

I. THEMATISCHE EINFÜHRUNG

Zur Gegenstandsproblematik

Mit der vorliegenden Arbeit gilt es, einen Beitrag zur Begründung der *Kunsttherapie* als einem psychotherapeutischen Verfahren unter Einbeziehung des bildnerischen Ausdrucksmediums zu leisten. Insofern dieses grundlagentheoretische Anliegen nicht umhin kann, sich interdisziplinär zu bewegen, steht es schlecht um die Ankündigung der Bearbeitung eines umschreibbaren Gegenstandes oder einer fokussierten Fragestellung. Überhaupt verdient der geneigte und geplagte Leser von Beginn an mit der Unbequemlichkeit bekannt gemacht zu werden, daß er es eher mit der vorsichtigen Begehung von mehr oder weniger tragfähigen Gründen sowie mit der Entwicklung und Erprobung eines recht komplizierten Forschungsinstrumentariums zu tun haben wird, anstatt sich mit der Beweiskraft einer unerbittlich legitimierenden Interpretationsformel ausrüsten zu können: Der bildnerische Ausdrucksgegenstand wird weiterhin durch Widerspenstigkeit provozieren und herausfordern, aber eben darüber kann er schließlich gewürdigt werden.

Historische Voraussetzungen der kunsttherapeutischen Idee

Das Problem der Thematik und die Ausgangssituation für ihre Bearbeitung läßt sich jedoch exemplarisch transparent machen, indem zunächst einige entstehungsgeschichtliche Aspekte der *Kunsttherapie* vergegenwärtigt werden. So ist die Etablierung des m.E. nicht unproblematischen Begriffs für diese Disziplin zwar historisch leicht verständlich, sachlich jedoch ebenso leicht mißverständlich und kann epistemologisch durchaus nicht ohne weiteres als begründet gelten. Daß das Patientenbild als Erkenntnisgegenstand überhaupt zugänglich wurde, ist erst der gesamtgesellschaftlichen Werteveränderung infolge der geistigen Entwicklungen des ausgehenden 19. Jahrhunderts (aber auch den fortschreitenden technischen Möglichkeiten der Publizierung) zu verdanken. Die nachfolgend noch näher zu betrachtenden Veränderungen im Kunstverständnis liefen damals mit Veränderungen im Menschenbild zusammen, welche auch ein neues Krankheitsverständnis und reformpsychiatrische Konsequenzen hervorbrachten. Der institutionellen Differenzierung von psychiatrischer Erkrankung,

Behinderung, sozialer Verwahrlosung und Kriminalität zufolge wurden andere Versorgungs- und Pflegemöglichkeiten eröffnet, Diagnostik und Therapieverfahren bekamen einen anderen Stellenwert und es entstanden mit KRAEPELIN neue nosologische Systematisierungen. Philosophiegeschichtlich zeigte sich damals mit DILTHEY - neben dessen Forderung nach einer verstehenden Psychologie - die Etablierung einer *Hermeneutik*, die das *Individuum* und seine *lebensgeschichtliche* Perspektive in den Vordergrund stellte und die sich in ihrem Verstehensanliegen erstmals nicht nur auf sprachliche Ausdrucksformen beschränkte. Während DILTHEY die erkenntnistheoretische Relevanz der *Erlebensebene* bzw. des *Erlebnisausdrucks* geltend machte, entwickelten FREUD und seine Schüler etwa zeitgleich unter konfliktpsychologischem Gesichtspunkt die *Psychoanalyse*. Die mit der *modernen* Perspektive legitimierte Fokussierung des Individuums erweiterte sich daraufhin u.a. auf dessen Biographie und ermöglichte auch das anthropologische Interesse am schöpferischen Potential - nicht nur des begnadeten Künstlers, sondern jedes Einzelnen. Von ästhetisch-kunstwissenschaftlicher wie von psychologisch-pädagogischer Seite setzte demzufolge eine Auseinandersetzung mit bildnerischen Darstellungsbereichen ein, die bislang kaum eine Wertschätzung erfahren hatten: Dazu gehören die Wiederentdeckung der (um 1820 schon einmal kurzzeitig ins Blickfeld der Forschung gerückten) *Kinderzeichnung* durch RICCI (1882/1887) sowie die Beachtung der *Naiven Malerei* - von beispielsweise ROUSSEAU (um 1880); ferner entwickelte sich eine über das ethnologische Interesse noch hinausgehende Faszination für fremde, insbesondere *primitive Kulturen*, so daß Skulpturen aus Afrika und der Südsee von den FAUVES und von den expressionistischen Künstlern der BRÜCKE, aber auch von PICASSO, BRAQUE u.a. gesammelt und prägend für deren stilistische Entwicklung wurden.

Mit diesen skizzenhaften Hinweisen soll die (Be-) Deutungsverschiebung angegeben werden, die die Eröffnung zu der Vielfalt von Kunstbegriffen und Stilentwicklungen im 20. Jahrhundert mit sich brachte und die nicht zuletzt auch die Auseinandersetzung mit der sog. *psychopathologischen Kunst* legitimierte. Zu den ersten Psychiatern, die ein ästhetisches und ein Erkenntnisinteresse an den Gestaltungen ihrer Patienten entwickelten und dokumentierten, gehören bekanntermaßen SIMON (1876 u. 1888), LOMBROSO (1846, dt. 1887), MOHR (1906), RÉJA (1907, dt. 1998), PRINZHORN (1922), VOLMAT (1956) u.a. Die Einschätzung des Kunstwertes dieser Patientenarbeiten erweist sich bei vielen dieser Psychiater als sehr ambivalent, aber ihre Veröffentlichungen waren - ebenso wie die Dokumentationen über kindliche Bildnerie - sehr inspirierend für das Anliegen der Expressionisten, sich dem Ausdruck inneren Erlebens zu widmen.

Besonders enthusiastisch aber wurden die Patientenbilder von den Surrealisten (BRETON, ERNST, ELUARD) und den Manieristen (DUBUFFET) aufgenommen: Zu nennen sind hier beispielsweise die Idealisierungen in BRETONs *Surrealistischem Manifest* und DUBUFFETs Proklamierung einer *art brut* "in ganz reiner - sozusagen roher - Form ..., wie sie vom Künstler in all ihren Phasen aus eigenem Antrieb neu entdeckt wird" - einer Kunst also, die "nichts von einem Chamäleon oder einem Affen an sich hat, wie das bei der kulturellen Kunst konstante Praxis ist" (DUBUFFET [1948] 2000, S. 65). Nicht wenige Künstler von Rang bedien(t)en sich seither der Stilmittel insbesondere psychosekranker Menschen, ohne allerdings die Quellen ihrer Zitationen und Variationen anzugeben, und einige von ihnen halten - unter Beanspruchung des entsprechenden Leiderlebens auch für sich selbst - die sog. *künstlerische Gemeinde* bewußt in engen Grenzen (RAINER, PENCK). Künstlern wie HILL, JOSEPHSON und SOUTTER hingegen, die tatsächlich psychotisch erkrankten und infolgedessen einen *zweiten Stil* (H.-G. RICHTER) entwickelten, aber auch Laien, die während ihres psychotischen Schubes einen expressiven, gestisch dominierten Duktus hervorbrachten, eröffnete die inzwischen gesellschaftlich etablierte neue Aufgeschlossenheit in der Kunstrezeption ein auch adäquates Interesse und entsprechenden Raum für ihre gestalterische Tätigkeit. Auf den ersten Blick entstand somit durch die gesellschaftliche Legitimierung und stilistische Aneignung psychosetypischer Ausdrucksmodi eine Art Rehabilitierung und Integration, deren Fragwürdigkeit sich aber u.a. daran zeigen läßt, daß die Stilisierung von Patienten zu Künstlern in Werkpräsentationen nicht ohne deren Kennzeichnung als psychisch Kranke auskommt: Unzureichend berücksichtigt blieben die Zuständlichkeiten der Patienten und entsprechend verfehlt die Entstehungsbedingungen ihrer Darstellungen. Für die Beziehung zwischen Kunst und Medizin kann an dieser Stelle festgehalten werden, daß die bis dato jahrhundertlang übliche künstlerische Dokumentation medizinischer Methoden nun durch das Einbeziehen des Patientenausdrucks und damit durch eine therapeutische Instrumentalisierung des künstlerischen Mediums erweitert wurde, - wenngleich m.E. nicht zu leugnen ist, daß diese Tendenzen - dem gesamten Rehabilitationsversuch entsprechend - noch sehr stark abwehrenden Charakter haben.

Nicht minder problematisch als die idealisierende sowie z.T. Leid und Beeinträchtigung ignorierende Rezeption von Patientenbildereien durch Kunst und Kultur ist m.E. aber auch das z.T. euphorische kunsttherapeutische Echo. Eine intensivierete Arbeit an Methoden oder Grundlagen, wie sie beispielsweise BENEDETTI 1975 und 1992, KRAMER 1991, RICHTER 1997 bieten, bleibt

jeweils eher isoliertes Einzelereignis in einer bislang m.E. zu wenig selbstreflexiven und selbstkritischen Gesamtbewegung: Faszination rechtfertigt keine Generalisierung, und Beobachtbares begründet weder Bedingungen noch Notwendigkeit.

Ganz ohne Zweifel stellt die Tatsache, daß zeichnerische, plastizierende, malerische und andere bildnerische Betätigungen von - nicht vielen, aber immerhin einigen - Patienten unterschiedlicher Krankheitsbilder aufgenommen und z.T. intensiv und langfristig verfolgt werden, eine wesentliche Herausforderung und Legitimation zur Auseinandersetzung mit diesen Phänomenen dar. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß mit der bildnerischen Gestaltung zunächst eine Eigeninitiative der Patienten aufgegriffen, nicht aber eine Indikation aus ärztlicher Überlegung heraus entwickelt wurde: So müssen Zweck, Funktion, Bedeutung - kurz: das *Wozu* - dieser Betätigung für den jeweils Einzelnen interessieren, bevor über ein *Ob* und *Wie* der therapeutischen Nutzbarkeit befunden werden kann. In diesem Zusammenhang ist die 'Neu'-Entdeckung bildnerischer Mitteilungsmöglichkeiten durch die Relativierung zu kennzeichnen, daß auch das Bild nicht der Schlüssel zur Einsichtnahme ist bzw. die Realität der Verstehensgrenzen auflösen kann. Es wird prinzipiell dabei bleiben, daß wir es sind, die (jeweils) nicht (genügend) oder nicht vollständig verstehen, und daß gleichermaßen wir es sind, die sich dennoch unablässig weiter darum bemühen müssen, - nicht zuletzt, um einer adäquaten Praxis willen.

Daß sie schon das rein ärztliche, zunächst noch nicht mit der Idee einer gezielten kunsttherapeutischen Intervention befaßte Interesse nicht ruhen ließ, belegen die *Verstehensbemühungen* der in der historischen Skizze bereits genannten Psychiater: Exemplarisch sei hier auf PRINZHORNs Entwicklung einer Übersicht zu den psychologischen Grundlagen der bildnerischen Gestaltung hingewiesen (PRINZHORN 1968, S. 15ff.), ferner auf RENNERTs Merkmalsliste der schizophrenen Gestaltung (1966) und auf NAVRATILs Betrachtung von Bildern schizophrener Patienten im Kontext mit den kunstgeschichtlich als manieristisch beschriebenen Stilmitteln, schließlich aber auch die Rückbindung an lebensgeschichtliche Aspekte des Patienten (vgl. z.B. NAVRATIL 1976, S. 166ff). Wenngleich sämtliche Überlegungen natürlich vonnöten sind und insbesondere letzterer Aspekt für eine psychotherapeutische Nutzung wünschenswert ist, darf doch nicht übersehen werden, daß die (vereinzelt, nicht von prämorbidem Begabungen abhängige) bildnerische Betätigung aus der Initiative von Patienten, nicht aus Überlegungen der Behandler resultiert. So muß m.E. zu bedenken gegeben werden, daß sich mit der Ausblendung dieses Umstands retrospektiv ein jeweils allzu schneller Sprung zur Instrumentalisierung erkennen läßt: Anstatt sich

begründet zu finden, stellt sich die therapeutische Einbeziehung von Bildobjektivationen dabei eher als zusammengesetztes Ding, nicht aber als gewachsenes Verfahren dar. Tendenziell lassen sich zwei Richtungsnahmen feststellen: Zum einen ergibt sich eine einseitige Verhaftung an diagnostische Zwecke und die nachweisliche Deutungsmöglichkeit psychodynamischer Verhältnisse, d.h. eine Rechtfertigung angesichts der nosologischen und methodologischen Probleme psychiatrischer Arbeit (MOHR 1906, RÉJA 1901/1907, RENNERT 1966). Zum anderen besteht die Neigung zu einer Verschiebung der gesellschaftlichen Rollenidentität von Patienten, indem diese durch verstärkte Aufforderung zu bildnerischer Tätigkeit recht suggestiv in die Künstlerrolle gedrängt werden (NAVRATIL 1976, GORSEN 1990), indem ihre Arbeiten als Niederschlag 'reiner', 'ursprünglichster' Kreativität (PRINZHORN 1968, BADER 1961, PRESLER 1981) bewertet werden (was ebenso logisch unhaltbar wie unvereinbar mit der Tatsache ist, daß auch Langzeitpatienten nicht - und erst recht nicht im Medienzeitalter - in einem kulturellen Vakuum leben) oder aber indem ihre Ausdrucksformen als Decodierung der Schizophrenie unseres modernen (mittlerweile auch post- und postpost-modernen) Zeitgeistes gehandelt werden (GORSEN 1990, WELSCH 1993). Wird die Kunsttherapie im ersteren Falle vorwiegend auf eine Funktion der Selbstlegitimation reduziert, so wird sie in den zuletzt genannten Tendenzen als Zugang zu letztbegründendem Beweismaterial für allgemeinemenschliche Wahrheiten genutzt, an sich aber wird sie irrelevant. In jedem Falle gerät aus dem Blickfeld, daß der eigentliche Gegenstand kunsttherapeutischer Tätigkeit das Wesen des je subjektiven ästhetischen Erlebens und Verhaltens ist, das innerhalb des *seelischen Zusammenhangs* und damit innerhalb eines immer *zuständlichen* Bewußtseins jenes intentional gerichtete Tätigsein prägt, welches uns bildnerische Objektivationen als Zugangsmöglichkeiten für die *verstehende* Rezeption, Vermittlung und Integration überläßt. Nun sollen hier weder die Ausrichtung auf diagnostische und therapeutische Brauchbarkeit noch die Förderung kreativer Betätigung geringgeschätzt werden; beide Aspekte sind mit kunsttherapeutischem Arbeiten notwendig verbunden und unabdingbar. Es soll allerdings kritisch daraufhingewiesen werden, daß sie nicht als tragende Elemente für die theoretische Begründung dieses Verfahrens herangezogen werden können, sondern ihre Hauptrolle jeweils anderswo zu spielen haben. Die Würdigung der ästhetischen Qualitäten der m.E. in aller Regel nicht als *Kunst* zu bezeichnenden Patientenbilder muß also in angemessenen Relationen zur therapeutischen Aufgabe und ihren Grenzen bleiben und darf nicht zu Vermeidungen des Behandlungsauftrags führen; ebensowenig darf die therapeutische Auslegung ihre Grenzen aus dem Blick verlieren und eine bildnerische Gestaltung mit einem Symptom verwechseln. Die

Verführbarkeit durch das Faszinosum 'Bild' zu einer vermeintlichen Projektionslegitimation ist die beste Voraussetzung dafür, daß das souveräne Überspringen von notwendigen Grundlagenforschungen und der unerfreuliche Status der kunsttherapeutischen Disziplin wohl erhalten bleiben.

Aktuelle fachspezifische Schwierigkeiten

Inzwischen gibt es im Bereich der Kunst-/Gestaltungs-/Kreativ-/Mal-Therapie ein ganzes Spektrum sehr heterogener Ansichten, Arbeitskonzepte, Therapierealitäten und Druckerzeugnisse - und nicht zuletzt: Selbstverständnisse. Die Ausbildungssituation ist in Deutschland - insbesondere unter den Gesichtspunkten der Abstimmung über notwendige Lehrinhalte, sowie über Qualität und der Abschlußmöglichkeiten nach wie vor problematisch, und die berufliche Lage bildet sowohl hinsichtlich der Anerkennung des Therapieverfahrens als auch bzgl. der Bereitstellung von Stellen eine Entsprechung dazu. Diese Tatsachen sind zu bedauern, nehmen nach meiner Auffassung jedoch ebensowenig wunder wie die Zurückweisungen des Anspruchs auf Krankenkassenzulassung: Gemessen an der Komplexität des Erkenntnisproblems und der therapeutischen Aufgabe bei Einbeziehung bildnerischer Ausdrucksformen fehlt es an inhaltlichem, methodischem und organisatorischem Zusammenwachsen sowie an Integrationsroutine in die Strukturen potentieller Tätigkeitsfelder. Um diese Entwicklungen jedoch überhaupt gewährleisten zu können, bedarf es neben (prozeßorientierter!) Ausdauer und Engagement auf praktischen Handlungsebenen m.E. vor allem auch noch einer - längerfristigen - Arbeit an theoretischen Grundlagen, wie sie hier versucht werden soll.

In Ermangelung hinreichender Begründungen für kunsttherapeutische Verfahren sind bislang immer wieder eklektizistische Anleihen bei psychologischen wie pädagogischen Konzepten, vor allem aber bei verschiedenen psychotherapeutischen und psychoanalytischen Schulen zu konstatieren. Vielfach sind deren ausgewählte Deutungsmotive und -inhalte in der Tat von besonderem Interesse, sie werden in der Rezeption jedoch allzu leicht simplifiziert und auch mit den Persönlichkeitsmodellen der entsprechenden Schulen oft allzu kausal kurzgeschlossen. Ich beginne daher meine Überlegungen zu notwendigen Arbeitsschritten von der etwas ernüchternden Feststellung aus, daß die Triangulation im kunsttherapeutischen Setting - mit der bildnerischen Objektivation als dem Mittel der Wahl eines Dritten - weder unkompliziert noch von spektakulärem Erfolg geprägt ist.