten oder selbst im künstlerischen Prozess zu stehen, jedoch kann unter professioneller Begleitung sicher ein weitaus größerer therapeutischer Nutzen erzielt werden. Wird der künstlerisch Tätige therapeutisch begleitet, kann er sich nicht im Bild oder seiner Arbeit verlieren, der Therapeut bietet ihm eine Resonanz, er ist ihm neben der

Gestaltung wie ein Spiegel, damit sich der Patient in seinem Verhalten und seinen Aktionen besser wahrnehmen kann. Der künstlerisch Tätige, dessen Schaffen allein bleibt, hat hingegen nur die Gestaltung als »Resonanzkörper« für sein Tun und seinen Ausdruck. Diese Elemente haben natürlich auch in der Kunsttherapie ihren Stellenwert. Möglicherweise aber ist der Patient gerade in diesem Augenblick – verfestigt in depressiven oder perfektionistischen Denkweisen – nicht in der Lage, die Lebensfreude oder die Jugendlichkeit, wie sie in Abbildung 2 zu sehen sind, wahrzunehmen. Somit würde ihm die Wahrnehmung seiner Ressourcen in dieser Situation verborgen bleiben.

Erst im geschützten Rahmen der Therapie, für den der Therapeut verantwortlich ist, kann der Patient Experimentierfreude entwickeln und sich entfalten. Er führt den Patienten in einer positiven Atmosphäre an gestalterische Prozesse heran, indem er ihm Material zur Verfügung stellt, die den Ausdrucksbedürfnissen des Patienten gerecht werden können. Im künstlerischen Alleingang entfällt dieses Angebot, welches von alten Mustern und Rigidität befreien kann. Der Patient wird in seiner Gesamtheit, in Mimik, Gestik, und Verhalten während des Gestaltungsprozesses sowie in seinem Umgang mit den Materialien individuell wahrgenommen. Der Therapeut reflektiert diese Beobachtungen gemeinsam mit dem Patienten. Die Appelle, Wünsche und Bedürfniswelten des Patienten können somit gemeinsam erschlossen und in eine progressive Richtung gelenkt werden.

Kunsttherapie heute, am Beispiel eines befristeten kunsttherapeutischen Projekts an der HELIOS Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Aue

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst vier Stationen, davon eine Akutstation und eine auf Suchtproblematik spezialisierte Station. Außerdem ist eine Tagesklinik mit zwei Gruppen in die Psychiatrische Klinik integriert. Die Kunsttherapie orientiert sich zum Teil an den Gruppenstrukturen der Klinik und bietet daneben ein freies Angebot in Form eines Offenen Ateliers an. Somit sind drei Gruppenformen entstanden, die ein unterschiedliches therapeutisches Anliegen verfolgen, wie anschließend genauer vorzustellen sein wird.



Abb. 2: »Blindportät«.

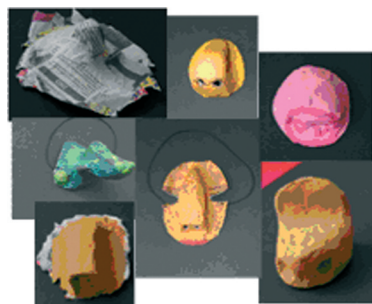


Abb. 3: Gruppenprojekt »Nasenmasken«.



Abb. 4: Vorlage Paul Klee.



Abb. 5a-d: Patientenarbeiten nach Paul Klee.



Abb. 6a-c: Patientenarbeiten: Spachteltechnik bzw. Spachteltechnik/Blätterdruck.

Es bestehen zwei psychotherapeutisch orientierte Kunsttherapiegruppen, davon eine tagesklinische. Indikationen für diese Gruppe sind u. a. Krankheitsbilder wie Angst-, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen sowie Zwangsstörungen, jedoch auch Patienten, die an Psychosen leiden, wenn sie über eine ausreichend stabile Ich-Struktur und Reflexionsfähigkeit verfügen oder ein konkretes therapeutisches Anliegen besteht. Die Therapie ist hier psychotherapeutisch ausgerichtet, d. h. das Gestalten respektive die Gestaltung werden in Verbindung mit aktuellen Lebenssituationen reflektiert; es wird mit biographischen und symbolischen Themen gearbeitet. Ziele sind u. a. die Identitätsbildung und Ressourcenaktivierung. Ein Beispiel für eine Gruppenübung ist die Gestaltung von »Nasenmasken« mit dem Ziel der Auseinandersetzung mit bestimmten Selbstaspekten und Positionswechsel im Rollenspiel (Abb. 3). Neben den psychotherapeutisch orientierten Gruppen gibt es Gruppen, die auf Aktivierung, Stabilisierung und Strukturierung ausgerichtet sind. Vorrangig finden sich hier Patienten mit einer verfestigt depressiven oder schizophrenen Symptomatik, aber auch Patienten mit Suchtverhalten können an dieser Gruppe teilnehmen. Hier soll die gestalterische Auseinandersetzung zur inneren Ordnung und Struk-

turierung beitragen sowie schöpferische Kräfte aktivieren. Über die Wahrnehmungserweiterung sollen soziale Kompetenzen gefördert und durch Gruppenarbeiten die Kommunikationsfähigkeit erweitert werden. In der Rezeption und Nachgestaltung von Kunstwerken, im Beispiel (Abb. 4) eine Arbeit von *Paul Klee*, geht es zunächst darum, über die Beobachtung Besonderheiten wahrzunehmen, sich von der eigenen Problematik zu distanzieren und neue Interessen zu wecken sowie einen offenen Austausch über das Bildwerk zu beginnen. In einer individuellen Gestaltung wird das Gesehene bildnerisch reflektiert und es werden eigene Ideen entwickelt (Abb. 5a, 5b, 5c, 5d).

Das Offene Atelier steht, wie der Name impliziert, jedem Patienten offen, der Interesse am Gestalten und schöpferischem Tätigsein hat, künstlerische Materialien und Techniken ausprobieren möchte oder einfach nur Gesellschaft sucht. Hier wird das selbstständige Arbeiten gefördert, ebenso Entscheidungsfähigkeit und Mut, Neues zu wagen. Es besteht die Möglichkeit, sich prozessual gestalterisch auseinanderzusetzen, um eigene Themen und Ideen zu entwerfen. Das veränderte Setting, welches mit einer Teerunde beginnt und mit einer gemeinsamen Werkbetrachtung nach der Gestaltungsphase endet, lässt zunächst Raum für einen



Abb. 7, 8 & 9: Patientenarbeiten: gepresste Blüten, Erstkontakt mit Pastellkreide, Acryl auf Papier, Kordel und Heißleim (von links nach rechts).

ungezwungenen Einstieg mit persönlichen Fragen und gemeinschaftlichem Austausch. Die Erfahrung zeigt, dass die Patienten sich im offenen Angebot ohne vordergründigen therapeutischen Druck oftmals schneller öffnen bzw. ungehemmter assoziieren und reflektieren können als in Gruppenangeboten, die ärztlich verordnet werden. Zudem wird im freien Angebot die Autonomie und Kompetenz des Patienten stärker gefördert. Daraus resümierend ist das Offene Atelier ein wichtiges und bereicherndes Angebot im Klinikalltag der Patienten.

Die abschließenden Bildimpressionen aus der Arbeit im Offenen Atelier im Klinikum Aue zeigen die Vielfalt und den Ideenreichtum sowie die schöpferischen Fähigkeiten der Patienten, für deren Bereitstellung der Bildwerke wir uns an dieser Stelle bedanken möchten. Dieser Eindruck soll auch ein weiterer kleiner Schritt gegen die Berührungsängste mit psychischen Erkrankungen sein und zeigen, dass in psychiatrischen Einrichtungen – im Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung seit über 100 Jahren – nicht nur Destruktion und Verschobenheit vordergründig sind (siehe Abb. 6-9).

Literatur

1. Bolle R. Am Ursprung der Sehnsucht. Frank & Timme Verlag 1998.
2. Dix L. »Danke, dass du mich da gelassen hast...«. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule für Kunsttherapie, Nürtingen 2007.
3. Dreifuss-Kattan E. Praxis der Klinischen Kunsttherapie. Huber Verlag, Bern/Stuttgart/Toronto 1986.
4. Klemm H. Die Relevanz der Kunsttherapie. Diplomarbeit 1996.
5. Kraft H. Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie. DuMont, Köln 1998.
6. Kramer E. Kunst als Therapie mit Kindern. Ernst Reinhardt Verlag, München 2004.
7. Mechler-Schönach C. InSzene Kunsttherapie. In: Sprei v F. Kunsttherapie bei psychischen Störungen. Elsevier GmbH, München 2005.
8. Schottenloher G. Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. Kösel Verlag, München 1994.
9. Schrode H. Klinische Kunst und Gestaltungstherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1995.
10. Schuster M. Kunsttherapie. Die heilende Kraft des Gestaltens. DuMont, Köln 1986.
11. Weidinger D. Vom zustandsgebundenen Werk zum »unabhängigen« Kunstprodukt. In: Menzen K-H. Kunst & Therapie. Zeitschrift für bildnerische Therapien. Claus Richter Verlag, Köln 2008.
12. Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Kunsttherapie>, 13.09.2008.

Weitere Literatur bei den Verfassern.

Erklärung:

Die Publikation wurde federführend von Frau L. Dix verfasst und beruht auf ihrem großartigen Engagement im HELIOS Klinikum Aue zwischen dem 1.7.2008 und 31.06.2009.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. rer. nat. Horst J. Koch MFPM DCPSA
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Helios Klinikum
Gartenstraße 6
08280 Aue
E-Mail: horst.koch@helios-kliniken.de



M. Hartwig

FAZIALISPROGRAMM

Gesicht – Mund – Zunge

Umfassende und gezielte Übungen zur Wiedererlangung notwendiger Muskelfunktionen nach Fazialisparase. Zusätzlich sind in diesem Programm autonome Bewegungsübungen zur Verbesserung der Zungen-Mundmotorik enthalten.

32-seitige Broschüre für den Einsatz in Klinik, Praxis und zu Hause.
Einzelheft € 7,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 4,-



M. Hartwig

HANDFUNKTIONSTRAINING

zur Verbesserung der Feinmotorik

Übungen für eingeschränkte Handfunktion infolge einer zentralen Schädigung z.B. nach Schlaganfall, bei Nervenverletzungen und Erkrankungen des orthopädischen und chirurgischen Bereiches.

20-seitiges Trainingsprogramm mit Übungsanleitungen und Fotos.
Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 3,-



M. Hartwig

KORKENPROGRAMM

zur Verbesserung der Feinmotorik

Das Übungsprogramm ermöglicht ein intensives Eigentaining der betroffenen Hand und stellt somit einen wichtigen Bestandteil zur Verbesserung der Handfunktion dar. Die jeweiligen Übungen berücksichtigen die Aktivierung aller beteiligten Strukturen der Hand, erfordern aber auch teilweise den Einsatz von Ellenbogen- und Schultergelenken.

44-seitiges Trainingsprogramm mit ausführlichen Beschreibungen der Übungen sowie zahlreichen Fotos für den Einsatz in der Reha und zu Hause
Einzelheft € 7,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 4,-



M. Hartwig

HEMIPLIEPROGRAMM

Schulter – Arm – Rumpf

Die 28 Übungen des klinisch erprobten Programms ermöglichen vor allem Patienten mit Hemiplegie ein auf die jeweiligen motorischen Defizite abgestimmtes Training. Mit Hilfe dieses Programms lernen Patienten, ihre paretische Extremität verantwortungsvoll und gezielt einzusetzen.

32-seitiges Trainingsprogramm mit ausführlichen Beschreibungen der Übungen sowie zahlreichen Fotos zum Einsatz in Klinik, Praxis und zu Hause
Einzelheft € 7,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 4,-

Weitere Angebote unter www.hippocampus.de

Hippocampus Verlag | Postfach 1368 | 53604 Bad Honnef

Bestellung per Fon +49 (0) 22 24 . 91 94 80,
Fax +49 (0) 22 24 . 91 94 82 oder verlag@hippocampus.de