

utb.

Karl-Heinz Menzen

Grundlagen der Kunsttherapie

6. Auflage



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn

Brill | Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto

facultas · Wien

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen

Psychiatrie Verlag · Köln

Ernst Reinhardt Verlag · München

transcript Verlag · Bielefeld

Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart

UVK Verlag · München

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Karl-Heinz Menzen

Grundlagen der Kunsttherapie

6., durchgesehene Auflage

Mit 123 Abbildungen und 8 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. **Karl-Heinz Menzen** ist Professor em. für Pädagogik mit dem Schwerpunkt „Altern und Behinderung unter Einbeziehung von Aspekten ästhetischer Bildung“ an der Katholischen Hochschule Freiburg i. Br. Seit 2013 leitet er den Masterstudiengang Kunsttherapie an der Sigmund Freud Universität Wien. Vom Autor außerdem im Ernst Reinhardt Verlag erschienen: „Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen“, Reinhardts Gerontologische Reihe, Band 30

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 2196

ISBN 978-3-8252-6058-3 (Print)

ISBN 978-3-8385-6058-8 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-8463-6058-3 (EPUB)

© 2023 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Einbandgestaltung: siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Fotos im Innenteil: Karl-Heinz Menzen sowie Studierende der HdK Berlin, der HfAK Wien und der KFH Freiburg

Cover: © iStock.com/vernonwiley

Satz: Bernd Burkart; www.form-und-produktion.de

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort	9
Teil I Kunsttherapie – Einführung und Überblick.	11
1 Zur Herkunft der künstlerischen Therapien.	13
1.1 Der kunstpsychologische Ansatz	13
1.2 Der kunstpädagogische und kunstdidaktische Ansatz	14
1.3 Der ergotherapeutische Ansatz in der Psychiatrie.	15
1.4 Der heilpädagogisch-rehabilitative Ansatz	18
1.5 Der kreativ- und gestaltungstherapeutische Ansatz	20
1.6 Der tiefenpsychologische Ansatz	21
2 Zur Aktualität der künstlerischen Therapieformen	22
Teil II Methoden der Kunsttherapie.	27
1 Sinneskompensation und Sinnesförderung	29
1.1 Die Entwicklung der Methode im 19. Jahrhundert: ästhetisch-bildnerische Ansätze	29
1.2 Die Weiterentwicklung im 20. Jahrhundert: basale Stimulation	32
1.3 Trend im 21. Jahrhundert: mentale Repräsentation	38
1.3.1 Kunsttherapie in der Rehabilitation Demenzkranker	38
1.3.2 Methoden in der Rehabilitation Demenzkranker: (Ästhetisch-) Basale Stimulation (ÄBS/BS), Realitäts-Orientierungs-Training (ROT), Validation, Bild- und Erinnerungsarbeit, Mäeutik	44
1.3.3 Kunsttherapie mit Schlaganfall-, Alzheimer- und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten.	51
1.4 Ergebnisse neurologischer Forschung: Wie Bilder im Kopf entstehen	61
2 Formwahrnehmungsstörung und Gestaltrekonstruktion	78
2.1 Form – Ganzheit und Gestalt.	78
2.2 Neurologische Grundlagen der Gestaltrekonstruktion	81
3 Entwicklungskompensation und ästhetische Sozialisation	90
3.1 Entwicklungskonstitution durch Bilder	90

3.2	Alltagsästhetik und kulturelle Rekonstruktion.	95
3.3	Enkulturation als Aufgabe der Kunsttherapie	99
4	Tiefenpsychologie und biographisches Erzählen.	101
4.1	Tiefenpsychologische Bildverwendung.	101
4.2	Ästhetische Produktion in der Psychiatrie	105
4.3	Der Einfluss der psychoanalytischen Entwicklungsforschung. .	109
5	Erlebnis-, Gestaltungs- und Kunstpädagogik / -therapie.	117
5.1	Von der Kunsterziehung zur Erlebnispädagogik.	117
5.2	Von der Gestaltungspädagogik zur Gestaltungstherapie.	120
5.3	Gestaltungstherapeutische Ansätze in der Tradition der Gestalttherapie	124
5.4	Gestaltungstherapeutische Verfahren bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen	129
5.5	Gestaltungstherapeutische Begleitung in der psychosomatischen Rehabilitation am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankung	133
6	Weiterentwicklung der kunsttherapeutischen Methodik: Die Einflüsse von Kognitionspsychologie, Systemtheorie und Verhaltenstherapie	135
6.1	Im Rückblick: Von den Motiven und den sich durchsetzenden Ideen einer Therapieform	136
6.2	Veränderungen in der Zielsetzung der Kunsttherapie in der Gegenwart.	139
6.2.1	Kognitionspsychologische Grundlagen der Kunst- und Gestaltungsverfahren.	142
6.2.2	Systemische Grundlagen der Kunst- und Gestaltungstherapie.	146
6.2.3	Die Einflüsse von Verhaltenstherapie und kognitiver Verhaltenstherapie auf die neueren imaginativ-orientierten Verfahren.	150
6.3	Effizienz- und Wirkkriterien – neue Maßstäbe für Kunst- und Gestaltungstherapie	155
6.4	Ausblick: Vom Primat des Inhalts zur Eigenständigkeit der Form/des Formprozesses des Produkts in der Kunsttherapie. .	160
Teil III	Kunsttherapie in der Praxis	165
1	Sinneskompensation und Sinnesförderung in der Praxis	167
1.1	Materialien in der basalen Stimulation	169
1.2	Praxisprojekte mit Menschen mit geistiger Behinderung mit den Materialien Kleister, Farbpigmenten, Ton	170

1.3	Exkurs: Kunsttherapeutische Praxis als Projektarbeit	173
1.4	Kunsttherapeutische Sinnesförderung mit Schlaganfall-, Alzheimer- und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten	177
2	Förderung durch Gestaltrekonstruktion.	184
2.1	Orientierungsförderung bei neurologischen Störungen	184
2.2	Praktische Übungen zur Gestaltwahrnehmung mit desorientierten Menschen	189
3	Entwicklungsförderung durch ästhetische Sozialisation	194
3.1	Hinweise zum ästhetischen Material	195
3.2	Hinweise zur Wahl der Farben.	199
3.3	Die Zeichnungen einer Vierjährigen – bildnerisches Dokument einer Entwicklung.	202
3.4	Die Wandmalereien von Jugendlichen	205
3.5	Arbeit mit einem überangepassten Mädchen	207
3.6	Arbeit mit einem sich sozial verweigernden Jugendlichen	209
3.7	Exkurs: Anmerkungen für die Gruppenarbeit	211
4	Förderung nach dem tiefenpsychologischen Ansatz und in der Psychiatrie	213
4.1	Arbeit mit einem narzisstisch gestörten Jungen	214
4.2	Konsequenzen für die kunsttherapeutische Ausbildung	218
4.3	Kunsttherapie in der Psychiatrie	219
5	Gestaltungstherapeutische Förderung in der Praxis	226
5.1	Kunsttherapeutische Gestaltungsarbeit mit einem traumatisierten Jungen.	227
5.2	Gestaltungsarbeit mit einer traumatisierten, phobischen jungen Frau	232
5.3	Gestaltungstherapie in der onkologischen Rehabilitation – am Beispiel leukämie- und tumorkrankender Kinder.	237
5.4	Gestaltungstherapeutische Förderung am Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankter.	245
Teil IV Kunsttherapeut/in – Ein Beruf.		249
1	Die bildungsrechtlichen Voraussetzungen	252
2	Die heilungsrechtlichen Voraussetzungen.	257
3	Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen	259
3.1	Kunsttherapeutische Leistungserbringung unter den Aspekten der Sozialen Förderung und der Sozialhilfe	261

3.2	Kunsttherapeutische Leistungserbringung unter dem Aspekt der Sozialen Vorsorge	262
3.2.1	Abrechnungs- und Kodiersystem künstlerisch-therapeutischer Behandlungen im Rahmen der Leistungen der Akutkliniken . .	268
3.2.2	Abrechnungs- und Kodiersystem künstlerisch-therapeutischer Behandlungen im Rahmen der Leistungen der Rehabilitationskliniken (KTL-Version 2015)	275
4	Der Beruf „Kunsttherapeut/in“ mit dem Schwerpunkt der klinischen Rehabilitation	281
4.1	Kunsttherapie in der Rehabilitation	281
4.2	Rehabilitationskliniken und kunsttherapeutische Maßnahmen	285
	Schlussbemerkung: Von der Kunst, mit Leiden wortlos umzugehen. . .	289
	Institute, Verbände und Ausbildungsrichtlinien	292
	Literatur	316
	Sachregister	341
	Personenregister	349

Vorwort

Kunsttherapie ist ein viel versprechendes Wort. Es verweist auf ein Fach, das seinen Namen aus einer Amalgamierung zweier in ihren Interessen gegenläufiger Instrumente des sozialen Handelns bezieht. Wenn Kunst die imitierenden und irritierenden Codes einer Gesellschaftsverfassung in eigenwilligen Material- und Verfahrensweisen entwirft, um eben diese Verfassung aufzubrechen und zu verändern, – dann will Therapie das Gegenteil: Menschen, die leidvoll aus ihren sozialen Kontexten herausgefallen sind, wieder dorthin zurückführen, wo sie sich geborgen fühlen.

Im Aufeinanderbezug, in der Kooperation der beiden Intentionen geschieht Bergendes und Irritierendes. Wenn verhaltensverunsicherte, mental geschädigte, psychisch erkrankte Menschen aus ihren Alltagskontexten gefallen sind, bieten sich Therapien an, um ehemalige, Halt gebende Bezüge wieder zu vermitteln. Wenn innere wie äußere Lebensbilder erstarrt, nicht mehr kommunizierbar sind, bieten sich künstlerische Therapieverfahren an, um kreativ und phantasievoll andere Bilder des Lebens zu erschließen. Wenn Kunst sich die therapeutischen Handlungsfelder erschließt, lassen sich die ästhetischen Einbahnstraßen des Lebens differenzieren, sodass individuelles Leben facettenreicher, in seinen gesellschaftlichen Bezügen wieder flexibel wird.

Der rehabilitativ, klinisch-psychosomatisch oder psychiatrisch erfassende Mensch ist von den unterschiedlichsten Einschränkungen seines Verhaltens betroffen. Er weiß um die Hilfestellung, die er in Hinblick auf ein verändertes Verhalten braucht. Er weiß jene Freiheit, Nicht-Stringenz, den Charakter der Nichteingebundenheit der Kunst in die gesellschaftlichen Zwänge zu schätzen: „Endlich keine Therapie“ – habe ich oft bei unseren kunsttherapeutischen Klinik-Projekten gehört, und ich habe erfahren, wie gut es tut, wenn Menschen, ansonsten leidend, Tätigkeitsräume erleben, die nicht in der gewohnten Alltagsart zwingend sind.

Von den Nöten und den Freiheiten dieser Menschen berichtet dieses Buch. Es sind hauptsächlich jene, die in ihrem Leben kaum zu Wort kamen. Es sind jene, die vor allem im Raum des nicht-gesellschaftsfähigen Ausdrucks zu Hause sind. Ihre Ausdrücke, ihre Bilder, die Bilder der Menschen mit Krankheit oder Behinderung – sie präsentieren eine Welt, die als abgespaltene, exterritorialiserte beschaut, bestaunt, zuweilen kulturausdrücklich gefeiert wird. In dem vorliegenden Buch wird diese Welt vorgestellt.

Das hier in der sechsten Auflage vorgelegte Buch vermerkt seit seinem Erscheinen einen anfangs nicht für möglich gehaltenen Fortschritt des Faches auf dem Feld des Gesundheitswesens. Nach der teilweisen Zulassung der künstlerischen Therapieformen in der Akutklinik sind diese

auch in der rehabilitativen Versorgung anzutreffen. Dieser Umstand ist wesentlich dem Einsatz vieler berufspolitisch tätigen KunsttherapeutInnen in den entsprechenden Berufsverbänden und in der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien (BAG KT) zu verdanken, deren Geschäftsführung ich an dieser Stelle für manche Hinweise bei der hier vorliegenden Überarbeitung danken möchte.

Mit dem Erscheinen dieser 6. Auflage bahnt sich ein berufspolitischer Erfolg an, der wesentlich der BAG-KT und deren zu- und mitarbeitenden Instituten zu verdanken ist: In der inzwischen fortgeschrittenen Diskussion steht zur Entscheidung, ob die Kunsttherapie berufs- und abrechnungsrechtlich als Heilberufsgesetz geregelt und entsprechend als „verordnungsfähig“ anerkannt wird.

TEIL I
KUNSTTHERAPIE –
EINFÜHRUNG UND ÜBERBLICK

Wer einen Begriff vom Wesen und der Methode der Kunsttherapie gewinnen möchte, der hat sich zuerst darüber klar zu werden, wie innere Bilder auf die Psyche wirken und wie sie das Verhalten beeinflussen. Denn dass Bilder therapeutisch wirksam sein können, ist seit langem bekannt. Daher geht es den bildnerischen Therapien von Anfang an um einen Gestaltungsvorgang, der in seiner bildnerischen Dynamik den Zustand, die Befindlichkeit eines Menschen spiegelt und beeinflusst.

1 Zur Herkunft der künstlerischen Therapien

Bevor wir die verschiedenen Spezialisierungen dieser Therapieform nachzeichnen, wollen wir versuchen, die moderne Kunsttherapie in ihrem Wesen, ihren Ansätzen und Einsatzfeldern zu erfassen. Nach ihrer Herkunft lassen sich sechs Ansätze in der Kunsttherapie differenzieren:

1. ein kunstpsychologischer Ansatz in der Entstehungszeit dieser Disziplin;
2. ein kunstpädagogischer/-didaktischer Ansatz;
3. ein psychiatrischer, d.h. arbeits-, ergo- und beschäftigungstherapeutischer Ansatz;
4. ein heilpädagogischer, zunehmend neurologischer Ansatz;
5. ein kreativ- und gestaltungstherapeutischer Ansatz und
6. ein tiefenpsychologischer Ansatz.

1.1 Der kunstpsychologische Ansatz

Die ästhetische Psychologie wird in Lehrbüchern wie dem von Kreidler und Kreidler (1980) auch unter dem Begriff der Kunstpsychologie subsumiert. Sie befasst sich seit ihren Anfängen mit den rezeptiven, reproduktiven und produktiven Äußerungsformen des künstlerischen Vorgangs, insoweit diese auf ein psychisches Korrelat der Empfindung oder des Gefühls, also auf die Organisierung von Bewusstseinsprozessen verweisen.

Seit der Zeit der Aufklärung wurde die menschliche Erfahrung als solche zunehmend verwissenschaftlicht. Kant unterschied einen sinnes-, verstandes- und einbildungskräftigen Aspekt an ihr. Nach welchen Regeln nehmen wir wahr und verstehen wir, nach welchen Regeln fällen wir Urteile, wenn wir Vorstellungen bildhafter, plastischer oder musikalischer Art in ihrer subjektiv-innersinnlichen Gefühlshaftigkeit einer jeweils objektiv-sinnlichen Wahrnehmung zuzuordnen, fragte er. Seit

Kant lässt sich die Zusammenschau des sensualistischen Empfindens (Locke) und des intelligiblen Vorstellens (Leibniz) im ästhetisch-anschaulichen Wahrnehmungs- und Vorstellungsakt experimental-psychologisch verwenden. Die experimentell ausgerichtete psycho-physische Analyse des Erlebens fragt danach, wie ästhetisch wirkende physikalische Gegebenheiten und psychische Erfahrung korrelieren (Fechner 1871/Ed. 1978).

Im Übergang von ästhetischer Theorie zur Psychologie steht ein Bewusstseinsverständnis, das den „ästhetischen Sinn“ (W.v. Humboldt) kunstpsychologisch und -didaktisch auszubilden auffordert: „Über die ästhetische Darstellung der Welt als das Hauptgeschäft der Erziehung“ lautet eines der frühen Werke Herbart (1804); „Psyche und Ästhetik“ (Dannecker 2006) ist der Titel eines Buches unserer Tage, das jenem Gesichtspunkt folgt.

1.2 Der kunstpädagogische und kunstdidaktische Ansatz

Dieser Ansatz der zunächst erzieherischen, dann ansatzweise therapeutischen Arbeit mit musisch-bildnerischen Mitteln ist seit den Zeiten der Aufklärung zu verzeichnen: Pestalozzi zitiert die Kunstkkräfte des Kindes, Schiller tritt für eine ästhetische Erziehung ein, mittels derer sich der heranwachsende Mensch spielerisch-ganzheitlich zu organisieren habe. Das Kind soll schließlich „kunstgemäß“ im Prozess der Erziehung erregt werden (Fröbel), um über die Darbietung ästhetischer Gegenstände eine Veredelung seiner Gemütsbestimmungen und Geschmacksurteile zu erfahren (Herbart 1841/1850–52). In der Klassik werden die Vorstellungen, was menschliche Natur ist (Goethe) oder sein soll (Schiller), von idealen Vorstellungen geprägt. Sie geben ein Bild des Kindes vor, das in die humanistischen und dann neuhumanistischen Erziehungskonzepte beispielsweise von Carus und Niethammer eingeht. In der Geschichte der Erziehung, die die inneren Anschauungen wie die Verhaltensweisen des Kindes formen will, setzt sich dieses (neu-)humanistische Bild, wie ein Kind sein soll, durch. Ganz in diesem Sinne wird die Kunst-, genauer die Mal- und Zeichenpädagogik in Dienst gestellt.

Eine breit angelegte ästhetische Erziehung wird institutionalisiert: In der Zeit um 1800 orientieren sich Anmutungs-, Anstands- und Leibesübungen (Campe, Lenz, Jahn) in ästhetisch-moralischem Sinn an einer vorbildlichen Natur. Ästhetisch-didaktische Erziehung soll im Kunstunterricht nicht mehr von der Herstellung einer „peinlich genauen Kopie“ bestimmt sein (so der Kunsterzieher Grangedor (1868, 70), sondern die Bewegungen der Seele ausdrücken, so einer der berühmtesten Kunsterzieher des 19. Jahrhunderts, Viollet-le-Duc (1862, 526). Kunst-,

Mal- und Zeichenpädagogik werden zum Erziehungs- und dann auch „notwendigen Heilmittel“ (Deinhardt/Georgens 1863, 363). Die Empfindungen, die Gefühle des heranwachsenden Kindes sollen zeichnerisch, malerisch sichtbar sein. Das Kind soll ein „Gefühl für die Übergänge des Seelischen“ (Ruskin zit. nach Oppé 1952, 170) in diesem Vorgang organisieren und seine „Erlebnisse ... zu ... wirksameren Formen der Darstellung“ erheben. Anschauung als „verkörpertes Gefühl“ (Erdmann 1851/1896, 332) lässt sich kunsterzieherisch erarbeiten und pädagogisch-moralisch einsetzen. Einfühlung und Nacherleben ästhetischer Zustände werden recherchiert (Lipps 1901) und als lenk- und richtbar erkannt (Schulze 1909): Die „Hingabe an ästhetisch wirkende Dinge“ erhält einen Stellenwert im Prozess der Erziehung (Lay, 1903/Ed. 1910, 550f.) und soll die Zerrissenheitserfahrung des zu Bewusstsein gelangenden Bürgertums versöhnen.

1.3 Der ergotherapeutische Ansatz in der Psychiatrie

In den „Irren-“ und den sog. „Idiotenanstalten“, den Psychiatrien und Anstalten für geistig verwirrte Menschen ist seit dem frühen 19. Jahrhundert ein beschäftigungstherapeutischer Ansatz musisch-bildnerischer Einflussnahme zu vermerken: Nicht nur der psychiatrisch Erfasste ist davon betroffen: „Industriosität“, d.h. Arbeit- und Tugendsamkeit stehen auch auf dem gewöhnlichen Erziehungsplan des Heranwachsenden. Der philanthropische Tugendkatalog will den Funktionserfordernissen einer sich ausweitenden Manufaktur zur sog. großen Maschinerie angemessen sein. Der arbeitende Mensch wird zunehmend im Hinblick auf diese funktionellen Anforderungen bewertet. So auch in den Psychiatrien und sog. „Blödheits-“ und „Idiotenanstalten“ der Zeit.

Von Anfang an sind Arbeits-, Ergo-, Werk- und Beschäftigungstherapien auf die Funktionen von Körper und Geist bezogen und sollen das Arbeitsvermögen wiederherstellen. Die Geschichte dieser Therapieformen weist den künstlerischen Beschäftigungsformen hierbei ihren Platz: Die erste heilpädagogische Werkstätte von Deinhardt und Georgens (1861/1879), die Levana in Baden bei Wien, wie auch eine der ersten Schulen für Beschäftigungstherapie, die „School of Civics and Philanthropy“ (1908), suchen die Wiederherstellung ausgefallener Funktionen des arbeitenden Menschen mit künstlerisch-gestalterischen Mitteln zu erreichen. Und in den Psychiatrien der Wende zum 19. Jahrhundert wird das Funktionieren großgeschrieben.

In der Hallischen Psychiatrie erfährt dieses Funktionieren zu Beginn des 19. Jahrhunderts allerdings eine bemerkenswerte Differenzierung. Hier macht man über die gewöhnlichen Fixierungen an Bett und Stuhl,

die heißen Dauerbäder, die willkürlich herbeigeführten eitrigen Infektionen, die Isolierungsmaßnahmen, die Drehstuhl-Torturen u. a. m. hinaus eine neue Erfahrung: Zeichnen, Malen und Gestalten – bei dem Chefarzt Johann Christoph Reil (1803) werden sie unter die drei Gruppen von psychischen Heilmitteln gezählt. Und anders als der Tübinger Kollege Peter Josef Schneider (1824), der auch auf neue „Cur-Mittel“, auf eine neue Art von Beschäftigungstherapie aus ist, macht Reil eine Entdeckung: „Anfangs beschäftigt man bloß den Körper, nachher auch die Seele. Man schreitet von Handarbeiten zu Kunstarbeiten und von da zu Geistesarbeiten fort“ (Reil 1803, 241 f.).

Wo zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Umkreis der französischen Psychiatrischen Klinik Salpêtrière und deren Chef Philippe Pinel (1745–1826), noch Atelier-Werkstattarbeit (hier speziell: die Malerei) benutzt wird, um in der Beschäftigung mit den sog. schönen Künsten die Leidenenschaften durch moralische Maximen zu überwinden (Pinel 1801), da wird in der Folge unter den deutschen und englischen Kollegen eher ein handwerklicher Aspekt von Beschäftigungstherapie hervorgekehrt. Die künstlerischen Tätigkeiten, in den deutschsprachigen und anglosächsischen Regionen im Rahmen der Beschäftigungstherapie benutzt, werden eher werkhaft-gestaltend verstanden (Hils 1971, X).

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie lassen sich folgendermaßen voneinander abgrenzen: Die Beschäftigungstherapie (BT) will seit ihrem Beginn gegen die geistige Verwirrung und den körperlichen Verfall geistig und motorisch anregen, aber auch erholsam und unterhaltend, zunehmend werkhaft-gestaltend verstanden sein. Arbeitstherapie (AT) will gegen die abstumpfende Bettlägerigkeit die Klinikinsassen aktivieren, anfordernd, leistungsfördernd, produktionsorientiert sein. Die Tradition des AT-Begriffes sucht vergeblich und immer wieder den Begriff der Arbeits- durch den der Werk- oder Beschäftigungstherapie zu ersetzen. Schließlich setzt sich nach langer Diskussion der Begriff Ergotherapie (griech.: to ergon = Werk, Tat, Unternehmung, Kunstwerk) durch, immer noch neben sich einen arbeitstherapeutischen, speziell produktions- und leistungsanpassenden Zweig konzipierend. Die begrifflich erst spät genannte Kunsttherapie (KT) will allenfalls den Teil der erwähnten Verfahren abdecken, der über das Kunsthandwerkliche hinaus die spielerischen, kreativen, frei gestaltenden Handlungselemente betont (Otto 1971; Aernout 1981; Domma 1990). Seit Anfang des 20. Jahrhunderts erobern sich die künstlerisch-bildnerischen Verfahren in den gesundheits- und heilungsorientierten Möglichkeiten von Beschäftigung, Arbeit und Spiel einen Platz, dem zunehmend kognitiv-, psycho- und verhaltensmodifikatorische Eignung zugeschrieben wird.

In den entstehenden künstlerischen Werkstätten im psychiatrischen Bereich entwickelt sich vor dem Ersten Weltkrieg eine Form der Be-

schäftigungstherapie, die die künstlerische Tätigkeit zum „Cur-Mittel“ erklärt. In dem Maße, wie sich im Laufe des 20. Jahrhunderts Arbeits- und Beschäftigungstherapien voneinander trennen (1905 entwirft in der Anstalt Warstein, der späteren Gütersloher Anstalt, der Psychiater Hermann Simon, 1867–1947, zum ersten Mal ein solches Konzept, das Garten- und Aufräumarbeiten als aktive Arbeits-Therapie versteht; vgl. Bauer 1992, 186, Stichw. Arbeitstherapie), kommen nunmehr in Absetzung von den beschäftigungstherapeutischen den künstlerischen Tätigkeiten spezifische Aufgaben zu: Sie erhalten eine eher schöpferisch-musische, individualitätsangemessene und selbstzweckorientierte Aufgabenstellung im Rahmen der Behandlung. Die arbeitstherapeutischen Maßnahmen sind dagegen produktions-, leistungs- und zweckorientiert, und auch die beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen können ihrer Zweckorientierung nicht entbehren. Eine künstlerische oder kunsthandwerkliche Betätigung – bei Pinel (1801) und Reil (1803) für die Patienten der gehobenen Schichten gedacht und auf deren Zerstreuung aus (Günter 1989) – wird zunehmend von einer handwerklich-arbeitsprozessorientierten Betätigung geschieden, die eher der Wiedereingliederung von Patienten der unteren Schichten dient.

Die Trennung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie und mit ihr die Spezifizierung der Kunsttherapie führt im Verlauf des 20. Jahrhunderts in den rehabilitativen und klinischen Einrichtungen zu folgenden institutionalisierten Varianten: Als Arbeitstherapie (AT; Ergotherapie, Industrial Therapy, ergothérapie, thérapeutique par le travail) sollen die kunsthandwerklichen Formen zweckgebunden und produktionsorientiert, zumindest arbeits- und sozial-integrativ sein. Als Beschäftigungstherapie (BT; Occupational Therapy; thérapeutiques occupationnelles) ist die kunsthandwerkliche Tätigkeit eher selbstzweckorientiert im Sinne der individuellen Kur.

In der Folge spezifizieren sich AT und BT nach Rehabilitationsinteressen: BT ist zunehmend orthopädischen, unfallchirurgischen, neurologisch-rekonstruktiven, rheumatologischen und geriatrischen Maßnahmen zugewandt, während die AT und mit ihr m.E. die Heilpädagogik auf die teilweise Rehabilitation, die Wiederherstellung des Arbeits- und Leistungsvermögens orientiert ist. Gestaltungstherapien besetzen zunehmend jenen Raum der Kur-, Rehabilitations- und Behandlungsmaßnahmen, der von den unmittelbaren Zwängen der arbeits- und zweckorientierten Tätigkeiten frei bleibt. Gleichermäßen finden künstlerische Therapieformen im Rahmen der Arbeits- und Beschäftigungstherapien ihren Platz: In eher pädagogischer Hinsicht sind sie auf die Ausweitung von ästhetischen und mit diesen korrelierenden sozialpraktischen Kompetenzen aus. In eher therapeutischer Hinsicht suchen sie das psychische Verarbeitungsrepertoire auszuweiten, d.h.

den Betroffenen wieder verfügbar zu machen. Auf diese Weise haben die Behandlungsformen mit bildnerischen Mitteln die Aufspaltung in Ergo- bzw. Arbeits- und Beschäftigungstherapien innerhalb ihres Faches nachvollzogen: Sie implizieren sowohl material- und arbeitsam-zweckgebundene wie gestaltungs- und eher psychisch-orientierte Zielsetzungen.

1.4 Der heilpädagogisch-rehabilitative Ansatz

Die Entwicklung der heilpädagogischen Kunsttherapie verläuft in drei großen Schüben: 1860 wurde sie von den Heilpädagogen Deinhardt und dem Ehepaar Georgens in Bezug auf Sinnes- und Teilleistungsstörungen formuliert. Um 1920 orientierte sie sich an den aufkommen- den ganzheits- und gestaltpsychologischen Ansätzen, und ist um 1990 schließlich neurologisch ausgerichtet (Menzen 1994; Bader/Baukus/ Mayer-Brennenstuhl 1999). Erst gegen Mitte der 1990er Jahre wird sie zu einem Fach, das im Rahmen einer inzwischen wissenschaftlich geregelten Heilpädagogik angeboten wird (Menzen 1994, 2007, 2016, 2017).

Die ansatzweise wahrnehmbare heilpädagogische Kunsttherapie richtet sich in der Mitte des 19. Jahrhunderts an der Fröbelschen Kindergartenpädagogik aus. Wir werden noch sehen, wie mit Hilfe von Kugeln, Scheiben, Quadern und Säulen als Lehrmaterialien Heranwachsende wie Erwachsene die Welt begreifen lernen sollen. Ein halbes Jahrhundert später und bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg ist die heilpädagogisch-bildnerische Förderarbeit der Gestaltwahrnehmung verpflichtet. Nicht weg von den sinnesbezogenen, aber hin zu einer sog. ganzheitlichen Förderung zielt ihr Umgang mit den Menschen mit Behinderung. Das Mythologem des Ganzheitlichen ist bis in die späten 1990er Jahre in aller Munde. Gegenwärtig befasst sich die heilpädagogische Kunsttherapie mit neurologischen Aspekten spezifischer Störungsbilder wie Hyperaktivität, Störungen der Sinne, der Motorik und des Sozialverhaltens. Nicht von ungefähr erhält die Bezugswissenschaft der Heilpädagogik, bislang eher ein Konglomerat aus den Geistes- und Sozialwissenschaften, ein spezifisch wissenschaftliches Profil. Sie erarbeitet 1998 ein Curriculum, das bundesweit verbindlich wird; sie organisiert sich als Fachbereichstag bei der bundesdeutschen Kultusminister- und Rektorenkonferenz. Die heilpädagogische Kunsttherapie entwickelt sich in diesem Zeitraum und Zusammenhang zur eigenständigen Methode.

In der Geschichte der heilpädagogischen Kunsttherapie stehen die Fehlverknüpfungen und Wahrnehmungsstörungen des teilleistungs- gestörten Menschen im Mittelpunkt. An ihnen hat sich die Herangehensweise mit ästhetisch-bildnerischen Mitteln als buchstäblich „vorbild-

lich“ erwiesen. In diesen Fällen ist die ästhetisch-bildnerisch orientierte Wiederaneignungsarbeit von Raum-, Zeit- und Handlungsstrukturen heilbringend.

Entsprechend der ursprünglichen psychomotorischen Verschaltungen beim Kind erarbeitet Kunsttherapie beim Menschen mit Wahrnehmungs- bzw. Teilleistungsstörung, d.h. Lern-, aber auch beim geistige Behinderung das früheste Sinneserfahrungsterrain: Sie rekonstruiert und kompensiert die mit diesen Reizumständen verknüpften Situationen der frühen Kindheit (Deinhardt/Georgens 1979/1861; Theunissen 1989, 2004; A. Lichtenberg 1990; Menzen 1994).

Das Umfeld der Wahrnehmung des Menschen mit Teilleistungs-, Lern- wie auch geistiger Behinderung soll erweitert werden (A. Lichtenberg 1987). Die grundlegenden Wahrnehmungsaktivitäten dieses Menschen sollen basal stimuliert werden, beispielsweise im taktilen Bereich in Erfahrungsmodalitäten wie warm/kalt, fest/weich, nass/trocken (A. Lichtenberg 1990).

Beim hirngeschädigten Menschen müssen die ausgefallenen hemisphärischen Funktionen wieder reorganisiert, müssen die entsprechenden zeitlichen (eher linkshemisphärischen) und räumlichen (eher rechtshemisphärischen) Gestaltleistungen zum Teil neu angeeignet werden. So können sich beispielsweise Verzerrungen des Körperschemas rückbilden, wie wir sie aus den gestörten willkürlichen Bewegungsentwürfen mancher Menschen mit geistiger Behinderung kennen. Bei Schädigungen der rechten Hirnhemisphäre erscheint das Unvermögen in einer zusammenhanglosen, fragmentarischen Gestaltherstellung und -wahrnehmung, im Falle einer Schädigung der linken Hemisphäre erscheint das Unvermögen eher in einer gestörten Detailgenauigkeit und Sequenzhaftigkeit, einer mangelhaften Einschätzung des Nacheinander von Zeichen, Ausdrücken und Verhaltensweisen. (Zu den Ergebnissen kunsttherapeutischen Handelns mit Menschen mit Lernbehinderung und geistiger Behinderung liegen Praxisdokumentationen vor: Theunissen 1989; A. Lichtenberg 1990; Menzen 1990a, b; ders. 1994). In der Praxis der Neurologischen Klinik sind die sinnesstimulierenden Erfahrungen der heilpädagogischen Kunsttherapie in einem modifizierten Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) mit Schlaganfall-, Unfall- oder Alzheimer-Patienten äußerst wertvoll und in manchen Abteilungen nicht mehr wegdenkbar (Menzen/Brandenburg 2022b).

1.5 Der kreativ- und gestaltungstherapeutische Ansatz

Ein kreativ- und gestaltungstherapeutischer Ansatz hat sich im Laufe unseres Jahrhunderts entwickelt. Er hat eine ähnliche zweckfreie bzw. zweckgebundene Orientierung erfahren, wie wir dies im Falle der Arbeits- und Beschäftigungstherapie gesehen haben. Tardieu (1872), Lombroso und du Camp (1880), Morcelli (1881), Simon (1888), Kiernan (1892), Hospital (1893), Mohr (1906), Réja (1907), Morgenthaler (1918; 1919; 1921), Prinzhorn (1919; 1922; 1927), Bürger-Prinz (1932), Dubuffet (1949), Binswanger (1955), zusammenfassend Bader (1975), Navratil (1965; 1969; 1979; 1983), Benedetti (1984) und Gorsen (1980, 1984) haben sich in den letzten 100 Jahren einer Denktradition angenommen, welche sich in zwei entgegengesetzten Positionen formulieren lässt:

- Die einen behaupten, dass Kinder, „Wilde“, Geisteskranke und Genies sich in einem originalen, zivilisatorisch unverstellten und unbefluchten Gefühlsdrang unmittelbar-kreativ auszudrücken vermögen. Im Gestaltungs Ausdruck erscheine unbewusst Vorgebildetes, das unbeeinflusst von aller Kultur sei und sich triebhaft entäußere. Diese Position wird in der Kunst von Surrealisten wie Max Ernst, Paul Klee, André Breton, Alfred Kubin und anderen geteilt: Sie sehen in der Kunst der Primitiven eine besondere Kulturform, in der sich das unzensierte und vielgestaltige Ich naturhaft ausdrückt. Seit Dubuffet wird eine solche künstlerische Ausdrucksform unter dem Stichwort „art brut“ behandelt.
- Die kritischen Gegenstimmen unterscheiden bildnerischen Betätigungsdrang – beispielsweise des psychotischen Menschen – und künstlerische Kompetenz: Sie verweisen darauf, dass die gefeierte Ursprungs- und Naturmythologie des Kindhaften und Kranken kaum apologetisch gegen derzeitig entfremdete Verhältnisse gesetzt werden dürfe (Günter 1989). Psychotische Kunst könne kaum das richtige Abbild einer ganzen falschen Zivilisation sein, wohl aber sei sie in der Lage, die pathologischen Formen neuzeitlicher Subjektzerstörung zu demonstrieren.

Künstler der Moderne wie Joseph Beuys in seiner Rauminstallation „Das Ende des 20. Jahrhunderts“ (1983) oder in seiner Zeichnung „selbst im Gestein“ (1955), oder Walter Dahn in seinem Bild „Selbst doppelt“ (1982) bestätigen: Die Spaltung, die Zerrissenheit, die Exkorporalisierung des Menschen der Moderne ist allenfalls in ihrer Unversöhnlichkeit zu illustrieren (Menzen 1990a). Die ursprungsmythologische Tendenz, Kunst- und Naturausdruck des Menschen gleichzusetzen,

wird von den Kritikern da zurückgewiesen, wo die Eigenständigkeit des Kulturellen, des spezifisch Künstlerischen verloren geht.

Seit den 1960er Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich eine Version tiefenpsychologisch und analytisch orientierter Gestaltungstherapie aufgetan (Kramer 2014; Franzke 1977; Wellendorf 1984; Schrode 1989; Schottenloher 1989). Sie versteht sich „als Therapie mit bildnerischen Mitteln auf tiefenpsychologischer Grundlage“ (so der Titel von Schrode 1989) und hat vor allem in die klinisch-stationäre Gruppenpsychotherapie Eingang gefunden (Petzold 1987). Gestaltungstherapie solcher Art sieht sich als Ergänzung verbal orientierter Psychotherapie durch den bildnerischen Ausdruck. Sie beabsichtigt die spontane Ausdrucksform als eine Synthese von Innerem und Äußerem und intendiert die Vermittlung zwischen Bewusstem und Unbewusstem in der symbolisch sich entwickelnden Äußerung (Jung 1958/1916). Gestaltungstherapeutische Verfahren werden beispielsweise bei Menschen mit Borderline-Syndrom, mit posttraumatischen Störungen und unterschiedlichsten psychoneurotischen und psychovegetativen Störungen angewandt, sowohl in privater wie in klinisch-stationärer Praxis, besonders in der medizinisch-stationären Rehabilitation.

1.6 Der tiefenpsychologische Ansatz

Ein spezifisch tiefenpsychologischer und psychotherapeutischer Ansatz der Kunsttherapie stimmt mit dem zuletzt beschriebenen teilweise überein: Er fußt auf Freuds These, dass sich im jeweiligen symbolischen Ausdruck ein Tribschicksal offenbare. Ebenso greift er Jungs Antwort auf, dass diese These allzu leicht auf die kindliche Triebgeschichte reduziert werden könne und komplexer gesehen werden müsse. Mit Jung wird angenommen, dass der Sinn des Symbols in dem Versuch besteht, das noch gänzlich Unbekannte und Werden analogisch zu verdeutlichen. Die Erkenntnis von Freud und Jung war, dass sich im Vorgang des Symbolisierens seelische Konflikte ästhetisch-bildnerisch dokumentieren können. Beide vermuteten, dass sich hinter dieser Stellvertretung ein affektbeladener, verhinderter seelischer Vorgang verbirgt, der eine andere Entladung (Konversion), eine Umleitung und ein Abschwellen der Erregung sucht (Katharsis). Der symbolisch angedeutete Sinnzusammenhang weist auf einen abgewehrten Ausdruck zurück. Und das Unbewusste, so Jung, entwerfe im Symbol eine Vorstellung dessen, was eigentlich gemeint sei und was nach Bewusstwerdung, nach Gestaltung dränge (Dieckmann 1972).

Freudianische und jungianische Positionen haben das Dokument des Unbewussten unterschiedlich diskutiert: Freuds Anhänger konzentrie-

ren sich auf die Semantik, die Bedeutung des symbolischen Ausdrucks, und suchen die Ursachen in der frühen Triebgeschichte. Vertreter der jungschen Auffassung rücken den Sinnzusammenhang des individuellen Lebenswegs insgesamt in den Mittelpunkt. In der Nachfolgediskussion sind die Ziele des ästhetischen Produzierens, des ästhetischen Gestaltens entsprechend unterschiedlich: Es soll zur Regression anregen und ermöglichen, auf eine frühere, unzensierte, emotionalere Stufe der psychogenetischen Entwicklung zurückzugehen (Kris 1977). Die Differenzierung von Denk- und Bewusstseinsstrukturen soll außer Kraft gesetzt werden (Müller-Braunschweig 1964; Ehrenzweig 1974). Die ästhetische Produktion soll verdrängte Affekte freisetzen, eine Bewältigung von Konfliktspannungen durch Reduktion und Abfuhr von Triebenergie (Katharsis) in die Wege leiten und solchermassen eine libidinöse Entlastung herbeiführen (Müller-Braunschweig 1977). Angstbesetzte Vorstellungen sollen in eine äußere bildnerische Realität überführt werden (Fenichel 1983). Das ästhetische Gestalten ermöglicht den Austausch des Triebobjekts bei Beibehaltung der Triebziele (Sublimation) und hilft dadurch, nicht-sozialisierte Impulse zu bewältigen (Schmeer 1995). Es soll im Sinn narzisstischer Regulation zum affektiven Gleichgewicht, zur Erweiterung der Ich-Grenzen beitragen (Henseler 1974; Benedetti 1979). Und es soll u.U. ein Probehandeln sein, um das, was sonst nicht möglich, nicht erlaubt ist, zu agieren (Müller-Braunschweig 1974; Schuster 1997; Greb 2022).

Der tiefenpsychologische Ansatz der Kunsttherapie wird in privater und klinischer Praxis verwandt und ist dabei, sich mit anderen, beispielsweise verhaltens-, familien- und systemtherapeutischen Ansätzen zu liieren (Schmeer 1995; Menzen 1999; Schmeer 2006 a, b).

2 Zur Aktualität der künstlerischen Therapieformen

Die Kunsttherapie unserer Tage wird im klinisch-psychologischen und im rehabilitativen Bereich eingesetzt, und zwar stationär, ambulant und komplementär. Sie macht sich die innerpsychischen Prozesse bei der Betrachtung und bei der Herstellung von bildnerischen Ausdrücken zunutze. Ihr Zweck besteht darin, die Orientierungs- und Gefühlslagen der Patienten wiederherzustellen und Problem- wie Leidenssituationen bildnerisch zu bearbeiten. Ihr Mittel besteht darin, jenen psychischen Ausdrücken, jenen Bildern, Vorstellungsmustern, die Leiden verursachen, eine andere Ausrichtung zu geben. Im Ergebnis sollen die Bewusstseins- und Erlebnisweisen, aber auch die Verhaltensabläufe mit bildnerischen Mitteln so konstelliert werden, dass es möglich wird, das Alltagsleben neu zu sehen und zu bewältigen.

Drei praktische Perspektiven der Kunsttherapie haben sich herausgeschält – eine klinisch-neurologische und heilpädagogische-rehabilitative, eine psychosomatisch-tiefenpsychologische und eine psychiatrisch orientierte Kunsttherapie. Alle drei Perspektiven werden derzeit in der sozial- und heilpädagogisch- wie psychotherapeutisch-medizinischen Rehabilitation angewandt.

- Die klinisch-neurologische und heilpädagogische-rehabilitative Kunsttherapie sucht vor allem die Selbsterlebens- und Erfahrungsformen des Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung oder Demenz zu restituieren oder zu kompensieren; und dazu bedarf es einer langwierigen Wiederaneignung der unterbrochenen Sozialisation. Jeder, der täglich mit Menschen mit geistiger Behinderung und/oder neurologischen Schäden zu tun hat, kennt die Etikettierungen, denen diese ausgesetzt sind. Was der Therapeut über diese Menschen denkt, wie er sie wahrnimmt und wie er ihre Kompetenzen und Defizite einschätzt, das bleibt den Betroffenen in der Regel verborgen. Sie scheinen in ihrer eigenen Welt zu leben, die den Außenstehenden eine *terra incognita* ist. Der therapeutische Prozess, der in den Umkreis dieser Welt eindringt, entwickelt sich in bildnerischen, psychologisch und physiologisch angemessenen Schritten. Er knüpft dabei mit den Mitteln der Kunst an den Facetten der bildnerischen Material-, Form- und Farbgebung an, deren je eigene Psychodynamik aus den erstarrten, zuweilen nie erlebten Verhaltens- und Bewusstseinsformen herausführen soll (Menzen 2007, 355–368).
- Die psychosomatische, zunehmend traumatherapeutisch orientierte Kunsttherapie will helfen, dass das Selbsterleben des beschädigten, des regressiven Bewusstseins, das sich leidvoll am Körper zeigt, bildnerisch ausgedrückt und dadurch aus Erstarrungen gelöst werden kann. Setting und Interventionsformen gleichen zuweilen noch denjenigen der Psychoanalyse, werden aber immer mehr von den explorativen Imaginationsverfahren und der Verhaltenstherapie geprägt. Ihr geht es einmal um die innere wie die äußere Form des Erlebten und dessen bildnerische Darstellung. Das Erlebte soll beispielsweise in der traumatherapeutischen Behandlung nach einer Phase der Stabilisierung in der sog. Traumaexposition eine Form, eine Gestalt erhalten – und so anschaulich, reflektierbar, auf die nicht mehr leiden machenden Seiten, eher auf die den Patienten eigenen Ressourcen hin ausgerichtet werden. Ihr geht es einerseits darum, die leiden machenden, immer wiederkehrenden Bilder, die schädlichen Erlebens- und Verhaltensmuster transparent, fassbar zu machen, andererseits die Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Die psychosomatisch orientierte Kunsttherapie hat viel von der Gestalttherapie gelernt, die

die inneren Beweggründe, die krankmachend sind, nachzuvollziehen, auszugestalten sucht, um sich schließlich der eigenen Kompetenzen bewusst zu werden.

- Der psychiatrisch orientierten Kunsttherapie geht es noch ausdrücklicher als den psychosomatischen Verfahren um die Formen misslingender sozialer Alltagsgeschichten angesichts einer erschütterten und gefährdeten Ich-Instanz. Wo die sozialen Beziehungen nur noch verwirrend und gewaltförmig erlebt werden, da sucht diese Art der Kunsttherapie Beziehung wieder fassbar zu machen, zu gestalten. Ausgangspunkt der Therapie ist das leidvolle dissoziative und identitätsgestörte Erleben des Patienten. In der Folge wird die strukturierte Beziehung, die den Therapeuten und den Patienten durch das Medium der Kunst hindurch miteinander verbindet, zur Basis für eine therapeutisch dokumentierte Relation. Das Setting soll Verhaltensformen so reproduzieren, dass ihr therapeutisches Produkt sinnlich angeschaut und bildnerisch gestaltet werden kann, damit es als das Eigene verinnerlicht werden kann. In der Psychiatrie wird die kunsttherapeutische Methode zunehmend als Gruppenpraxis angewandt. Hierbei zeigt sich, dass die psychiatrische Kunsttherapie die Zeit- und Raumbestimmungen des Alltags, die alltäglichen Wahrnehmungen und Erlebnisse, die im Zuge der Verwirrungen psychotischer Schübe aus der Fassung geraten sind, rekonstituieren kann. Hierin ist die psychiatrische Kunsttherapie den neueren Therapien verwandt: Sie will wie die Verhaltenstherapie mit dem Patienten ein adäquates Verständnis für dessen Vulnerabilität und Stressfaktoren herstellen; sie will wie die Systemische Therapie mit dem Patienten dessen erstarrte Denk- und Handlungsmuster rekontextualisieren, beispielsweise „resonanzbildhaft“ (Schmeer 2006) anschaulich machen; sie will wie das Psychodrama und die Klinische Bewegungstherapie angesichts der verunklarten Ich-, Körper- und Rollenfunktionen mit dem Patienten ein neues Selbstgefühl, eine neue Definition von sich selbst konstruieren, die bildhaft verfügbar ist.

Wenn wir versuchen, eine zusammenfassende Beschreibung derzeitiger kunsttherapeutischer Tätigkeit zu geben, kommen wir zu folgendem Fazit: Die klinisch-neurologische, die psychosomatische und die psychiatrische Kunsttherapie haben sich weitestgehend in einem Bereich des Gesundheitswesens angesiedelt, den wir allgemein den Rehabilitationsbereich nennen. Im sozialrechtlichen Sinne sind die ambulanten wie klinisch-stationären Fördermaßnahmen in der Sozialen Vorsorge der Kranken- und Rentenversicherungskassen wie in der rehabilitativ orientierten Sozialhilfe verortet; diese Maßnahmen sind rechtlich im Sozialgesetzbuch (SGB) grundgelegt.

Angesichts eines Psychotherapeutengesetzes, das den Kunsttherapeuten als eigenständigen Berufsstand nicht in den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einbezieht, haben die künstlerischen Therapieformen schwerpunktmäßig also ihren Ort in den Feldern der sozialen Wiedereingliederungs- und Rehabilitationshilfe. Da deren Maßnahmen nicht unwesentlich mit den psychosomatisch-psychotherapeutischen und neurologischen einhergehen, finden wir KunsttherapeutInnen zunehmend in dem Feld der psychosomatischen, psychotherapeutischen und neurologischen Medizin und deren rehabilitativen Einrichtungen – was einer hohen Wertschätzung des Berufsstandes seitens der im klinischen Bereich Verantwortlichen entspricht. Explizit werden neuerdings Kunsttherapeuten für die stationäre Versorgung der Psychotherapeutischen Medizin vorgeschlagen, und es wird konstatiert, dass die „psychotherapeutischen Ansätze ... verbale und nonverbale (körperbezogene Therapie, Musik- und Kreativtherapie) Methoden“ umfassen (Sozialministerium Baden-Württemberg 1998b, 32).

Explizit hat die Expertenkommission der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ in der KTL 2006 (Klassifikation Therapeutischer Leistungen), verordnet allen Rehabilitationseinrichtungen, den Kunsttherapeuten/-innen mit den Berufsgruppen der Klinischen Psychologen und Neurologen eigene Leistungs- und Abrechnungsziffern zugewiesen (F 15, F 16), sie sogar im Delegationsverfahren bei psychotherapeutischen Verfahren zugelassen (G 04). (Deutsche Rentenversicherung Bund 2006)

Das Psychotherapeutengesetz bedeutet also für die kunsttherapeutisch Tätigen nicht, dass sie auf ihr psychotherapeutisches Know-how verzichten müssen. Nach wie vor arbeiten sie u. a. damit, innerpsychische Einstellungen und sich ausdrückende Verhaltensmuster in der bildnerischen Formgebung und Dynamik eines ästhetischen Mediums zu spiegeln und die sich dabei abbildenden Lebensverhältnisse bearbeitbar und neu zentrierbar zu machen, so dass sich neue Lebensperspektiven bieten.

Die künstlerischen Therapien wollen rehabilitieren und wiedereingliedern. Sie wollen die Ausdrucksformen eines gehemmten, gestörten soziokulturellen Austauschs wieder sozial zugänglich machen. Mit bildnerischen, mit abbildenden Mitteln suchen sie die beeinträchtigten, die gestörten, die krank gewordenen Äußerungen aus den Einbahnstraßen des Lebens herauszuführen.

TEIL II

METHODEN DER KUNSTTHERAPIE

Jede Methode ist „eine Form, mit deren Hilfe der Inhalt einer gegebenen Wissenschaft, ihre Bedeutung für die Praxis, ihr Zusammenhang mit anderen Wissenschaften und ihre erzieherische Wirkung dargestellt werden“ (Schtraks/Platonow 1973, 20). Daher bezeichnet sie die „Vorgehensweise bei der theoretisch-erkennenden und praktisch-gegenständlichen Tätigkeit des Menschen einschließlich der diesem Vorgehen zugrundeliegenden Gesetze, Regeln und Normen sowie deren erkenntnistheoretisch-logische Struktur“ (Friedrichs 1980, 13). Der Versuch, die Methoden der Kunsttherapie darzulegen, muss folglich darauf bedacht sein, alle ihre Vorgehensweisen in Theorie und Praxis, in Erziehung und Therapie aufzuzeigen.

1 Sinneskompensation und Sinnesförderung

1.1 Die Entwicklung der Methode im 19. Jahrhundert: ästhetisch-bildnerische Ansätze

Schon die Aufklärung kannte die Wirkung der Ästhetik auf die Anschauungsweisen, das Verhalten und das Leben des Kindes. „Die Darbietung ästhetischer Ideale“, so der einflußreiche Psychologe und Pädagoge Johann Friedrich Herbart (1776–1841), „das Herzeigen ästhetischer Gegenstände“, all dieses „veredelt die Gemütsbestimmungen, erzieht zu Geschmacksurteilen, betont gefühlshaft das sittliche Urteil und entwickelt Typen des Geschmacks“ (1841/Ed. 1850–52, Bd. 3, 173). Bereits der Titel seiner Schrift „Über die ästhetische Darstellung der Welt als Hauptgeschäft der Erziehung“ von 1804 demonstriert, worum es Herbart ging: Die Kinder sollten mit Hilfe der Kunst Moral, Sitte und Anstand lernen. Denn die Vernunft zeige sich, so Kant, vor allem in der Praxis, d. h. in ihrem öffentlichen Gebrauch. Damit eröffnete Herbart die erste Perspektive auf die Verwendung der Kunst als Erziehungs- und Heilmittel.

Das 19. Jahrhundert war die große Zeit der Natur: Die Natürlichkeit des Menschen stand im Zentrum, und die Landschaftsmalerei, etwa eines Watteau, arbeitete am Kult der befreiten Natur. Aber es war doch eine Natur, die gesellschaftlichen Kriterien zu gehorchen hatte. Diese Unterordnung, die sich z. B. im Kunstunterricht als direktiv gelenktes Zeichnen nach der Natur demonstrierte, wurde etwa im sog. „Naturzeichnen“ Rousseaus sichtbar. Daraus ergab sich eine Kollision, die folgenreich sein sollte, ein Widerspruch zwischen der abstrakten, der gesellschaftlichen Natur und der wirklichen, der empirischen Natur des heranwachsenden Menschen. Im Namen der Natur wurde die

seine zum Gegenstand von Dressur und Manipulation. Und dagegen erhob sich, im Namen der wirklichen inneren und äußeren Verfasstheit des Kindes, der Protest vieler Pädagogen.

So entwarfen die Heilpädagogen Deinhardt (1821–1880), Georgens (1823–1886) und Gayette-Georgens (1817–1895) um 1860 ein Konzept des Gebrauchs „ästhetisch-erzieherischer Heilmittel“, das in seiner Radikalität bis heute besticht. Ihre Behandlungspläne nehmen die Freiheit der kindlichen Natur ernst:

„So muß man sie zum Beispiel üben, Gegenstände verschiedener Form und ziemlicher Größe, Würfel und Säulen, Kegel, Stäbe, Scheiben mit einem Griff zu erfassen, ihnen verschiedene Stellungen zu geben, sie zu drehen etc., man muß die Gegenstände mit glatten und rauhen Oberflächen aneinander und an den Händen und Wangen reiben lassen, man läßt bei geschlossenen Augen einen Gegenstand aus anderen hervorsuchen, man hat ihr Auge durch Farbenspiele zu beschäftigen, indem man ihnen zum Beispiel abwechselnd die verschiedenartigen Seiten von Scheiben zukehrt, sie nach Fähnchen verschiedener Farben langen oder weglaufen läßt, später verschiedenartige Täfelchen in gleichfarbige Häufchen aufeinanderlegen läßt und zu den Legeübungen einen Übergang macht.“ (Deinhardt/Georgens 1863/1979, 362f.)

Die Spiele, die Georgens, Deinhardt und Gayette-Georgens vorschlagen, sollen „ästhetische, [...] notwendige Heilmittel“ sein (1863/1979). Damit ist der erste Schritt in Richtung einer Kunsttherapie gemacht, die der Sinnesentwicklung entspricht. Denn hier finden sich schon deutliche Anklänge an die Theorie der „Zone der nächsten Entwicklung“ von Lew Wygotsky (1896–1934) und Jean Piaget (1896–1980), die es erlaubt, haptische, optische, akustische und psychomotorische Fördermaßnahmen entwicklungsgemäß mit allen Mitteln der Kunst einzuleiten. Eine der ersten Anstalten für geistigbehinderte Menschen, die damals noch „blöd-sinnig“ und „idiotisch“ hießen, die Heilpflege- und Erziehungsanstalt Levana in Baden bei Wien (Deinhardt/Georgens 1858), wird von Georgens, Gayette-Georgens und Deinhardt geleitet und verbindet im Sinne der neuen Entwicklungs- und Förderlehre medizinische, pädagogische und ästhetische Methoden. Die drei Heilpädagogen verwerfen das bisherige Dogma, „idiotische“ Menschen müssten prinzipiell gesondert erzogen werden, und sie plädieren für eine spezielle Heilpädagogik.

Im Rückgriff auf die schillersche Ästhetik, die Sinnlichkeit und Verstand in Einklang bringen möchte, will man in der Levana der Erkrankung des Kindes mit naturwissenschaftlich-medizinischen und ästhetisch-sinnlichen Mitteln begegnen. Nach Georgens u.a. kann eine naturgemäße Erziehung nur eine sinnlich-ästhetische sein: Es geht um