

# 1 Szene der Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa – Entwicklung, Systematik und aktuelle Situation

*Karl-Heinz Menzen*

## Kapitelübersicht

- 1 Das ökologische Modell von den gestörten seelischen Konfliktlagen und dem Versuch der Psychiatrien, diese wieder ins Gleichgewicht zu bringen
- 2 Das Modell von Behinderteneinrichtungen, das Wahrnehmen und das Verhalten zu normalisieren
- 3 Das Modell der gestalthaften Rekonstruktion des psychisch-gestörten Ausdrucks
- 4 Das Modell der Gestaltung als intermediäre Beziehung in psychoanalytischen und psychosomatisch-institutionellen Settings
- 5 Der neurologisch-gerontopsychiatrische Modellansatz und die Wiederherstellung der mentalen und kontextualen Ordnung
- 6 Das Modell einer formal ästhetischen Kunst- und Gestaltungsdidaktik mit Transfer in den Alltag

## Zusammenfassung

Die derzeitigen Kunst- und Ausdruckstherapien in Europa verzeichnen in ihrer Geschichte sechs Modellansätze der Behandlung. Der erste antwortet auf die schweren psychischen, in den Psychiatrien versorgten psycho-kognitiven und -affektiven Konfliktlagen. Der zweite fokussiert heilpädagogisch-rehabilitativ die sensomotorischen und psychosozialen Beeinträchtigungen. Der dritte reagiert auf die bürgerlich zunehmend erforderlichen, aber wenn erkrankt: unangemessenen Verhaltensausdrücke und sucht nach einer Gestaltungsmöglichkeit für die innere psychische Befindlichkeit. Der vierte fokussiert den psychisch-expressiven Ausdruck in der analytischen Beziehung von Patient und Therapeut und steht in der Regel den schwer psychosomatisch Betroffenen bei. Dem fünften geht es klinisch-neurologisch um die Wiederherstellung der mentalen Gestalten und ihrer kontextualen Orientierung in dieser Welt. Der sechste legt sein Augenmerk auf die formale Ästhetik, die sowohl in der Kunst- wie in der Gestaltungspädagogik eine Rolle spielt und für die Therapie verwendet werden kann.

## 1 Das ökologische Modell von den gestörten seelischen Konfliktlagen und dem Versuch der Psychiatrien, diese wieder ins Gleichgewicht zu bringen

Besonders die Kunst reagiert auf die neue Situation um und nach 1800. Sie entwirft bildhafte Vorstellungen der sog. »Einkulturationskraft« (Kant). Friedrich malt 1818 als »Wanderer über dem Nebelmeer« eine Gestalt, die verloren einer unermesslichen Natur gegenübersteht. Dahl farbschraffiert 1832 ein Wolkengebilde, das in weißblauen, kaminroten und rostfarbenen Effekten die Stimmungslage der Seele wiedergeben will.

Die Reizüberflutungen und die damit einhergehenden Affektlabilitäten werden an die Psychiatrien delegiert. Die Psychiater versuchen angesichts der in ihren Abteilungen stumpfsinnig zurückgezogenen oder aggressiv ausagierenden Patienten, sich von den Vorurteilen ihrer Zeit nicht einnehmen zu lassen. Viele von ihnen rechnen sich der Bewegung der Philanthropie zu (gr. »Menschenfreunde«; eine seit Ende des 18. Jhs. sich ausbreitende menschenzugewandte pädagogische und klinische Bewegung). Aber immer noch wird den alltäglich unangemessenen, aus dem Rahmen fallenden, unvernünftig d. h. wirr erscheinenden Bildern mit Torturen aller Art zu Leibe gerückt: Aderlass, Kaltwassergüsse, Elektroschock – das sind immer noch Mittel, den Patienten zu stabilisieren (Kraepelin 1918).

Der Philanthrop und Psychiaterarzt Pinel (1801) in der Anstalt Salpêtrière in Paris wie sein Kollege Reil in Halle (1803) empfehlen angesichts der krampfartigen Affekte, der sog. Hysterien, Gartenarbeit für die unteren Stände, gepflegte Unterhaltung für die oberen Stände und Atelierarbeit für den Mittelstand, um die Menschen zu stabilisieren und von ihren Nervenkrankheiten zu heilen. Wir stehen am Beginn einer klinisch angewandten Kunsttherapie. Der Psychiatriepatient diskutiert, arbeitet in Gärten und Feldern und zeichnet und malt in den Ateliers. Diese

künstlerischen Ateliers haben allesamt ein großbürgerliches Flair. Unter Aufsicht wird gezeichnet und gemalt, wie es das Bürgertum von den großen Malern kennt. Die Palette in der Hand, mit Pinsel und Ölfarbe vor den Staffeleien stehend, so erhalten die in Verwirrung gefallenen Bürger ihrer Zeit wieder den Status zurück, den sie vormals hatten – unter Aufsicht des wachhabenden Personals.

Erst der Psychiater Prinzhorn (1886–1933) wird diese Psychiatriepraxis näher in Augenschein nehmen. Und er wird besonders die Werke von Wölffli (1864–1930) zu schätzen wissen, beispielsweise dessen geometrisierende Farbskizze »Irrenanstalt«, die uns davon berichtet, warum die Psychiatrie die Patienten zeichnen und malen lässt: Sie tut dies, um der Flut, dem Verwirrenden der psychotischen Wahnhaftigkeit eine wie auch immer sich darstellende Ordnung entgegenzustellen. Noch Navratil in Wien und sein Freund Bader werden bis Anfang des 20. Jahrhunderts solche Ordnungsversuche in der psychiatrischen Klinik Wien-Gugging aufspüren und damit ihre Patienten berühmt machen. Sie werden davon berichten und anhand der Bilder demonstrieren, wie sich in der Psychose die Bildgestalten auflösen und nach dem psychotischen Schub wieder formieren. Sie lassen uns nachvollziehen, wie der psychiatrisierte Patient organisch-Lebendigem, also Pflanzen und Tieren, ein Gesicht verleiht (Physiognomisierung), wie dieser Patient das organisch-Lebendige aus Angst vor eben diesem formalisiert (Formalisierung) – und wie in der künstlerisch-therapeutischen Arbeit symbolisch Bedeutungen vermittelt, angedeutet werden (Symbolisierung) (Bader und Navratil 1976).

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wird der Psychoanalytiker Benedetti den entscheidenden Hinweis geben: Wir müssen uns als

Psychotherapeuten auch in den Psychiatrien auf die Projektionswünsche und Projektionsnöte krank gewordener Menschen einlassen, auf deren Übertragungen, auf deren innere Zerreiß-Zustände, die sich angesichts traumatisierender Erfahrung eingestellt haben. Vor allem wird er darauf hinweisen, dass dem Therapeuten eine vermittelnde Projektionsfunktion zukommt, wenn der affektiv-gestörte Patient mit den geometrisch-stabilisierenden Bedeutungsstrukturen eines bildnerischen Werkes der destabilisierenden Wirkung seiner traumatischen Erfahrungen begegnet (Benedetti 1982, S. 32f.). Und so soll auch die therapeutische Assistenz aussehen, die den psychotischen

Patienten in seiner Ich- und Selbstwertung begleitet: Während die Grenzen der Person des Patienten unklar geworden sind, während seine Wahrnehmung der Dinge und Personen gestört ist (Derealisation und Depersonalisation), während seine Denkläufe durcheinandergeraten und er neue Worte für die Dinge der Welt erfinden muss (Neologismen), während auch die gefühlsmäßigen Beziehungen zu den Personen seiner Umwelt nur noch schwankend erscheinen, währenddessen soll der Therapeut darauf bedacht sein, dass sich bildnerisch, gestalterisch, skulptural, theatralisch jenes Ich- und Selbstbewusstsein wieder deutlich macht.

## 2 Das Modell von Behinderteneinrichtungen, das Wahrnehmen und das Verhalten zu normalisieren

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts entstehen Einrichtungen, die gezielt die Menschen aufnehmen, die als »wilde Kinder« oder »Kaspar Hauser« behindert aus den gesellschaftlichen Zusammenhängen herausgefallen sind. In heilpädagogischen Anstalten wie in der Levana in Baden bei Wien werden 1856–1861 auch kunst- und beschäftigungstherapeutische Ateliers eingerichtet, in denen solche Kompetenzprogramme mithilfe ästhetischer Materialien eingeübt werden. Was Hauser (1812 bis 1833) nicht mehr vermochte, das bemüht sich das Ehepaar Deinhardt, den aus allen Netzen Herausgefallen beizubringen. »Heilen mit ästhetischen Mitteln« – so die Devise in der Anstalt Levana bei Wien – wird im Rahmen der heilpädagogischen Kunsttherapie noch heute praktiziert. Gegenstandswahrnehmung soll seit damals bis heute neu oder wieder gelernt werden, also die Synchronisation der unterschiedlichsten Wahrnehmungselemente zur Gestalt. Das bedeutet, die visuellen, akustischen, taktilen, haptischen, auditiven, propriozeptiven (körpereigenen), geruchlichen und geschmacklichen Elemente der

gestörten Wahrnehmung neu zu verschalten zu einer Sinnesempfindung. Die kunsttherapeutisch geschulte Heilpädagogin bringt das behinderte Kind dahin, die Orange in ihren Merkmalsbestimmungen rund, orange, süß, weich als Ganzes wahrnehmbar zu machen. Die gestörte Bild- und Gegenstandserkennung steht zur Disposition. Seit damals lernen die Kunsttherapeuten neurophysiologisch, wie es zu einer Wahrnehmungsleistung kommt. Sie lernen, eine bestimmte Reizintensität, Reizdauer und Reizwiederholung vorauszusetzen, damit ein Objekt als Gestalt erfasst werden kann. Sie lernen, die Behinderung als gestörte Gesterkennung infolge von Viruserkrankung, Sauerstoffdurchblutungsstörung/Nabelschnurgeburt oder von Deprivation (Gefühlsentzug) zu verstehen. Der Kunsttherapeut lernt, gezielt und strukturiert anzuleiten oder basal mit ästhetischen Mitteln zu stimulieren. Wenn der Kunsttherapeut also mit behinderten Menschen Körper-Schattenrisse an die Wand wirft, mit Handfarben malen, die Linien des Körpers auf dem Papier nachzeichnen lässt, wenn er ästhetisch-basal die

Sinnesvermögen anspricht, wenn er mit alten Kisten Skulpturen baut und damit die Wahrnehmung der plastischen Dingwelt fördert, dann bietet er grundlegende kunsttherapeutische

Übungen an, die helfen sollen, dass Inklusion, nicht Exklusion, Einbeziehung in statt Ausschluss aus der Gesellschaft geschieht.

### 3 Das Modell der gestalthaften Rekonstruktion des psychisch-gestörten Ausdrucks

Zunächst französische, später österreichische und schließlich deutsche Mediziner des 19. und 20. Jahrhunderts suchen mithilfe von Entspannungs-, Suggestionen- und Hypnoseverfahren den Patienten zu ermöglichen, sich spontan-assoziativ und unkontrolliert zu äußern. Zuerst werden diese Verfahren in den psychiatrischen Abteilungen erprobt. Später werden sie Mode in den entstehenden privaten psychoanalytischen Praxen. Es entsteht ein neues Paradigma: das von der Gestaltung des inneren psychischen Ausdrucks. Künstler des beginnenden 19. Jhs., vor allem der Spanier de Goya (1746–1828), haben dies illustriert: In seiner Radierung »Der Schlaf der Vernunft gebiert Ungeheuer« demonstriert Goya, was es heißt, den spontanen Vorstellungen unkontrollierten Lauf zu lassen. Er skizziert, radiert innere Bilder, die betörend, abstoßend, erschreckend sind und den Menschen durchaus in seinem Tun beherrschen können.

Eine Art alternativ-medizinisches Statement hatte Mesmer (1734–1815) dazu gegeben: In seiner Methode des »animalischen Magnetismus« versetzte er Menschen suggestiv in Trance und meinte, ihnen dadurch helfen zu können, dass er sie der heilenden Einbildungskraft aussetze (Mesmer 1814). Es dauerte nicht lange, bis diese vagen Vorstellungen von der Kraft der Einbildung bei einem Pariser Klinikarzt wie Charcot (1825–1893) dazu führten, somatische Erscheinungen wie Epilepsien und Körperlähmungen auf einbildungskräftige psychische Vorstellungen zurückzuführen und einen Begriff namens »Hysterie« einzuführen, der

fortan nicht mehr aus der Klinik wegzudenken war (Charcot und Richer 1987). Die Grundlage dieses Denkens war die Überzeugung, dass Bilder uns bis in unsere Verhaltensweisen hinein beeinflussen. Freud (1856–1939) sollte auf dieser Überzeugung sein Theoriegebäude errichten.

Kurz vor 1900 gab es Versuche, die Theorie von der Einbildungskraft von den inneren wirkkräftigen Bildmustern in eine Theorie von der Gestalt zu überführen. Sie werden von Mach (1838–1916) in einem wissenschaftlich-physikalischen Rahmen vorgestellt. Machs Aufzeichnungen zu Analyse der Bewegungsempfindungen (Mach 1886) gipfelten schließlich in der Lehre von der Gestalt. Diese sei das unserer Empfindung unmittelbar Gegebene, besitze eine Qualität, welche sich durch unsere Vorstellungen strukturiere. Das, was wir wahrnehmen, sei geformt, komplex und zusammenhängend, tendiere auf ein Ganzes. Die Gestaltlehre bedeutete, dass Gestalten mehr seien als die bloße Zusammensetzung ihrer Bildelemente. Wertheimer (1880–1943) experimentierte wissenschaftlich in Berlin und Frankfurt mit diesen Elementen, suchte herauszufinden, wie und unter welchen Bedingungen sie als Komplex eine psychische Wirkung auf uns erzeugten (Wertheimer 1924).

Der Gestalttherapeut Perls (1893–1970) wie der Psychoanalytiker Kubie (1958) ergänzten das gestalttheoretische Denken um seine unbewussten Motive. Und der Kunsttherapeut Franzke (2000) vereint als einer der ersten verbale, bildnerische, darstellende und körpererlebende Ausdrucksformen als

gestaltungstherapeutische in einem Tableau. Ein kunstwissenschaftlich orientierter Gestalttheoretiker, Rudolf Arnheim, verwies darauf, dass die Gestaltelemente sich nicht nur inhaltlich, sondern auch formal gruppierten: »Auch wenn die Darstellung schon im rein Wahrnehmungsmäßigen der Komposition symbolisch das Kräftespiel übermittelt [...], dann sollte die Kunst- und Gestaltungstherapie nicht nur auf die Klärung des Inhaltlichen aus sein [...], sondern ebenso auf die visuelle Erscheinung« (Arnheim 1972, S. 248). In unseren Tagen betont die Kunst- und Gestaltungstherapeutin Wel-

lendorf, das Bild sei für sie »besonders geeignet als Ausdruck inneren Erlebens, weil es bleibe, als Gegenüber« (Wellendorf 1984, S. 59). Sie weist mit dem Psychoanalytiker Winnicott darauf hin, dass das Bild eine Haltefunktion, eine holding-function habe, diese das Miteinander von Patient und Therapeut rahmengenend spiegele und den Therapeuten in die Funktion des Containers versetze. Die Schematherapie unserer Tage (Roedinger 2008) bietet sich methodisch an, die Vorstellungsmuster (Schemata) unseres leidvoll erfahrenen Verhaltens in diesem Rahmen zu erarbeiten.

#### 4 Das Modell der Gestaltung als intermediäre Beziehung in psychoanalytischen und psychosomatisch-institutionellen Settings

Die psychoanalytischen Praktiken bis zum Ende des 20. Jahrhunderts waren darauf aus, Beziehungen in der Art eines Containers, also in der Art eines persönlich gesicherten Raumes, anzubieten, subjektiv-projektive Übertragungen zu ermöglichen (Klein 1962) und der Psychodynamik der inneren Bezüge ein bildnerisches Gesicht zu verleihen. Das Containment, das Setting des Therapeuten, wurde zu Beginn des 21. Jahrhunderts zur einer der wichtigsten Rahmenbedingungen jeder Therapie.

Es war vor allem Freud (1856–1939), der den Wahrnehmungs-, Erlebens- und Handlungszerfall des bürgerlichen Individuums auf Grund der sich wandelnden, neurotisierenden Verhältnisse erklärte. Im Druck der Realitätsverhältnisse sah Freud einen Grund, die gesellschaftlich aufgenötigten Triebversagungen in Tagträumen abzureagieren. Nur dem Künstler sei es – anders als dem Nichtkünstler – möglich, sein Fantasieleben beruflich erlaubtermaßen auszuleben. Im Prinzip aber gehe es beiden darum, mittels Verfremdungen, Verschiebungen und Sublimierungen den Druck der Verhältnisse einsehbar zu machen und zu bewältigen

(Freud 1974, IX, S. 149). Freud sprach von einem Krankheitsphänomen der Zeit, einem »Zerrbild der Kunstschöpfung«, welches es wieder zu entzerren gelte (Freud 1974, S. 363). Er legitimierte jene bildhaft-kulturell orientierte Therapiearbeit, der es um die Bilder geht, die uns beherrschen und im übertragenen Sinne verbiegen, zerzerren. Seine Tochter, Anna Freud (1895–1982), bezeichnete eine solche Bild-Arbeit als »Neuzentrierung des früher Erlebten« (Freud 1979, S. 57). Sie beschrieb die Abwehrmechanismen, mittels derer wir uns vor der unangenehmen Wirklichkeit schützen – indem wir sie beispielsweise nicht wahrnehmen wollen (Verleugnung), indem wir auf frühere Entwicklungsstufen regredieren (Regression), indem wir uns mittels Ersatzhandlungen befriedigen (Sublimierung) usf. Anna Freud legte die legitimatorischen Grundlagen für die bildnerisch therapeutische Arbeit (Freud 1936/1977).

Die Psychoanalytiker der ersten Stunde bezogen sich durchaus auf Künstler wie Goya oder Munch. Letzterer meinte 1905, es seien zwei Seelenzustände – der reflektierende und der instinktive, die in uns einen

ständigen Kampf ausföchten (vgl. Schröder und Hoerschelmann 2003, S. 285, 301; vgl. bes. Przybyszewski 1894, S. 3f.). Der Kunstgeschichtler Bocola meint zu Munchs Bildern: »Die expressive Kraft seiner Kunst ist unaufhebbar mit der neurotischen Symptomatik verbunden, die sich in ihr äußert. Begreift man Munchs Malerei als Heilungsversuch, so besteht dieser [...] in einer Katharsis, einer adäquaten Abfuhr pathogener Affekte« (Bocola 1997, S. 160).

Freuds Bild- und spezielle Symbol-Auffassung hatte sich an einer abgewehrten und analytisch zu erarbeitenden Realität orientiert und fragte danach, welchen Sinn das individuelle Triebchicksal im menschlichen Zeichen- und Symbol-Ausdruck offenbare, welche unbewusst seelisch-konflikthaften Sachverhalte sich hierin manifestierten? Das ästhetisch-bildnerische Produkt schien hinzudeuten auf ein Leidens-Symptom; welches in seiner Bildhaftigkeit zu entzerren, aufzulösen (Freud 1974, Bd. IX, S. 363) und, so Anna Freud, neu zu zentrieren sei – insofern es im symbolischen Ausdruck seine innere, umgeleitete Erregung dokumentiere (Freud 1936/1977).

Diesen symbolischen Ausdruck und das persönlich mit diesem Verklammerte ins Bild zu setzen, unternahm auch Freuds Kollege Jung (1875–1961) (Jung 1967, Bd. 6, S. 52). Es seien aber nicht nur individuelle, sondern auch kollektive Erfahrungen, so Jung, welche ästhetisch unsere Bild-Äußerungen formten. Diese gelte es, in der Therapie im Gesamt der individuellen Bildausdrücke verständlich zu machen (Jung 1984, S. 410).

In der Folge dieser Ansätze psychoanalytischen Denkens sprachen die Analytiker

Winnicott (1896–1971), Spitz (1887–1974) und Kernberg (1981) von den phantasmatisch sich im Laufe des Lebens umcodierenden inneren Bildern, die, so Lacan (1901–1981) mit Verweis auf Freud, in einer Bilderschrift gegeben und in die Sprache der Traumgedanken zu übertragen seien. Das symbolhaft Angezeigte, so Lacan, gehe aber ohne den Hintergrund seiner symbolischen Ordnung, seines Sinns verloren und sei wie eine Leerstelle zu füllen, zu bestimmen, zu definieren (Lacan 1978a, S. 114).

Wellendorf erklärte dies aus jungianischer Sicht: »Symbolische Aussagen [...] bekommen ihre Bedeutung in der Arbeitsbeziehung, in der vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut [...]. Es handelt sich um eine dialogische Wechselbeziehung, in der der Patient ein Bild von seinen Konflikten, Ängsten, der Form seiner Objektbeziehungen entstehen lässt; ein Bild, das im Therapeuten ein Gegenbild auslöst, als Form einer Spiegelung oder Deutung. Diese Spiegelung kann auch ein Produkt des Therapeuten sein. Ich habe für einige meiner kleinen Patienten an einem bestimmten Punkt der Therapie eine Geschichte geschrieben und gemalt, weil sie umfassender das wiedergab, was von ihnen in mir entstanden war« (Wellendorf 1984, S. 232).

Das vorgestellte Modell nimmt die von Freud früh vollzogene Annahme von Konversionsstörungen (körperlich-symptomatischer Ausdruck eines psychischen Problems) auf und macht diese, wo erinnerungsverlustig, in den Settings der psychosomatischen Behandlung angesichts schwerer dissoziativer Störungen nach traumatischer Erfahrung nutzbar.

## 5 Der neurologisch-gerontopsychiatrische Modellansatz und die Wiederherstellung der mentalen und kontextualen Ordnung

Die Paradigmen der neueren Zeit haben die zurückliegenden Ansätze der Behandlung nicht vergessen. Die persönliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut steht nach wie vor im Mittelpunkt der therapeutischen Kur. Derzeit werden jene Therapeuten wichtig, die an neurologischen, gerontopsychiatrischen und Pflegeeinrichtungen alles daran setzen, mit Hilfe der verbliebenen Bildmuster die betroffenen Patienten in ihrem alltäglichen Verhalten neu zu orientieren, zumindest zu stabilisieren.

Die Patienten, denen der Kunsttherapeut nunmehr gegenübersteht, sind in der Regel von einem Gedächtnisverlust (Amnesie), von Traumatisierungen des Gehirns (Unfällen), von Hirnzellverlusten (Alzheimererkrankung) betroffen und sind in ihren Ausdrücken aphasisch (sprachgestört), apraktisch (handlungsgestört) oder agnostisch (Bedeutungsfindungsgestört), vielfach auch desorientiert. Es sind Menschen, die ihre visuell, akustisch, haptisch, geschmacklich und geruchlich erlernten Bilder verloren haben. Man nennt diese Menschen dann *dement*, wenn sie die erlernten Informationen des Lebens, sozusagen die Benutzeroberflächen ihrer inneren Bilder so wie die tonalen Abfolgen der ehemals gesummt Lieder vergessen haben. Die räumlich-zeitlichen

Zusammenhänge sind verlorengegangen. Offenbar leisten ihre Hirnzellen nicht mehr das, was sie sollen. Sogenannte Plaques haben sich auf diese Zellen gelegt, Neurofibrillen haben sich in die Eingänge der Zellen hinein geschoben. Die Hirnzellen sind erstickt. Und so kommt es zu Ausfällen zwischen den Zellen. Wenn aber keine Vernetzung zwischen den Zellen mehr da ist, kann auch keine Gestaltbildung stattfinden, können die Elemente unserer Wahrnehmung nicht mehr zusammengesetzt werden. Offenbar gelingt die Synchronisation der Wahrnehmungselemente nicht mehr. Diese erfordert, dass die Wahrnehmungselemente zeitgleich, quasi im Takt, wie räumlich zusammengesetzt zu einer Gestalt zusammengefasst werden müssen. Genau dies wird der Kunsttherapeut einleiten. Er wird auf allen Ebenen der Wahrnehmung versuchen, Gestaltbildung zu betreiben.

Kunsttherapie in Neurologie oder Gerontopsychiatrie, das bedeutet europaweit, die verlorengegangenen Aspekte der Weltbewältigung wieder zu erarbeiten. Nicht nur im Malen, auch im Backen mit den Frauen, Werken mit den Männern – in solchen Tätigkeiten verbergen sich viele basal-ästhetische Aspekte, Zusammenhänge, die es wiederzugewinnen gilt.

## 6 Das Modell einer formal ästhetischen Kunst- und Gestaltungsdidaktik mit Transfer in den Alltag

Die Kunsttherapie hat sich in den Jahren ihrer Entstehung der Erkenntnisse und Vorgehensweisen der Kunsttheorie und -praxis bedient. Sie beugte sich schon sehr früh der Einsicht Kants, dass unsere Anschauung sowohl eine eher inhaltlich wie eine eher formal orientierte Seite habe. Sie hat immer darauf insistiert, dass wir die Ausdrucksformen unserer Klienten sowohl unter formalen wie

unter inhaltlichen Gesichtspunkten sehen müssen. Die zweifache Anschauungsweise der Dinge des Lebens spielte in der Geschichte der Bildkonzeption eine wichtige Rolle: In den Entstehungszeiten der Kunsttherapie betonten die Kunsttheoretiker Wölfflin (1864–1945), Lipps (1851–1914) und Worringer (1881–1965), dass das subjektiv einfühlbare, psychologisch-ästhetische Begrei-

fen genauso wichtig sei wie das sich aus sich selbst erklären könnende ästhetische Objekt (Wölfflin 1976, S. 248f.).

In die Lebenszeit Wölfflins, Lipps und Worringers fällt die Erfindung der Psychoanalyse und der Gestalttheorie, zweier Theorikonstrukte, die die Leistung des vorstellungs- und bildentwerfenden Subjekts betonen. Trotz des Grundaxioms der modernen Kunst, z.B. Cézannes, der Maler solle sich der eigenen »subjektiven Gefühlsfärbungen« enthalten (Cézanne 1988, S. 64), setzt sich die psychoanalytisch und gestalttheoretisch eher subjektive Betrachtung der Welt durch. Um 1900 kommt es zu einer – bis dato kaum wahrgenommenen – Spaltung, die die Kunst der Moderne und die sich aus ihr herleitenden kunstpädagogischen und kunsttherapeutischen Hinsichten trennt. Kunstpädagogik und Kunsttherapie gehen einen anderen Weg als die Kunst der Moderne.

Die Kunsttherapie, die wir hier in Augenschein nehmen, verschafft sich mit ihrer Existenz die eigene Rechtfertigung: Sie macht sich die innerpsychischen Prozesse bei der Betrachtung wie bei der Herstellung von bildnerischen Ausdrücken zunutze. Ihr Zweck besteht darin, die Orientierungen

und die Gefühlslagen der Patienten wiederherzustellen und die Probleme wie die Leidenssituationen bildnerisch verarbeitbar zu machen. Ihr Mittel besteht darin, jenen psychischen Ausdrücken, jenen Bildern, Vorstellungsmustern, die Leiden verursachen, eine andere und lebenswerte Ausrichtung zu geben. Letztlich sollen die Bewusstseins- und Erlebnisweisen, aber auch die Verhaltensabläufe mit bildnerischen Mitteln so konstelligiert werden, dass es möglich wird, das Alltagsleben neu zu sehen und zu bewältigen. Mit bildnerischen, mit abbildenden Mittel sucht die Kunsttherapie, die behinderten, die gestörten, die krank gewordene Äußerungen des Menschen aus den Einbahnstraßen des Lebens wieder herauszuführen. Kunsttherapie ist zu einer Praxis geworden, die die innerpsychischen Einstellungen und die sich ausdrückenden Verhaltensmuster in der bildnerischen Formgebung und Dynamik eines ästhetischen Mediums spiegelt und somit die sich dabei abbildenden Lebensverhältnisse bearbeitbar und neu zentrierbar macht, so dass sich neue Lebensperspektiven bieten. In ► [Tabelle 1.1](#) werden die verschiedenen Modellansätze in einer Übersicht zusammengefasst.

**Tab. 1.1:** Zusammenfassung der Ansätze von Bildarbeit in der Geschichte des Gesundheitswesens

	Focus	Beginn	Heute
<b>Modellansatz 1:</b> psychiatrisch ökologisch	Seelisch ökologische Un vs. Ausgeglichenheit	S: Krampfartige Affekte/sog. Nervenkrankheiten/Hysterien Th: <i>Neben bildstrukturierende Atelierarbeit, Gartenarbeit und Gespräche</i>	S: Psycho affektive Störungen mit phasisch psychotischen, bipolaren, manischen und depressiven Anteilen (Derealisation, Depersonalisation) Th: <i>Rekonstitution von Selbst und Fremdwahrnehmung über das Bild</i>
<b>Modellansatz 2:</b> heilpädagogisch rehabilitativ	Gestörter/unge störter Sinnes und Verhaltensausdruck	S: Gestörte Verhaltensmuster einhergehend mit Handicaps in den Selbst und Alltagswahrnehmungen Th: <i>Heilen mit ästhetischen Mitteln (Georgens)</i>	S: Körperliche, geistige und seelische Funktions und Strukturbeeinträchtigungen (insbes. sensomotorisch kognitiv) mit ges. Teilhabeverlust Th: <i>Synchronisation der all täglichen Verhaltenseindrücke und muster mit bildnerischen Mitteln</i>

	Focus	Beginn	Heute
<b>Modellansatz 3:</b> gestalt / gestaltungs- therapeutisch	Psychisch gestörte vs. ungestörte innere Wahrnehmung, Bildgestalt (rezeptiv/expressiv)	S: Epileptische, krampfartig hysterische u. Lähmungsercheinungen Th: a) Sog. animalisch magnetische (Mesmer), Entspannungs , Hypnose , Suggestionsverfahren und zunehmend Arbeit am Bild b) Erste gestaltungstherapeutische Ansätze	S: Gestörte Wahrnehmungs , Denk , Gefühls und Verhaltensmuster Th: Bildnerische, darstellende, körpererlebende Ausdrucksformen als gestaltungstherapeutische Ausdrucksformen von Beziehung; in neuerer Zeit zunehmend Einbeziehung schematherapeutischer Ansätze in der Gestaltungsarbeit (Roediger 2008)
<b>Modellansatz 4:</b> analytisch psychosomatisch	Psychisch rezeptive und expressive Gestaltbildung im Vorgang von projektiver Übertragung und Interaktion	S: a) Wahrnehmungsausblenden und verstellungen infolge von sog. »nervösen Erkrankungen« b) Wahrnehmungsverzerrung und verdichtung infolge von Trieb- und Beziehungsabwehr Th: a) Assoziationsmethode bei Dissoziationsphänomenen b) Entzerrung und Neuzentrierung des früher Erlebten im Vorgang der Beziehungsklärung	S: a) Infolge Traumata einerseits hoher Erregungsgrad und flashbackartige Bildassoziationen, andererseits dissoziative Ausblendungen b) Infolge von Persönlichkeitsstörungen werden Verdrängungen, Verschiebungen und Sublimierungen der Anschauungs-, Verhaltens- und Beziehungsmuster sichtbar Th: a) Strukturierende Bildarbeit mit psychoaffektiv gestörten Menschen nach schweren Traumatisierungen b) Heilungsversuch z. B. über Abfuhr pathogener Affekte und Beziehungsklärung (anhand psychoanalytischen oder schematherapeutischen Modells)
<b>Modellansatz 5:</b> neurologisch geronto- psychiatrisch	Verlust der Wahrnehmung, Gefühls- und Erlebnisgestalten	S: Wahrnehmungs- als Selbst- und Fremdrepräsentanzverlust Th: Synchronisation der Wahrnehmungs- und Erlebens-elemente	S: Verlust der raumzeitlichen und infolge selbstreflexiv erlebten Zusammenhänge Th: Zurückgewinnung der Gestalt und Handlungskompetenzen
<b>Modellansatz 6:</b> formal und gestaltungs- ästhetisch wie kunstdidaktisch	Innere Bildkonzeption als subjektiv einfühlsames, psychisch-ästhetisches Begreifen	S: Verwirrte Selbst- und Objekterkenntnis vs. detailmimetische Abbildung als Dokumentation des Leidens (z. B. Munch, Goya) Th: Bildarbeit als strukturierende Beschäftigungstherapie (Pinel) vs. individuellem Dokumentationsversuch sozial pathologisch erlebter Prozesse (Prinzhorn)	S: Kognitiv-emotiv nicht integrierte Wahrnehmung, formal-ästhetisch z. B. geometrisierend oder altersunangemessen zusammengefasst Th: Kunst- und heilpädagogisch-didaktisch vermittelte Methode des Bildaufbaus; kognitiv-emotiv und kulturell gelungene Synchronisation der Bildvorstellungen

S = Symptom; Th = Therapie

## Literatur

- Arnheim R (1972) *Anschauliches Denken*. Köln: DuMont.
- Bader A, Navratil L (1976) *Zwischen Wahn und Wirklichkeit. Kunst Psychose Kreativität*. Luzern: Bucher.
- Barthes R (1984) *Fragmente einer Sprache der Liebe*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Benedetti G (1982) Über die Kreativität des schizophrenen Leidenden. *Psychologie Heute* 6:32.
- Bock J, Braun AK (2003) *Die Narben der Kindheit*. Gehirn & Geist 1:50–53.
- Bocola S (1997) *Die Kunst der Moderne. Zur Struktur und Dynamik ihrer Entwicklung: Von Goya bis Beuys*. München: Prestel.
- Cézanne P (1988) *Montagne Sainte Victoire*. Hrsgv. G. Boehm. Frankfurt/M.: Insel.
- Charcot J M, Richer P (1987) *Die Kunst der Besessenen*. Göttingen: Steidl.
- Freud A (1936/1977) *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler.
- Freud A (1979) *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. München: Kindler.
- Freud S (1974) *Sigmund Freud: Studienausgabe*. Hrsgv. A. Mitscherlich. Frankfurt/M.: Fischer.
- Jung CG (1967) *Gesammelte Werke*. Zürich: Rascher.
- Jung CG (1984) *Erinnerungen, Träume, Gedanken*. Hrsgv. A. Jaffé. Olten: Walter.
- Kant I (1968) *Kritik der praktischen Vernunft*. Kants Werke. Akademie Textausgabe, Bd. V. Berlin.
- Kernberg O (1981) *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Klein M (1962) *Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich Entwicklung*. In: Dies.: *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Kraepelin E (1918) *Hundert Jahre Psychiatrie*. Springer: Berlin.
- Lacan J (1978a) *Die Topik des Imaginären*. In: Ders.: *Das Seminar. Buch I (1953–1954)*. Freuds Technische Schriften. Olten: Walter. S. 97–116.
- Lacan J (1978b) *Diskursanalyse und Ichanalyse. Anna Freud oder Melanie Klein*. In: Ders.: *Das Seminar. Band I (1953–1954)*. Freuds Technische Schriften. Olten: Walter. S. 83–93.
- Mach E (1886) *Beiträge zur Analyse der Empfindungen*. Jena: Fischer.
- Menzen K H (1994) *Heilpädagogische Kunsttherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Menzen K H (2000) *Eine kleine illustrierte Geschichte der Kunsttherapie*. Butzbach Griedel: Afra.
- Menzen K H (2008) *Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen*. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- Menzen K H (2009) *Grundlagen der Kunsttherapie*. 3. Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- Menzen K H (2009) *Das Bild in Kunst, Pädagogik und Therapie*. Münster: LIT.
- Menzen K H (in Vorb.) *Kunsttherapie in der Sozialen Arbeit*. Verlag Modernes Lernen: Dortmund.
- Menzen K H, Hartwig H (Hrsg.) (1984) *Kunsttherapie*. Berlin: Ästhetik u. Kunst.
- Mesmer F A (1814) *Mesmerismus oder Systeme der Wechselwirkungen: Theorie und Anwendung des thierischen Magnetismus als die allgemeine Heilkunde zur Erhaltung des Menschen* (hrsg. von KC. Wolfart). Berlin: Nikolaische Buchhandlung (Reprint by EJ. Bonset, Amsterdam, 1966).
- Pers F (1999) *Grundlagen der Gestalt Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Petzold H (1985) *Leiblichkeit: Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.
- Przybyszewski S (Hrsg.) (1894) *Das Werk des Edvard Munch*. Berlin: Fischer.
- Reil JC (1803) *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrütungen*. Halle: Curtsche Buchhandlung.
- Roediger E (2008) *Praxis der Schematherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schröder KA, Hoerschelmann A (2003) *Edvard Munch*. Katalog. Hatje Cantz: Ostfildern.
- Wellendorf E (1984) *Schlussdiskussion: Ästhetische Produktion in der kunsttherapeutischen Praxis und die Ästhetik der Therapeuten*. In: Menzen K H, Hartwig H (Hrsg.) *Kunst Therapie*. Berlin: Ästhetik und Kommunikation. S. 225–238.
- Wertheimer M (1924) *Über Gestalttheorie*. Vortrag vor der KANT Gesellschaft, Berlin, am 17. Dezember 1924. Zuerst erschienen 1925 in: *Philosophische Zeitschrift für Forschung und Aussprache* 1:39–60, und als Reprint 1985 in: *GESTALT THEORY* 7(2), 2:99–120.
- Wölfflin H (1976) *Kunstgeschichtliche Grundbegriffe: Das Problem der Stilentwicklung in der neueren Kunst*. 15. Aufl. Basel: Schwabe.
- Winnicott DW (1973) *Die therapeutische Arbeit mit Kindern*. München: Kindler.