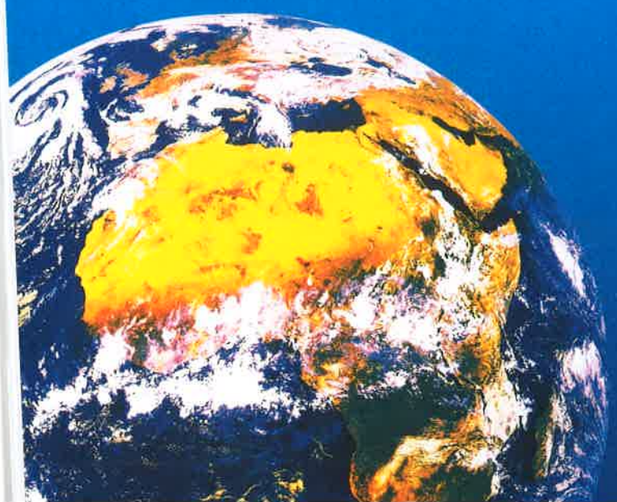
nefadar®

nefazodone

Depressionstherapie neu definieren



Nefadar® Antidepressivum. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: Nefazodone-Hydrochlorid **Indikationen:** Nefadar®ist für die Behandlung von Depressionen indiziert, einschliesslich depressiver Syndrome, welche mit Angst und Schlafstörungen einhergehen. **Dosierung:** Beginn mit 100 mg/Tag, resp. 200 mg/Tag verteilt auf zwei Einzelgaben und kann der Reaktion des Patienten entsprechend angepasst werden. Die übliche Dosierung beträgt 2 x 200 mg/Tag. Die empfohlene Höchstdosis liegt bei 600mg/Tag verteilt auf zwei Gaben. **Spezielle Dosierungsanweisungen:** Ältere Patienten: Die empfohlene Initialdosis beträgt 100 mg/Tag in zwei Einzelgaben. **Anwendungseinschränkungen:** Überempfindlichkeit gegenüber Nefazodone oder einer sonstigen Komponente der Nefadar® Tabletten. **Interaktionen:** Kombination mit Astemizol oder Cisaprid,Kombination mit MAO-Hemmern.**Schwangerschaft/Stillzeit:** Schwangerschafts-kategorie C. Es liegen keine kontrollierten Studien bei schwangeren Frauen vor. Es ist nicht bekannt, ob Nefadar® in die Muttermilch übergeht. **Unerwünschte Wirkungen:** Nefadar® ist im allgemeinen gut verträglich. Die am häufigsten vorkommenden Nebenwirkungen sind: Nausea, Schwindel, Mundtrockenheit. Im Verlaufe der Behandlung nehmen diese gewöhnlich an Intensität und Häufigkeit ab. **Packungen:** Nefadar® Tabletten mit 100 mg und 200 mg Nefazodone: Packungen zu 28 und 98 Tabletten. Verkaufs-kategorie B. **Alle Formen sind kassenzulässig.** Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Literatur auf Anfrage erhältlich bei:
Bristol-Myers Squibb AG,
Neuhofstrasse 6, 6341 Baar

Bristol-Myers Squibb

I+2/1999

INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR ART, CREATIVITY AND THERAPY (IAACT)
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE L'ART-THERAPY
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE PER L'ESPRESSIONE ARTISTICA NELLA TERAPIA

Journal für KUNST GESTALTUNG THERAPIE

ISSN-Nummer: 1012 - 0432

1+2 /99

INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR ART, CREATIVITY AND THERAPY (IAACT)
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE L'ART-THERAPY
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE PER L'ESPRESSIONE ARTISTICA NELLA TERAPIA

Journal für Kunst, Gestaltung, Therapie

Inhaltsverzeichnis

- Vorwort 2
- Editorial 3

- GRATULATIONEN
  - Prof. Dr. Walter Pöldinger 5
  - Prof. Dr. Dr. Dieter Ritschl 6
  - Frau Dr. Mirjam Schröder/Frau Dr. M. Sabine Schröder 7

ORIGINALARTIKEL

- 1. Prof. Dr. Leo Navratil, Wien
  - *"Kunst, Psychose, Therapie"* 8
- 2. Prof. Dr. Gaetano Benedetti und Dr. Maurizio Peciccia
  - *"Die Bildgestaltende Entwicklung der Psychosentherapie"* 20

DER BESONDERE GESICHTSPUNKT

- Frau Christiane Moreno, Basel
  - *"Sprecharbeit und Entfaltung der Persönlichkeit"* 32

KONGRESSBERICHT

- 12. ECNP Kongress, London 36

ANMELDEFORMULAR

- für Regionaltagung 26./27.11.99 in München 40

BUCHBESPRECHUNG

- Barbara Klaiber
  - *"Kunst und Therapie" Nürtingen 1999* 41

- BÜCHERHINWEISE 42

- VERANSTALTUNGSKALENDER 1999/2000 43

Aufbruch

Gelbe Streifen am Horizont
eine rote Blüte am Himmel
kündet den neuen Tag an
Hoffnung, Werden eines neuen Tages
Taten, Träume neugeboren
spiegeln im blauen Meer
sich die Flügel
eines neuen Morgens

Vittoria Eicher, 1996
erschienen in: "Chalim", CHALIM Verlag, St.Gallen

Vorwort

Diese Ausgabe des Journals markiert in mehrfacher Hinsicht eine Zäsur.

Zum ersten fungiere ich als neu gewählter Vorsitzender der IGKGT erstmals als Herausgeber, wenn auch die redaktionelle Arbeit im Wesentlichen noch von Gottfried Waser unternommen wurde.

Zweitens ist die Zukunft der Zeitschrift noch ungewiss. Einig ist sich der Vorstand, dass die Gesellschaft weiterhin ein Publikationsorgan braucht. Mit diesem Heft aber endet das Engagement des bisherigen Verlages, dem wir an dieser Stelle für seine ausserordentlich gute Zusammenarbeit danken möchten. Derzeit gibt es noch keine neuen Verleger, und auch das Modell, mit dem wir weiter arbeiten möchten, ist noch in der Diskussion, an der Sie sich übrigens gerne beteiligen können. Möglicherweise kehren wir zur Überbrückung auf die Mitteilungsblätter früherer Zeiten zurück. Die Abonnenten bitten wir um etwas Geduld, wir werden uns um eine gute Lösung bemühen.

Inhaltlich bieten wir Ihnen in dieser Ausgabe der Zeitschrift folgendes an:

In dem Editorial werden Sie einiges über die Hintergründe des Personalwechsels an der Spitze der Gesellschaft finden, sowie unseren Dank an Gottfried Waser und eine kurze Selbstdarstellung des neuen Vorsitzenden und seiner Perspektiven.

Wir gratulieren unseren geschätzten Mitgliedern:

Herrn Prof. emerit. Dr. W. Pöldinger, Maria Enzersdorf, und Herrn Prof. emerit. Dr. Dr. D. Ritschl, Reigoldswil/BL, sehr herzlich zum runden Geburtstag. Die Laudationes stammen aus der Feder von Prof. Dr. H. Hinterhuber, Innsbruck, und Prof. Dr. E.R. Petzold, Aachen.

Unsere Gratulation geht auch an unser Ehrenmitglied Frau Dr. Mirjam Schröder, Hamburg, und an ihre Tochter Frau Dr. Sabine Schröder, Luzern. Ihre Arbeitsgemeinschaft für musisch-kreative Psychotherapie und Entfaltung (MPE) feiert den 25. Jahrestag.

Die fachlichen Beiträge wurden an der Regionaltagung der IGKGT vom November 1997 in Wien gehalten. Prof. Leo Navratil gibt uns die Ehre, sein Wirken in und für Gugging nachzuzeichnen. Prof. Gaetano Benedetti und Dr. Maurizio Peciccia lassen uns an einem psychotherapeutischen Prozess mit einer schizophrenen Patientin mit gestalterischen Mitteln teilhaben.

Bitte beachten Sie auch die übrigen grösseren und kleineren Textbeiträge.

Viel Freude und Anregung bei der Lektüre wünscht Ihnen, auch im Namen von Gottfried Waser,

Ihr

Dr. Philipp Martius
1. Vorsitzender der IGKGT/IAACT

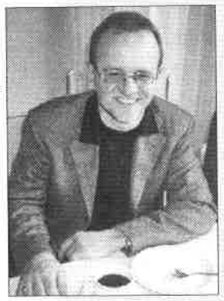
Editorial zum vorerst letzten Heft des Journals

Die Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie zwischen Abschied und Aufbruch

Liebe Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

hiermit möchte ich mich Ihnen als der NEUE vorstellen. Anlässlich der ausserordentlichen Mitgliederversammlung am 27. Februar d. J. hatte unser bisheriger Vorsitzender PD Dr. Gottfried Waser sein Amt zur Verfügung gestellt. Ihre Wahl fiel dann auf mich. Viele von Ihnen haben mir mit einem gewissen Mitgefühl angesichts der Bürde gratuliert. Dafür danke ich Ihnen sehr. Dennoch überwiegt für mich die FREUDE, in einer Gesellschaft, die ein so breites Spektrum künstlerisch und therapeutisch interessierter Mitglieder hat, ein verantwortungsvolles Amt übernehmen zu dürfen.

Meine allerersten Worten gelten aber Gottfried Waser. Wir, die Gesellschaft, die ganze kunsttherapeutische "Szene" sind ihm zu tiefstem Dank verpflichtet. Als er 1990 den Vorsitz übernahm, war die IGKGT in schwerer Bedrängnis. Seiner Initiative, seinem Fleiss, seiner Beharrlichkeit verdanken wir, dass die Gesellschaft am Ende der Dekade gefestigt und voller Zuversicht über ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten in die Zukunft blicken kann. Herr Dr. Waser hatte sich gewünscht, sich nach acht Jahren als Vorsitzender neuen Aufgaben widmen zu können. Die Vorstandsmitglieder hatten das bedauernd zu Kenntnis genommen, aber respektiert nach seinem selbstlosen Einsatz all diese Jahre. Für die neuen Herausforderungen möchten wir ihm alles Gute wünschen. Lieber Gottfried, merci bien und good luck!



Wer schreibt da eigentlich?

Der NEUE, das bin ich: Philipp Martius, 41 Jahre alt, aus Deutschland stammend, Doktor der Medizin, verheiratet mit einer aus Südtirol gebürtigen Ärztin und Vater von drei Söhnen. Als Sohn eines Diplomaten wuchs ich in verschiedenen Ländern Südamerikas und Europas auf. Medizin studierte ich in Göttingen und München, wo ich seit 20 Jahre lebe. Meine berufliche Laufbahn führte mich zuerst in die Neurophysiologie, dann zum Facharzt für Psychiatrie am Klinikum Rechts der Isar in München bei Prof. Lauter, und schliesslich in die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bei Prof. von Rad. Er ermöglichte mir auch 1996 einen sehr prägenden Studienaufenthalt in New York bei Prof. Kernberg. Die Kunsttherapie habe ich bei Flora von Spreti kennengelernt, der ich auf diesem Gebiet viel verdanke. Seitdem habe ich an allen meinen Arbeitsstätten mit den jeweiligen kunsttherapeutischen Kolleginnen den Austausch und die Zusammenarbeit gesucht. IGKGT-Mitglied bin ich seit 1991, zunächst als Vortragender auf den Tagungen, dann als Beiratsmitglied und seit 1996 im Vorstand tätig.

Ich hoffe, dass die vereinten Anstrengungen von mir und Frau Känzig helfen, die derzeit noch etwas unbefriedigende Situation der getrennten Büros in Basel und München möglichst reibungsarm und für Sie als Mitglieder möglichst angenehm zu gestalten. Evtl. Verzögerungen bei den Anfragen bitten wir zu entschuldigen. Frau Känzig danke ich für ihre engagierte, so persönlich gehaltene Sekretariatsarbeit.

Wie soll es weitergehen mit der IGKGT?

Meine Vorstellungen über das Wirken der Internationalen Gesellschaft gehen in drei Richtungen.

► KOMMUNIKATION. Die Gesellschaft soll weiterhin eine wichtige Schnittstelle für die verschiedenen in der Kunsttherapie tätigen Menschen und Gruppierungen sein. Dazu gehört der Austausch mit anderen Gesellschaften, mit Berufsverbänden, mit Künstlern, Therapeuten und Ärzten, mit Kliniken, Regierungsstellen und Firmen. Dies geht nicht ohne eine funktionierende Informationskultur. Deshalb sollte es weiterhin eine Zeitschrift geben, für die wir aber einen neuen Verleger suchen müssen. Mittelfristig wollen wir auch die neuen Medien nutzen. Wir hoffen, in absehbarer Zeit eine Homepage anbieten zu können, über die Adressen, Publikationen, Diskussionsfora o.a. abgefragt werden können. Die regionalen wie die internationalen Tagungen sollen weiter einen regelmässigen Rhythmus behalten und so dem kontinuierlichen Austausch der Mitglieder und Interessierten dienen.

► KOOPERATION. Als Nicht-Kunsttherapeut, der dennoch von den Möglichkeiten der künstlerischen Therapien jenseits des Wortes fasziniert ist, liegt mir sehr an der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im klinischen Feld zum Wohle der Patienten und Klienten. Dies hat sich bisher schon in der gemeinsamen Arbeit und den Publikationen mit Frau von Spreti niedergeschlagen. Die Rückmeldungen, die wir dazu bekamen, ermutigen mich, für die weitere Etablierung solcher Modelle einzutreten. Deshalb sollen unsere Tagungen in diesem Bereich weiterhin einen Schwerpunkt haben. In diesem Zusammenhang darf ich Sie bereits auf die **Regionaltagung** im Herbst in **München** (26./27. November 1999) hinweisen, die dieses Thema erneut aufgreift. Das Programm geht Ihnen automatisch zu. Wegen der begrenzten Räumlichkeiten bitten wir um frühzeitige Anmeldung über Frau Känzig. (Anmeldeformular nachstehend)

► KUNST-THERAPIE als kunstTHERAPIE und als KUNSTtherapie. Therapeutische Verfahren müssen sich heute einem härter werdenden Wettbewerb stellen. Auf Dauer brauchen sie einen wissenschaftlich tragfähigen Nachweis ihrer Wirksamkeit. Die psychotherapeutische Forschung hat in den vergangenen Jahren enorme Anstrengungen unternommen, Methoden

dafür zu entwickeln. Die kreativen Therapien haben die Möglichkeit, diese Methoden auf die eigene Arbeit anzuwenden. Sie sollten sich aber auch der Herausforderung stellen, eigene Vorstellungen davon zu entwickeln, wie ein "guter" kreativer therapeutischer Prozess aussehen könnte und wie er dokumentiert und evaluiert werden kann. Dafür bedarf es der Hinwendung zur Forschung sowohl aus psychiatrisch-psychotherapeutischer wie aus künstlerisch-kunsthistorischer Perspektive.
Wünschenswert wäre letztlich die Entwicklung einer eigenen "Sprache", die das komplexe Tun erfasst. Die eigene "Sprache" könnte über die kreativen Seiten ihres Ausdrucks auch zur (professionell-therapeutischen) Identitätsfindung beitragen. Unser Fachgebiet wird von vielen verschiedenen Quellen gespeist und beschäftigt sehr verschiedene Menschen und Berufsbilder. Gerade deshalb ist m.E. ein gemeinsames Grundverständnis über die zentralen Begriffe unserer Arbeit so wichtig.

Was heisst denn das für die Mitglieder der Gesellschaft?

Ich möchte Sie in der Tradition meiner Vorgänger einladen, durch Ihre persönliche, interessierte, kritische Teilnahme an den Aktivitäten der IGKGT die Gesellschaft zu einem spannenden und fruchtbaren Forum der Auseinandersetzung mit dem eigenen Fachgebiet zu machen. Der Vorstand und ich sind offen für Ihre Initiativen und freuen uns über Ihre Beiträge. Wir werden alles, was in unseren Möglichkeiten steht, tun, Vorschläge aus dem Kreis der Mitglieder aufzugreifen und zu realisieren, wenn sie den Zwecken der Gesellschaft dienlich sind. Die zentrale Absicht der IGKGT und Ihres neuen Vorsitzenden liegt dabei in der Förderung der kreativen Therapien als wichtigen, oft unverzichtbaren Teil der psychotherapeutischen Praxis zum Wohle der Kranken.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Vertrauen und hoffe auf Ihre Unterstützung.

Herzlichst,

Dr. Philipp Martius

Walter Pöldinger
zum 70sten Geburtstag

Am 31.5.1999 feierte Univ.-Prof. Dr. med. Walter Pöldinger arbeitend, forschend und lehrend einen runden Geburtstag: Sein jugendlicher Elan, sein mitreissender Schwung und seine grosse Dynamik (die seine Weggefährten oft müde macht, und die er sich in allen Positionen und Lebenslagen bewahrt hat) und seine unermüdlichen, leidenschaftlich betriebenen Lehr- und Forschungsagenden lassen vergessen, dass es sein 70ster ist!
Bereits als Medizinstudent nahm Walter Pöldinger Kontakt zu grossen Persönlichkeiten auf: Die eindrucksvollen und faszinierenden Begegnungen mit Viktor E. Frankl und mit Jolande Jacobi haben ihn nachhaltig geprägt.
Nach seiner in Wien erfolgten Promotion 1953 schloss er - stets um ein umfassendes medizinisches Wissen bemüht - seine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin ab und übersiedelte an die Kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban/Luzern, wo er bei Dr. Florin Decurtins eine profunde Einführung in die Psychiatrie und Psychotherapie erfuhr: Decurtins war Schüler von Alfred Adler und konnte daher all seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein grosses soziales und sozialpsychiatrisches Engagement nahebringen.
Ab 1963 war Walter Pöldinger Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, wo er sich bereits 1968 habilitieren konnte, um kurze Zeit später das Department für Klinische Psychopharmakologie und Dokumentation zu übernehmen. In Treue zu seiner Alma mater in Wien habilitierte er sich auch dort für das Fach Psychiatrie.

Ab 1974 finden wir Walter Pöldinger als Chefarzt der grossen Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Wil/St. Gallen, von dort erhielt er im April 1985 den Ruf an die Universität Basel: 10 Jahre wirkte er als Ordinarius für Psychiatrie und ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik.

Der Lebensweg dieses richtungsweisenden Mannes ist gekennzeichnet durch eine Fülle von Meilensteinen, die er für die Entwicklung der Wissenschaftlichen Psychiatrie und deren Grenzgebiete gesetzt hat. Ihm verdanken wir beispielsweise die Erstbeschreibung der psychotropen Wirkung des Carbamazepins genauso wie weltweit gelesene Lehrbücher wie sein Kompendium der Psychotherapie, das in vielen Kultursprachen übersetzt worden ist und sein immer noch gerne konsultierter Index Psychopharmacorum.

Die Zahl der von ihm verfassten bzw. herausgegebenen Büchern nähert sich der Zahl seiner Lebensjahre, die wissenschaftlichen Publikationen (allein mein Verzeichnis umfasst mehr als 800 Titel) können in diesem Rahmen nicht gebührend gewürdigt werden: dies würde den Umfang dieses Heftes sprengen!
Der Schwerpunkt seiner Publikationen liegt in diagnostischen, nosologischen und therapeutischen sowie sozialpsychiatrischen, psychopharmakologischen und forensischen Themenbereichen. Walter Pöldinger äussert sich aber auch kompetent zu religiösen und weltanschaulichen Fragen, zur Neurologie und zu den bildgebenden Verfahren, zu Kunst und zur Psychopathologie des Ausdruckes: Durch viele Jahre war er schweizerischer Präsident der Fachgesellschaft des letztgenannten Bereiches, den er stets befruchtete und förderte.

Walter Pöldinger hat es wie kein anderer verstanden, verschiedene Fachgebiete miteinander zu verbinden, ihre Zusammenarbeit zu katalysieren und die Eigenständigkeit jeder Denkrichtung zu respektieren.

Bis zu seiner Emeritierung 1994 war er an allen Orten seines Wirkens seinen Assistenten ein vorbildhafter, richtungsweisender, stets zur konstruktiven Zusammenarbeit bereiter und von Menschlichkeit geprägter Lehrer.
Ehrungen blieben nicht aus: Seine vielfältigen internationalen Anerkennungen dokumentieren seine Geltung. Walter Pöldinger ist Träger vieler Orden und Auszeichnungen, so - um nur einen zu nennen - des Verdienstkreuzes erster Klasse für Kunst und Wissenschaft der Republik Österreich.

1995 wurde er - in seine Heimat nach Wien/Maria Enzersdorf zurückgekehrt - in den Psychotherapiebeirat der Österreichischen Ärztekammer berufen.

Die Kraft zu all diesen Aktivitäten gewinnt er aus seiner Familie, seinem schönen Tusculum im Weichbild von Wien, aus der Religion und allen schönen Künsten, die ihn zutiefst ergreifen können.

Einer internationalen Schar von Freunden wünscht Walter Pöldinger viel Gesundheit und Kraft für die Bewältigung seiner mannigfaltigen Aufgaben in Fortbildung und Forschung, besonders aber viel Freude und Erfüllung in all jenen Bereichen, die ihm Kraft und Halt verleihen.

Hartmann Hinterhuber

Abschied und Neubeginn

Eine Begegnung - eine Würdigung zum 70. Geburtstag von Dieter Ritschl

Wir begegneten uns zum ersten Mal in Ascona Anfang der achtziger Jahre. Ich hinterfragte die "Balint-Bewegung", er hörte geduldig zu, wir erlebten gemeinsam kreisende, fast wirbelartige Bewegungen in dem Auditorium der sechshundert Studenten, Ärzte und Professoren aus aller Herren Länder auf diese "kleine" Provokation, bis die unvergessene spontane Melita Mitscherlich das Lösungswort fand: "Balintarbeit ist keine Bewegung, aber sehr bewegend". D. Ritschl stand dazu - sei es, weil es in sein Story Konzept passte, sei es weil er schon früh das implizite Axiom dieser bewegenden Arbeit erkannt hatte: "Wir behandeln keine Krankheiten, sondern kranke Menschen".

Wenig später kam D. Ritschl nach Heidelberg (1983). Eine gemeinsame Wegstrecke in der Tradition der anthropologischen Medizin lag vor uns. Darauf kann ich hier nicht eingehen.
Eingehen möchte ich auf ein Bild und auf eine Anregung von D. Ritschl. Das Bild gebrauchte er anlässlich eines Symposion über die "Impliziten Axiome", das wir ihm zu Ehren 1989 im Internationalen Wissenschaftsforum in Heidelberg ausrichten durften. Auf hundert Veranstaltungen, die er dort ausrichtete, war dieses Symposion für ihn. Sein Bild am Schluss dieses Symposions war das von den Rücklichtern eines Zuges, die man umstellen könnte, beispielsweise an die Spitze des Zuges: Vorsicht statt Rücksicht. Beides zusammen mag Sinn machen und weitsichtig sein, dem geborenen Theologen, gelernten Psychotherapeuten und akademischen Lehrer vieler Studenten-Generationen durchaus gemäss. Und so ist seine Anregung in seinem eigenen Rückblick (25.1.1999) verständlich:

"Ich bin nicht optimistisch im Hinblick auf die Zukunft der Universitäten im Lande. Vordergründige Vergleiche mit den USA hemmen, aber fördern nicht Entwicklungen zu echten Veränderungen bei uns. Und doch muss dringend von akademischer Tradition und Praxis in anderen Ländern gelernt werden." Er denkt primär wohl an den theologischen Nachwuchs, ich an den ärztlichen.

Unsere gemeinsame Zeit ist geprägt von Veränderungswünschen und schönen Neuanfängen. Dazu einige Stichworte: Die gemeinsamen Seminare und Vorlesungsveranstaltungen in Heidelberg zusammen mit Peter Hahn, Wolfgang Jakob, Wolfgang Päslack und anderen im **Studienkreis für Interdisziplinäre Medizin** z.B. über die Dimensionen der Heilung. Daneben stand die **Entwicklungen des Ascona Modells**, das nach diesem zauberhaften Fischerort am Lago Maggiore auf dem Monte Verità entwickelt wurde - undenkbar ohne Wilma und Boris Luban Plozza, aber in dieser humanen und der Wissenschaft zutiefst verpflichteten Form genau so wenig denkbar ohne die Zuwendung und Präsenz von Dietrich und Rosemarie Ritschl. Unsere vielen Abschiede überbrückten sie immer wieder durch eine Postkarte von irgendwo her und sei es aus dem fernen Australien, oder auch aus der Ewigen Stadt, aus Rom - Ausdruck auch ihrer angelsächsisch geprägten und ökumenischen Identität.

Warum aber nun eine Würdigung in dieser Zeitschrift? D. Ritschl gehört wie W. Pöldinger und B. Luban-Plozza zu den Gründern der **Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie** und dieser **Zeitschrift**. Ihr Bestehen seit nunmehr vierzehn Jahren bestätigt die kreative Kraft dieses Vorhabens. Auf "meiner Postkarte" in und von dieser Zeitschrift will ich ihn und sie, liebe Leser und Leserin fragen: Ist die sehr bewegende Balintarbeit Praxis, Wissenschaft, Religion oder Kunst? Und was ist sie für Sie? Wie wollen Sie Ihre Antwort gestalten?

Ernst R. Petzold/Aachen
(Präsident der deutschen Balintgesellschaft)

Gratulation:

25 Jahre Arbeitsgemeinschaft für musisch-kreative Psychotherapie und Entfaltung (M P E)

Frau Dr. med. Mirjam Schröder, Hamburg und Frau Dr. phil. M. Sabine Schröder, Luzern

Die Arbeitsgemeinschaft verfolgt seit ihrer Gründung 1974 das Michaelische Prinzip, das besagt, dass der tägliche Umgang mit dem Künstlerischen in der Lage ist, Krankes zu eliminieren. Es geht uns um das

ERLEBEN - ERFAHREN - ERKENNEN

Multimedial wird der tiefenpsychologisch-psychoanalytische Prozess begleitet und vertieft. Nach dem Motto der ***INDIANER,*** die die Hand als Werkzeug der Seele betrachten und der Auffassung ***KANT's,*** dass die Hand das äussere Gehirn darstellt, begreifen wir handelnd das Geschehen.

Für die diversen musischen Bereiche werden jeweils bewährte Referenten zu den entsprechenden Kombinationen eingeladen.

Teilnehmen können Interessenten aus therapeutischen Berufen sowie an Selbsterfahrung Interessierte.

(siehe Veranstaltungskalender)

KUNST, PSYCHOSE, THERAPIE

◆ ◆ ◆ LEO NAVRATIL

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
meine Damen und Herren

Meine Arbeit entstand in der Tradition von Morgenthaler und Prinzhorn. Von Morgenthaler und Prinzhorn lernte ich ein Bild des Künstlers kennen, der unter psychiatrischen Patienten gefunden werden kann, nämlich eines Künstlers ohne jede künstlerische Ausbildung und ohne genauere Kenntnis zeitgenössischer und traditioneller Kunst, seit Dubuffet würde man sagen, des Art brut-Künstlers.
Der französische Maler Jean Dubuffet hatte schon als junger Mensch das Buch von Hans Prinzhorn "Bildnerei der Geisteskranken" kennengelernt und die Abbildungen darin mit Staunen betrachtet. Im Jahre 1945 unternahm er eine Reise in die Schweiz, wobei er in der Anstalt Waldau bei Bern die Werke der schizophrenen Patienten Adolf Wölfli und Heinrich Anton Müller besichtigte und in Lausanne die schizophrene Patientin Aloise Corbaz persönlich kennenlernte und ihre aussergewöhnlichen Zeichnungen sah. Dubuffet war von der Eigenständigkeit dieser Kunst, die ohne Beziehung zu künstlerischen Vorbildern und fern vom Kunstbetrieb, in der Abgeschlossenheit des Anstaltslebens entstanden war, beeindruckt. Die Kunst dieser Menschen repräsentierte für ihn einen extremen Individualismus, frei von sozialen und kulturellen Zwängen.
Dubuffet entschloss sich, solche Bilder zu sammeln und sie bekannt zu machen. Er hat sich vierzig Jahre lang, nämlich bis zu seinem Tod im Jahre 1985, für diese Kunst eingesetzt, hat sie gekauft, ausgestellt, publiziert, für ihre Anerkennung gekämpft. Was seine Vorgänger, die Psychiater, nicht erreicht hatten, ist Dubuffet gelungen: Er hat diese Kunst vielen Menschen nahegebracht und ihre Anerkennung in der Kunstwelt bewirkt.
Für die Bezeichnung einer Produktion als Art brut verlangte Dubuffet völlige Unabhängigkeit von der kulturellen Kunst sowie etwas Überraschendes, selbst Erfundenes und das Schaffen aus einer inneren Notwendigkeit, einer extremen Spannung, einem "hohen Fieber". Echtes künstlerisches Schaffen habe immer etwas mit Wahnsinn und Manie zu tun, sei niemals "normal", meinte er. Der berühmte Psychiater Ludwig Binswanger erblickte noch 1956 im Fehlen jeglicher Beziehung zu künstlerischen Vorbildern und Überlieferungen den entscheidenden Beweis dafür, dass Kunst und schizophrene Bildnerei unvereinbare Begriffe seien. Nun ist gerade jenes Kriterium, das Binswanger bewog, Arbeiten psychiatrischer Patienten nicht als Kunst zu betrachten - nämlich die fehlende Beziehung zur kulturellen Kunst - zu einem der Hauptkriterien jener Kunst geworden, die Jean Dubuffet als "Art brut" bezeichnet hat.
Dubuffet bestand auf einer strengen Trennung von Art brut und kultureller Kunst. Seine Auffassung entsprach in dieser Hinsicht in gewisser Weise jener Binswangers, dass nämlich die von keiner künstlerischen Tradition abhängigen Werke unausgebildeter schizophrener Patienten etwas völlig anderes seien als die kulturelle Kunst; während sie für Binswanger allerdings künstlerisch wertlos waren, waren sie für Dubuffet höchster Bewunderung wert.
Ich bin Dubuffet sehr dankbar dafür, dass es den Art brut-Begriff gibt, denn eine Kunst psychotischer Patienten kann in der Regel nur dann entstehen, wenn der Patient von der kulturellen Kunst unbeeinflusst ist, eben ein Art brut-Künstler ist. Ich stimme mit Dubuffet darin überein, dass Art brut und kulturelle Kunst ganz verschiedene Gebiete der Kunst sind, auch Bezug auf die Kriterien von Art brut besteht Übereinstimmung. Im Hinblick auf seine Auffassung der Geisteskrankheit und seine antipsychiatrische Einstellung kann ich mit Dubuffet allerdings nicht übereinstimmen.
Bei meiner Tätigkeit in Gugging führte ich zunächst aus diagnostischem Interesse mit allen meinen Patienten Zeichenversuche durch. Zu meiner Überraschung erhielt ich dabei interessante Zeichnungen auch von solchen Patienten, die nie auf die Idee gekommen wären, zu zeichnen, und keine Übung im Zeichnen hatten. Hierauf untersuchte ich die Veränderungen des Zeichnens im Behandlungs- und Heilungsverlauf psychotischer Erkrankungen. Ich stellte fest, dass die in der Psychose geschaffenen Zeichnungen oft ungewöhnlich waren und im Laufe der Heilung oder Besserung des Patienten mehr konventionell wurden.

Einzelne chronisch Kranke, die längere Zeit im Krankenhaus blieben, veranlasste ich immer wieder, zu zeichnen. Da ich dabei Zeichnungen erhielt, die mir ausserordentlich interessant schienen und deren Ungewöhnlichkeit auch von anderen Leuten, insbesondere von einigen Wiener Künstlern bewundert wurde, versuchte ich im weiteren Verlauf meiner Tätigkeit, die Zeichnungen meiner Patienten durch Ausstellungen und Publikationen bekannt zu machen. Ihre Anerkennung als Kunst schien mir für die chronisch kranken Anstaltspatienten ein grosser Gewinn zu sein.
Das ist ja bisher nicht das Ziel der Kunsttherapie gewesen. Man hat von den Patienten keine Leistungen erwartet, die künstlerisch von Bedeutung sind, denn es schien für die Therapie nicht erforderlich, dass der Patient zum Künstler wird. Diesem bis heute sehr verbreiteten Prinzip liegt jedoch ein traditioneller Kunstbegriff zugrunde. Legt man dagegen einen anderen, neuen Massstab an die bildnerischen Erzeugnisse der Kranken an, dann ist es möglich, dass einzelne ihrer Schöpfungen als Kunst anerkannt und sie selbst als Künstler bezeichnet werden.
Eine unerlässliche Voraussetzung des Erfolges meiner Methode bestand darin, dass ich die Möglichkeit hatte, mit psychisch schwer gestörten Patienten lange Zeit zu arbeiten. Diese Möglichkeit ist in den modernen psychiatrischen Kliniken, aus denen die Patienten meist bald wieder entlassen oder in andere Institutionen verlegt werden, nur selten gegeben. Man findet solche Patienten in den Alten- und Pflegeheimen; man kann sie vielleicht auch unter chronisch Kranken finden, die regelmässig in ambulante Behandlung kommen.
Jean Dubuffet sammelte zunächst nur Arbeiten von Patienten, die spontan und ohne Einflussnahme der Ärzte entstanden waren. Auch jene Arbeiten, die um 1920 der Heidelberger Klinik zugesandt worden waren und die Hans Prinzhorn bearbeitete, stammten nicht aus der Kunsttherapie, sondern von Patienten, die von selbst auf die Idee gekommen waren, zu zeichnen oder zu malen.
Durch meine intensive Beschäftigung mit dem diagnostischen und thematischen Zeichnen bemerkte ich, dass Arbeiten, die auf Anregung entstehen, originell sein können, wogegen spontan entstandene Zeichnungen und Schriften oft jeden künstlerischen Reiz vermissen lassen. Kreativität und Spontaneität sind also nicht identisch. Genauer gesagt: Eine Zeichnung, die auf Aufforderung entsteht, kann viel Spontanes enthalten, und eine Zeichnung, die aus eigenem Antrieb zustandekommt, kann ganz klischeeartig sein. Die Ausübung einer künstlerischen Tätigkeit auf Grund eines eigenen Entschlusses bietet keine Gewähr dafür, dass die dabei entstehenden Arbeiten auch künstlerische Qualität besitzen.
Nach meiner Erfahrung ist ein hoher Prozentsatz chronisch kranker psychiatrischer Patienten imstande, bei entsprechender Anregung auf zeichnerischem, seltener auf sprachlichem Gebiet etwas "künstlerisch Interessantes" zu schaffen. Im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Anschauung, ist es möglich, auf Initiative des Therapeuten künstlerisch bemerkenswerte Ergebnisse zu erzielen; durch eine langdauernde kunsttherapeutische Begleitung kann man einzelnen Patienten eine künstlerische Laufbahn ermöglichen.
Ich sehe darin eine Methode der Kunsttherapie, die vermittelt und praktiziert werden kann. Voraussetzung ihrer Anwendung ist allerdings die Möglichkeit, mit einer bestimmten Gruppe von Menschen zu arbeiten. Während die meisten Formen der Kunsttherapie mit allen Patienten durchgeführt werden können und meist auch die erwünschten Wirkungen haben, hat die hier geschilderte Kunsttherapie ein relativ enges Indikationsgebiet, d.h. nicht alle Patienten können auf bildnerischem Gebiet Künstler werden.
Chronisch Kranke können künstlerische Leistungen im Sinne von Art brut erzielen, wenn sie keine künstlerische Ausbildung haben und mit moderner Kunst nicht in Berührung gekommen sind. Schwerer gestörte und schwerer kranke Patienten sind besser dazu geeignet als solche mit leichteren Störungen. Es muss die Möglichkeit bestehen, mit ihnen lange Zeit, vielleicht sogar über Jahre zu arbeiten. Unter diesen Umständen, glaube ich, könnten unter psychiatrisch kranken und sogar pflegebedürftigen Patienten noch viele Künstler entdeckt werden.
Zahlreiche Zeichnungen meiner Patienten wurden in Museen moderner Kunst und in die Collection de l'Art brut aufgenommen. Und es ist bemer-

kenswert, dass 15 von 18 Gugginger Künstlern, die in den Publikationen der Collection de l'Art brut vertreten sind, nicht gezeichnet hätten, wären sie dazu nicht angeregt worden. Nr drei der Künstler hatten auch schon vor jeder therapeutischen Anregung gezeichnet. Diese Tatsache scheint mir sowohl für den Art brut-Begriff wie für die Möglichkeit des Entdekkens weiterer Art brut-Künstler von Bedeutung zu sein.

Ich habe chronisch kranke schizophrene Patienten gekannt, die viele Jahre hindurch jahraus jahrein mit keinem Menschen redeten, auch dem Arzt oder einer Pflegeperson nur kurze Antworten gaben. Manche von ihnen gingen regelmässig zu einer Arbeitsgruppe, andere sassen untätig im Tagrau, immer am gleichen Platz. Solche Patienten eignen sich nicht für eine Gsprächspsychotherapie. Das Zeichnen oder Schreiben auf Initiative und in Anwesenheit des Therapeuten war oft der erste psychotherapeutische und menschliche Kontakt mit ihnen.

Oswald Tschirtner hat jahrelang gezeichnet, immer nur auf Wunsch, und ist ein bekannter Künstler geworden. Er zeichnet auch heute nur, wenn man ihn darum bittet. Ernst Herbecks dichterisches Werk ist auf die gleiche Weise entstanden. Auch er hat nur auf Wunsch und meist nach Themaangabe seine kurzen Texte geschrieben. Er hat aus seinen Büchern vorgelesen, wenn er darum gebeten wurde, und war auf den Applaus, den er dabei erielt, sehr stolz. Für mich ist es daher keine Frage, dass schwer kranke schizophrene Patienten künstlerisch kreativ sein können - auch wenn sie zu künstlerischer Tätigkeit immer wieser angeregt werden müssen und einer dauernden Stützung durch den Therapeuten bedürfen.

Um autistische schizophrene Kranke zu einer künstlerischen Produktion anzuregen, bedarf es einer guten und langdauernden psychotherapeutischen Beziehung. Ich glaube, dass mein Umgang mit Hauser, Tschirtner, Herbeck, schon wegen der Zeit, die ich für den einzelnen Patienten dabei aufgewendet habe, eine jeweils "grosse" Psychotherapie war. Ich stütze mich dabei auf eine Bemerkung des Psychoanalytikers Hans Strotzka: Er vermutete, dass die Wirkungen der spezifischen Psychotherapiemethoden der Psychosen in Ausmass und Art der Wirkung den unspezifischen Methoden entweder völlig entsprechen oder nicht wesentlich darüber hinausgehen.

Der Realitätsverlust ist der Beginn und das Kennzeichnende der Psychose. Dem psychotischen Zusammenbruch folgen Prozesse der Restitution; sie liegen der klinischen Symptomatologie zugrunde. Morgenthaler setzte das Zeichnen seines schizophrenen Patienten Adolf Wölfli den katatonen Stereotypien, automatismen und Manieren gleich; er meinte, dass gewisse katatone Erscheinungen nicht nur Krankheitssymptome, sondern auch Selbstheilungsversuche seien, Versuche, in das Chaos wieder eine gewisse Ordnung zu bringen - "und wenn es auch nur durch das Sichfestklammern an einer einzigen stereotypen Bewegung wäre."

Der Psychotiker schafft sich eine magische, phantastische aussenwelt an Stelle der usseren Wirklichkeit. Nach Freud ist dieser Schritt ein Heilungsversuch, der allerdings zum Scheitern verurteilt sei. Die wahnhafte Pseudorealität oder Ersatzrealität vertiefe die krankheit nur. Sie hindere den Kranken daran, seine ursprüngliche Position in der Welt wiederzuerlangen.

Die "restitutiven Kräfte" der Psychose äussern sich also in katatonen Stereotypien, Automatismen und Manieren, wie Morgenthaler sie in den Zeichnungen seines Patienten Adolf Wölfli feststellen konnte, und in der wahnhaften Pseudorealität, in der der psychotische Mensch lebt und die zum Beispiel den Inhalt der Zeichnungen und Schriften August Wallas bildet. Auf Grund dieser Restitutionsversuche gelangt der Schizophrene in ein gewisses inneres Gleichgewicht, er wird dadurch jedoch nicht gesund, sondern chronisch krank.

Dieses restitutive Geschehen, dem auch die Kunst der Psychotiker entstammt, kann man deshalb nicht als ihre "gesunden Kräfte" bezeichnen. Und es ist eine Irreführung, wenn man sagt, dass Kunst und Kreativität auch beim psychotischen Menschen stets eine Funktion der "Gesundheit" seien. Wenn nämlich eine Psychose abklingt und der Mensch seine volle Gesundheit wieder erlangt, dann verschwinden Wahn und Halluzinationen; mit ihnen schwindet aber acuh die Kreativität der Psychose. Während die meisten Formen der Kunsttherapie der Readaptation und Rehabilitation dienen, der Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben, sucht die von mir bei chronisch Kranken durchgeführte Kunst-Psychotherapie den kreativen Kräften des Patienten eine Äusserung zu ermöglichen. Das sind aber jene Kräfte, die auch die psychotische Symptomatik produzieren und worin wir einen vergeblichen Selbstheilungsversuch erkannt haben. Wie der Psychotherapeut des schizophrenen Kranken dessen Wahn und Halluzinationen ernst nimmt, so wird auch der Kunsttheapeut die abstrusesten Gestaltungen als eine Mitteilung auffassen.

Es hat sich herausgestellt, dass gerade jene seltsamen, grotesken und oft unverständlichen Produkte des Kranken den Hauch des Künstlerischen an sich haben. Die künstlerischen Fähigkeiten der Kranken schwinden mit deren Heilung. Durch soziale Anpassung wird die Kreativität unterdrückt. (Auch mit hoher neuroleptischer Medikation lassen sich alle kreativen Prozesse beseitigen.)

Da in den Lebensumständen, die zum Ausburch einer schizophrenen Psychose beitragen, nicht zuletzt der Druck der sozialen Normen zu nennen ist, sollte man bei der Behandlung das "Normalisierungsprinzip" nicht übertreiben. Wir wollen den schizophrenen Kranken zu graphischen Äusserungen veranlassen, die seinem seelischen Zustand, nicht unserer Vorstellung von Normalität entsprechen: Der Patient macht seine psychotische Eigenwelt sichtbar und mitteilbar. Der Therapeut akzeptiert diese Hervorbringung - einfühlend und mitfühlend - und begibt sich so in die Welt des Patienten. Es ist ein kommunikativer Vorgang, der weitere Wechselbeziehungen zwischen dem Therapeuten und dem Patienten zur Voraussetzung und zur Folge hat und dadurch sekundär zur Sozialisierung beiträgt.

Ich bin der Meinung, dass wir unsere chronisch schizophrenen Kranken wie Künstler behandeln sollten, nicht mit Arbeits- und Beschäftigungstherapie oder nicht ausschliesslich damit. Wir müssen ihre geistige Produktivität ansprechen.

Es faszinierte mich die Tatsache, dass meine schizophrenen Patienten es niemals ablehnten, auf meine Bitte hin etwas zu zeichnen oder zu schreiben. Es ergab sich daraus eine unerwartete Möglichkeit, mit diesen Menschen in Kontakt zu treten. Und dabei haben Herbeck und Tschirtner so viel von sich mitgeteilt; waren doch ihre Texte und Zeichnungen immer auch Antworten, und war die gestellte Aufgabe auch eine Art Frage. Jenseits des konventionellen Sprachgebrauchs hatte ich ihre Sprache gefunden.

- **Johann Hauser** ist 1926 in Bratislava geboren. Er kam 1943 mit seiner Mutter in ein Umsiedlerlager in Niederösterreich und von dort ins psychiatrische Krankenhaus. Lesen und Schreiben hatte er nicht erlernt, er konnte nur seinen Namen schreiben. Er konnte die Finger nicht zählen und im Zahlenraum von 1 bis 10 auch nicht rechnen. Neben diesen Defekten infolge einer frühkindlichen Hirnschädigung bestanden bei Hauser manische und depressive Phasen von monatelanger Dauer. Hauser begann etwa mit 30 Jahren zu zeichnen und wurde bald der berühmteste Guginger Zeichner. 1979 fuhr ich mit ihm nach München, wo er in der Städtischen Galerie im Lenbachhaus eine Einzelausstellunghatte. Noch im gleichen Jahr flogen wir nach Düsseldorf und nach London. Die Ausstellung im Lenbachhaus wurde auch in der Kunsthalle Köln gezeigt. In London war Hauser an der Ausstellung "Outsiders" beteiligt.

Das Zeichnen nach Vorlagen habe ich bei Johann Hauser zuerst beobachtet. In der Regel nimmt man ja an, dass auf diese Weise kein eigenständiges Werk entstehen kann. Hauser hatte mich eines Besseren belehrt. Er war nicht imstande, eine naturalistisch abgebildete Figur zu kopieren, und verwendete deshalb zur Wiedergabe seine eigenen Mittel und Methoden. Die Figur auf der Vorlage bot ihm nur Anhaltspunkte physiognomischer und formaler Art.

Hauser hatte in manischer Stimmung dieses cover-Girl zum Abzeichnen ausgesucht. In seiner Zeichnung hat er viel von seinem vorbild übernommen, wenngleich er es auch stark verändert hat.

Ich erinnere mich noch gut daran, wie Hauser eines Tages in mein Zimmer kam, ein sorgfältig gefaltetes Zeitungsblatt aus der Innentasche seines rockes nahm und es entfaltete. Es zeigte die Königin Elisabeth von England (Abb. 1). Hauser sagte, er werde sie zeichnen. Er arbeitete an einem Nebentisch in meinem Arbeitszimmer, täglich 2 bis 3 Stunden (mit vielen Rauchpausen). Innerhalb einiger Tage entstand sein Werk. Hauser befand sich damals in einer manischen Phase. Nach dieser Vorlage entstand eine der radikalsten Umgestaltungen und eine der grossartigsten Zeichnungen Hausers. Nun lässt sich eine Beziehung zwischen der Vorlage und der Zeichnung aber kaum mehr erkennen (Abb. 2).

Die Lieblingsmotive Johann Hausers waren typisch für seine manisch-depressive Erkrankung: Neben den Mutteridolen Kriegsfahrzeuge und -geräte, die an die Spielzeuge von Buben erinnern, zum Beispiel

ein buntes Kriegsschiff mit Fahnen und Kanonen, (Abb. 3)
ein schnittiges Flugzeug,
ein Panzerfahrzeug, (Abb. 4)
wieder ein Flugzeug, eine frühe Zeichnung in hoch manisher Stimmung.

Nun lässt sich hinter dem manischen Überschwang eine leicht depressive Stimmung erkennen: Dieses Blatt zeigt auf der linken Seite ein Haus unter einem grünen Baum - Symbole der Geborgenheit und des Lebens -, auf der rechten ein Grab und einen Friedhof bei Nacht (Abb. 5).

"Löwe oder Tiger" nannte Hauser dieses Blatt, das eher einem depressiven Selbstporträt gleicht. Hauser befand sich aber noch in der Manie und setzte im Zorn einen Schnörkel an die Stelle seiner Unterschrift (Abb. 6).

1979 fand die Ausstellung "Outsiders" in der Hayward Gallery in London statt. Johann Hauser war daran beteiligt. Ich flog mit ihm nach London zur Besichtigung der Ausstellung. An Jean Dubuffet nach Paris sandten wir eine Ansichtskarte. Er schätzte damals schon Hausers Arbeiten sehr.

Am Ende einer manischen Phase kam Hauser auf die Idee, den Leichenwagen zu zeichnen. Die Wahl des Motivs weist auf die bevorstehende Depression schon deutlich hin. Hauser wäre aber nicht mehr imstande gewesen zu dieser Zeichnung, wäre er bereits depressiv gewesen. Er war noch in manischer Verfassung und deshalb produktiv und expansiv. Das Zeichenblatt ist bis zum Rand ausgefüllt. Die roten Zierkappen der Räder weisen auf Hausers manische Stimmung hin. Auf dem Dach des Wagens sitzen zwei grosse Engel - noch einmal Mutteridole. Und der bauchige Wagen gleicht dem Schoss der Mutter, in den der Künstler am Ende seines Lebens und Schaffens zurückkehren muss (Abb. 7).

In den depressiven Phasen, in denen Johann Hauser jede spontaneität und Produktivität fehlten, musste ich ihn oft aus dem Garten holen. Ich durfte ihm dann aber keine schwierigen Aufgaben stellen. Er zeichnete auf Wunsch

ein Herz.
ein Viereck,
eine Schlange (Abb. 8).

Er signierte auch nur auf Wunsch, in ganz kleiner Schrift und oft auf der Rückseite des Blattes. Die Kunst Johann Hausers war besonders zu Beginn seiner zeichnerischen Tätigkeit Kunst in statu nascendi, Kunst im Rohzustand, Kunst im Urzustand, von einer Frische, die die Frühwerke mncher Künstler auszeichnet.

• *Eine ganz andere Persönlichkeit ist* **Oswald Tschirtner.** Er ist 1920 nahe bei Wien geboren und stammt aus einer streng katholischen Familie. Er soll ein ganz besonders braves Kind gewesen sein, nie sei er unfolgsam gewesen. Tschirtner hat in einem Erzischöflichen Knabenseminar das Gymnasium besucht und die Matura mit Auszeichnung bestanden. Er wollte Prister werden. Während des Krieges wurde er zum deutschen Militär eingezogen. Er lehnte die Offizierslaufbahn ab und blieb im Mannschaftsstand. Zuletzt war er Obergefreiter. Er war Funker in Stalingrad, das er mit dem letzten Urlaubertransport verliess. Kurz vor Kriegsende geriet er in französische Gefangenschaft, wo er Schweres mitgemacht hat und an Schizophrenie erkrankt ist. Er wurde 1945 an die österreichische Grenze abgeschoben, kam an die Psychiatrische Universitätsklinik in Wien, wurde mit Insulinschocks behandelt, sagte dort unter anderem: "Warum bin ich zum Tode verurteilt ... ich bin nicht der Führer ...". 1954 wurde Tschirtner von der Klinik mit der Bemerkung "völlig verödet" in unsere Anstalt überstellt.

Im Gegensatz zu Hauser wirkt Tschirtner intellektuell, ja spirituell; er ist äusserst introvertiert und ohne jede Initiative. Er kam nie auf den Gedanken, spontan zu zeichnen und muss heute noch jedesmal darum gebeten werden (Abb. 9).

Ich musste das Material vorbereiten - meist Tusche und Feder und kleine Zeichenkartons. Tschirtner hatte ein sehr vereinfachtes Menschenschema und zeigte dabei eine hochgradige Stereotypie, ein starres Festhalten an der einmal gefundenen Form. Er bemühte sich jedoch, jede Aufgabe, die ich ihm stellte, zu erfüllen (Abb. 10).

"Ich" (Abb. 11).

Ich versuchte, durch verschiedene Aufgaben seine Resultate etwas zu variieren: "ich weine".

"Kniende Menschen".

"Mensch auf einem Sessel sitzend" (Abb. 12).

"Zuneigung zwischen zwei Menschen". Tschirtner schrieb zunächst den Titel, entsprechend der Aufgabe, die ich ihm ansagte, dann zeichnete er; dann datierte und signierte er das Blatt.

"Zwei Menschen geben einander die Hand" Tschirtner suchte nach einfachsten schematischen Lösungen.

"Zwei Menschen, die einander umarmen". Wenn ich sagte: "Sie umarmen einander ja nicht", sagte er: "Sie können einander nicht umarmen."

Da Tschirtner mit jeder Aufgabe schnell fertig war, wollte ich ihn veranlassen, mehr auf ein Blatt zu zeichnen, und stellte die Aufgabe: "Eine Menschenmenge". Tschirtner schrieb den titel, dann waren es aber doch wieder nur 3 Menschen.

Ich bat ihn, viele Menschen zu zeichnen. Und er füllte mit den gleichmässig Dahinschreitenden das ganze Blatt. "So bin ich", sagte er, "immer gleich" (Abb. 13).

"Schneefall". Eigentümlich die geometrische Anordnung der Schneeflocken. Un d doch hat dieses Blatt Atmosphäre und gerade durch die absurde Ordnungstendenz eine künstlerische Note (Abb. 14).

Einmal stellte ich Tschirtner die Aufgabe, viele kniende Menschen zu zeichnen. Es ist dabei eines seiner schönsten Blätter entstanden (Abb. 15).

Und Tschirtner fand auch für so schwierige Aufgaben einfache Lösungen: "Das Jüngste Gericht" und "Schutzmantelmadonna" (Abb. 16, 17).

Tschirtner hat im Verlauf von Jahren ein umfangreiches graphisches Werk geschaffen. 1980 hat seine grosse Ausstellung im Museum des 20. Jahrhunderts gemeinsam mit Johann Hauser stattgefunden. Er ist heute einer der beliebtesten Gugginger Zeichner.

• **August Walla** ist möglicherweise schon mit sechs Jahren, nach dem Tod der Grossmsutter, unmittelbar vor dem Schuleintritt an Schizophrenie erkrankt. Mit sieben Jahren kam er in eine Nervenklinik für Kinder, die damals von einem Arzt geleitet wurde, der nach dem Kriege wegen der Euthanasierung hirngeschädigter Kinder zum Tode verurteilt und gehenkt worden ist. An Walla, der ja nicht so schwer gestört war, ist das Schicksal dieser Kinder vorübergegangen. Er wurde in ein Heim verlegt und lebte nach dem Kriege bei seiner Mutter zu Hause. Er absolvierte die Hilfsschule mit Wiederholung einer Klasse und kam dann mehrmals in unser Krankenhaus. August Walla lebt heute im Haus der Künstler und ist seit dem Tode Johann Hausers der bedeutendste Art brut-Künstler in Gugging. Im Gegensatz zu Johann Hauser arbeitet er nicht nur bildnerisch, sondern auch mit Schrift und Sprache. Er hatte grosse Einzelausstellungen in bedeutenden Museen und seine Arbeiten werden teuer verkauft.

Als Walla noch daheim war, konnte man ihn und seine Mutter vom Frühsommer bis in den Spätherbst hinein in ihrem Schrebergarten an der Donau antreffen. August war ein Sammler und Basler. Er trug zusammen, was er bei seinen Spaziergängen in den Donau-Auen fand und häufte alles in seinem Garten auf. Der Garten hatte durch die Beschriftungen aller möglichen Gegenstände mit geheimnisvollen Wörtern und Zeichen ein seltsames Gepräge. Walla war ein Graphomane und Kalligraph. Er gestaltete seine Umgebung, die man mit gleicher Berechtigung eine Wahnwelt und eine Kunstwelt nennen konnte. August Walla schrieb und zeichnete in Hefte, die er kaufte, und er schrieb auf jedes Papier und jeden Karton, den er fand. Er malte mit dickem Pinsel und Anstreicherfarbe Wörter auf Wände, auf Bretter und Bleche, auf Bäume und sogar auf die Strasse. Fremdsprachige Wörter hatten eine besondere Bedeutung für ihn, auch die Wörterbücher, denen er diese Vokablen entnahm; er hob sie besonders sorgfältig auf und hütete sie wie einen Schatz. Als ich ihn einmal fragte, warum er fremdsprachige Wörter auf die Strasse schreibe, sagte er: "Das ist so eine Passion", und auf die Frage, wer diese Wörter verstehen solle, sage er: "Dolmetscher" (Abb. 18).

In seinem Garten lag ein mehrfach beschrifteter Karton mit der Aufschrift WELT-ENDE-GOTT. Wallas Schriften waren mir zunächst unverständlich und muteten mich fremdartig an. Erst im Laufe der Jahre gelang es mir, ihren Sinn zu enträtseln. august hatte "das Weltende erlebt" - vielleicht schon im alter von sechs Jahren, als die Grossmutter starb, am Beginn seiner schizophrenen Psychose. Um dieses apokalyptische Erleben rankte sich nun sein ganzes Forschen und Denken. Er schrieb WELTALL-ENDE und EWIGKEIT-ENDE. Als ich ihn fragte, was mit dem EWIGKEIT-ENDE zu Ende sei, sagte er: "Der Himmel, der liebe Gott ist auch zu Ende, die Erde, die sonne, der Mond und der Sternkomet". Er schrieb: "EWIGKEIT-ENDE-TOD ist grösser wie lieber Gott Sabaoth" und "über Gott Sabaoth ist ALL-ENDE-TOD nur" (Abb. 19).

Später kam Walla auf die Idee, dass es nach dem WELT-ALL-ENDE und EWIGKEIT-ENDE doch wieder eine Welt geben müsse. in dieser neuen Welt herrsche aber nicht mehr der liebe Gott, sondern der Teufelgott SATTTUS. SATTTUS stehe im Kampf mit dem GOTT TOD (Abb. 20).

Walla steht in Beziehung zu Geistern, Gespenstern und dem Tod (Abb. 21, 22).

Er ist von Lemuren umgeben, und anderen schrecklichen Ungeheuern, die ihre Hand nach ihm ausstrecken. Walla glaubte, früher ein Mädchen gewesen zu sein und durch eine "russische Operation" in einen Burschen umgewandelt worden zu sein. Hier sehen Sie seine Zeichnung der "russischen Operation". Der vollständige Vorname von Walla lautet August Alois Georg. auf dem Operationstisch liegt Augustine Aloisia Georgine. Die Frauenbrüste werden ihr abgeschnitten und ein Penis mit Hodensack liegt zur Anbringung bereit (Abb. 23).

Die "russische Operation" ist gelungen. Eine Badehose liegt auf August Wallas Brust (Abb. 24).

1983 mussten wir August Walla gemeinsam mit seiner Mutter in unser Haus der Künstler aufnehmen. Die Mutter war hochgradig vergesslich geworden und konnte den Haushalt nicht mehr führen. Die beiden erhielten ein Zimmer im Haus der Künstler. Während die Mutter strickt oder liest, beginn August die Wände des Zimmers zu bemalen (Abb. 25).

August hat das Wort EWIGKEIT-ENDE-HERRGOTT SATTTUS an die Wand geschrieben (Abb. 26).

Meine kunsttherapeutische Aufgabe konnte im Falle August Wallas nur darin bestehen, seine Bemühungen als eine Autotherapie anzuerkennen, sie nicht zu unterdrükken, sondern womöglich zu fördern, ohne in seine Ideenwelt und in sein Schaffen in irgendeiner Weise einzugreifen.

Im Jahre 1981 wurde in unserem Krankenhaus (es heisst heute Niederösterreichische Landesnervenklinik Klosterneuburg-Gugging) den künstlerish tätigen Patienten ein eigener kleiner Pavillon gewidmet. Da wir in diesem "Haus der Künstler" noch einen Platz frei hatten, wurden

Abb. 1

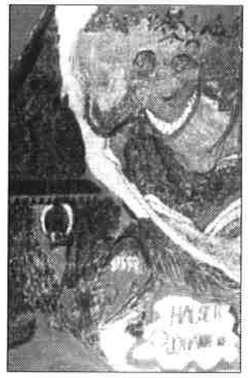


Abb. 2

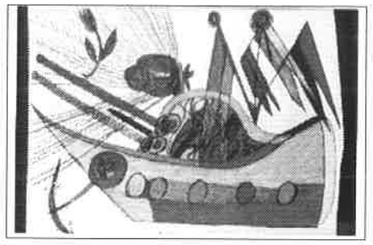


Abb. 3

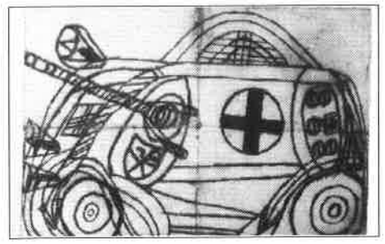


Abb. 4

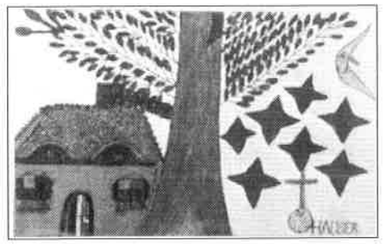


Abb. 5

Abb. 6

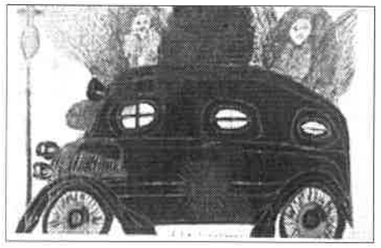


Abb. 7

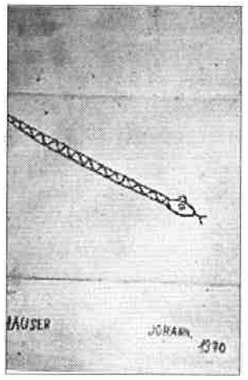


Abb. 8

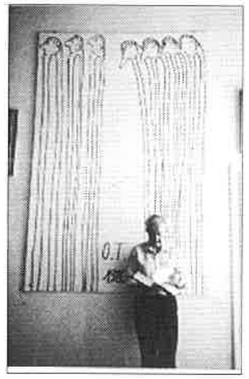


Abb. 9

Abb. 10

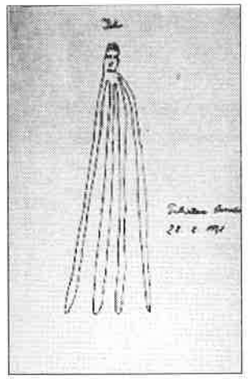


Abb. 11

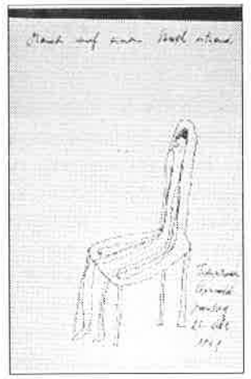


Abb. 12

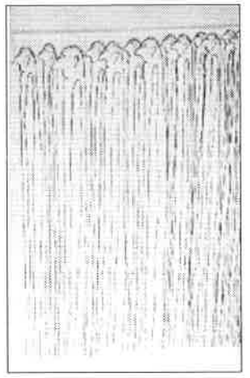


Abb. 13

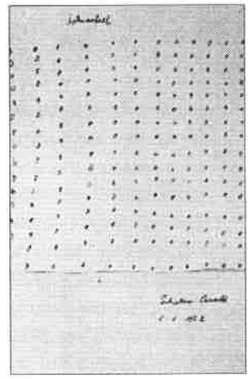


Abb. 14

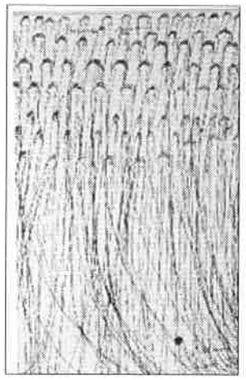


Abb. 15

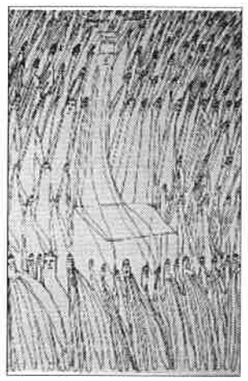


Abb. 16

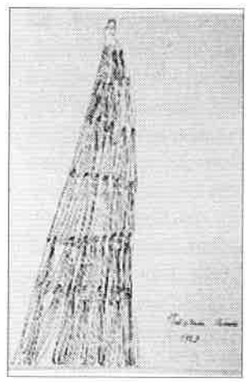


Abb. 17

Abb. 20

Abb. 18

Abb. 19

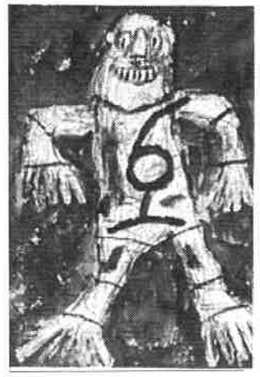


Abb. 21

Abb. 22

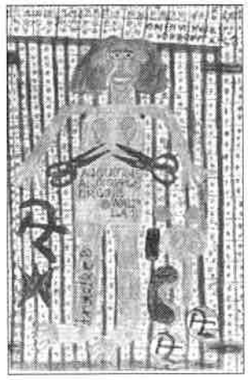


Abb. 23

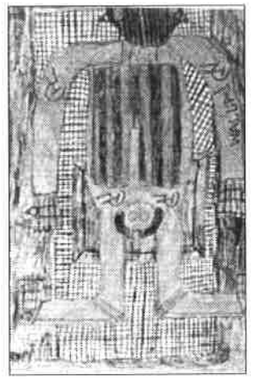


Abb. 24

Abb. 25

Abb. 26

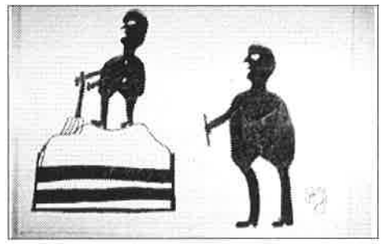


Abb. 27

wir von der Direktion aufgefordert, das Haus voll zu belegen. **Johann Fischer** war schon viele Jahre hospitalisiert. Er lebte in einer Abteilung, die von einem anderen Kollegen geleitet wurde. Er war als ruhiger, freundlicher Patient bekannt, der den Ärzten seine absurden Wahnideen mitteilte, wenn man ihn danach fragte, sonst aber nur durch gewisse Skurrilitäten seines Verhaltens auffällig war. so sah man ihn manchmal auf der Anstaltsstrasse, die den Berg hinaufführt, rückwärts gehen, manchmal legte er sich auch für kurze Zeit der Länge nach flach auf die Strasse. Johann Fischer schien uns für unser Haus geeignet, obwohl er niemals gezeichnet und sich auch sonst in keiner Weise betätigt hatte. Es wurde nicht daran gedacht, dass er auch zeichnen würde, er war bloss ein Lückenbüsser für den noch fehlenden 15. Künstler. Fischer sass unter den anderen Patienten im Tagraum und fügte sich in jeder Beziehung in die wohngemeinschaft gut ein. Eines Tages kam meine Sekretärin auf die Idee, Papier und Bleistift vor Fischer auf den Tisch zu legen und ihn zu fragen, ob er nicht auch etwas zeichnen wolle. Und als Fischer sah, dass die andern Patienten zeichneten, versuchte auch er es und wurde der 15. Künstler.

Heute gehört der 78-jährige Johann Fischer zu den fleissigsten und erfolgreichsten Zeichnern in unserem Haus.Er hatte schon zahlreiche Ausstellungen und wurde auch in die Collection de l'Art brut aufgenommen. Ich wollte mit diesem Beispiel zeigen, dass es oft von Zufällen der äusseren Anregung abhängt, ob ein psychiatrischer Patient ein künstlerisch interessantes Werk schafft und auf diese Weise seine autistische Isolation überwindet und an andere Menschen Anschluss findet.

Als wir einmal zusammenkamen, um im Haus der Künstler Fischers Geburtstag zu feiern, machte er uns darauf aufmerksam, dass nicht er, sondern sein "Vorgänger" Geburtstag habe. Er gab dafür folgende Erklärung: Am 16. Juni 1967 sei sein "Vorgnger" von den Einwohnern des Dorfes, in dem er gelebt hatte, ermordet worden. Am gleichen Tag sei er, Johann Fischer, von "Gottvaters allerhöchster Allmacht" ins zweite Leben "angesagt" worden. Er sei deshalb heute, am 16. Juni 1984, 17 Jahre alt. "Ich in das zweite Leben" sagte er. Er stellte sein zweimaliges Leben in jeweils verschiedener Identität auch in einer Zeichnung dar, seinen "Vorgänger" als Landwirt auf einem Misthaufen stehend, dahinter ihn in seinem jetzigen Leben als Künstler (Abb. 27).

Fischer berichtete auch von einem goldenen Telephonapparat ohne Wählscheibe, den er von seines "Vaters Gottes Allerhöchster Allmacht" erhalten habe. Dadurch gelangte er zu zahlreichen Informationen, die er in Briefen und später auch in den Inschriften auf seinen Zeichnungen mitteilte. Fischer fühlte sich befähigt und auch berufen, der österreichischen Bundesregierung Empfehlungen und Ratschläge zu geben. Er richtete mehrere Briefe an "seine Exzellenz, Herrn Dr. Alois Mock", wofür sich Dr. Mock auch schriftlich bedankte. Österreich, das Land, dem er "in Treue" diente und vor allem Niederösterreich, wo er geboren worden war, nannte er "Freudigösterreich".

Der Aussenstehende kann sich das ausmass der Erfolgserlebnisse, das Johann Fischer seiner künstlerischen Tätigkeit verdankt, und seinen Stolz darauf, schwer vorstellen. Er hat dadurch eine ganz neue Beziehung zu den Mitmenschen und zur Aussenwelt gewonnen.

Während meiner vierzigjährigen Dienstzeit als Anstaltsarzt habe ich versucht, psychisch schwer gestörte hospitalisierte Patienten, Menschen, die für die Welt verloren schienen, zu einer Tätigkeit anzuregen, die ihrer individuellen Persönlichkeit und ihrem Zustand entsprach.

Die künstlerischen Ergebnisse, die daraus hervorgingen, sind viel beachtet worden, haben aber auch das Selbstbewusstsein der Patienten gestärkt, ihnen ein neues Lebensgefühl und manchmal einen neuen Sinn des Lebens gegeben.

• *Zum Schluss will ich von* **Ernst Herbeck** berichten, der im Krankenhaus zum Dichter geworden ist. Gedichte von Ernst Herbeck sind seit 1966 in Büchern und Zeitschriften erschienen. Herbeck ist 1991 gestorben. Ein Jahr darauf konnte ich seine gesammelten Texte 1960-1991 im Residenz Verlag herausgeben. Bei der Vorstellung dieses Buches in der Österreichischen Nationalbibliothek sagte Ernst Jandl, dass der Dichter Ernst Herbeck "Anspruch hat auf seinen eigenen, unbestrittenen Platz in der deutschsprachigen Poesie der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts".

Ernst Herbeck ist 1920 in Stockerau geboren. Er ist im Alter von 20 Jahren an Schizophrenie erkrankt, war 1940 und 1942 an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik und wurde dort mit Insulinschocks und Cardiazolschocks behandelt; 1944 musste er zum deutschen Militär einrücken und wurde erst kurz vor Kriegsende als wehrdienstuntauglich entlassen; 1945 war er noch einmal vorübergehend hospitalisiert; 1946 erfolgte dann die definitive Hospitalisierung. Seine Erkrankung begann damit, dass er glaubte, von einem Mädchen hypnotisiert zu werden; erhörte die Stimme des Mädchens über jede Entfernung hinweg und glaubte, es sei in ihn verliebt; erfühlte sich dauernd von dieser Person beeinflusst; sie erteilte ihm Befehle, die er gegen seinen Willen ausführen musste. Dann traten auch Halluzinationen des Körpergefühls auf, Herbeck spürte bestimmte Personen oder Schlangen in seinem Leib. Er war zeitweise erregt, schlug sich ins Gesicht, schlug mit dem Kopf gegen die Wand; er redete wenig, und seine Sprache war schwer verständlich.

Ich war Arzt im psychiatrischen Krankenhaus in Gugging von 1946 bis 1986. Ich bin also im gleichen Jahr als junger Arzt eingetreten, in dem Herbeck, ein Jahr älter als ich, seit 1946 - mit einer einjährigen Unterbrechung - bis zu seinem Tod hospitalisiert war.

Anfang der sechziger Jahre musste ich einmal wöchentlich auf dem schwer erreichbaren Haschhof Visite machen. Der Haschhof war eine Dependance unserer Anstalt und lag etwa 5 km entfernt auf einem Berg. dort arbeiteten 30 männliche Patienten in der Landwirtschaft. Sie waren in einer alten Jugendstil-Villa untergebracht; unter ihnen Ernst Herbeck. Er war damals schon 20 Jahre krank und seit fünfzehn Jahren in der Anstalt.

An einem sätsommervormittag des Jahres 1960 entstand während meines Besuches auf dem Haschhof Herbecks erstes Gedicht. Ich bat ihn in das Untersuchungszimmer, legte einen weissen Zeichenkarton in der Grösse einer Postkarte vor ihn hin (ich liess auf solche Kartons häufig Patienten zeichnen), reichte Herbeck meinen Kugelschreiber und sagte: "Bitte, Herr Herbeck, schreiben sie ein kurzes Gedicht mit dem Titel 'Der Morgen'". Noch niemals vorher hatte ich einem Patienten den Auftrag gegeben, ein Gedicht zu schreiben. Herbeck besann sich kurz und schrieb:

Der Morgen
Im Herbst da reiht
der Feenwind
da sich im Schnee
die Mähnen treffen.
Amseln pfeifern heer
im Wind und fressen.

Als ich die Zeilen las, erkannte ich die schizophrene Sprachstörung darin, aber gleichzeitig erkannte ich - ihre Poesie.

Ich war so gefesselt, dass ich nun bei jedem meiner Besuche auf dem Haschhof Herbeck auf die gleiche Weise bat, ein kurzes Gedicht zu schreiben. Herbeck muss gespürt haben, wie sehr mich seine worte beeindruckten, denn er weigerte sich niemals, meinem Wunsche nachzukommen, obwohl er manchmal lange sass und zögerte, bevor er schrieb.

Sobald er fertig war, las er mir auf meine Bitte das Gedicht vor. Es wurde nicht weiter darüber gesprochen. Ich bedankte mich, Herbeck überliess mir das Blatt und ging. Und es entstanden Gedichte wie dieses:

Der Traum
Der Traum ist ein Papier
der Traum ist zur Nacht
da kam der Pförtner
der die Tore aufmacht.

der Traum ist klares Licht
der Tod ist die Frau
der Der Tag ist der Traum
und der Baum ist der Traum.

In meinem Buch "Schizophrenie und Sprache", das 1966 erschienen ist, konnte ich bereits 83 kurze Gedichte Ernst Herbecks veröffentlichen. Ich musste die Gedichte unter einem Pseudonym publizieren und nannte den Patienten, der sie geschrieben hatte, "Alexander". In einem Anhang versuchte ich darzulegen, dass schizophrene und poetische Sprachphänomene sehr oft identisch sind.
Ernst Herbeck schrieb hierauf in meiner Gegenwart, von mir angeregt, aber unbeeinflusst, viele Jahre hindurch. Es war eine Art künstliches Gespräch, wobei ich durch die Angabe eines titels die Frage stellte, und er mit dem geschriebenen Text die Antwort formulierte.
Ich enthielt mich jeder Interpretation der von Herbeck verfassten Texte und verlangte auch von ihm keinen Kommentat zu seinem Gedicht.
Herbeck litt an einer angeborenen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (an einer Hasenscharte und einem Wolfsrachen, wie man im Volksmund sagt). Er war dadurch im Sprechen behindert. Seine aussprache war nasal und die Artikulation mangelhaft. Er war als Kleinkind und in jugendlichem Alter mehrmals operiert worden, musste wegen eines solchen Eingriffs die zweite Volksschulklasse wiederholen und hat nach Abschluss der Normalschule nur eine Klasse Handelsschule absolviert. Er war ein guter Schüler. Wegen der mehrfachen Operation und dann wegen des Krieges und seiner psychischen Erkrankung konnte er nach der Schulentlassung nur als Hilfsarbeiter Beschäftigung finden. Die angeborene Fehlbildung und die eingreifenden Operationen waren eine schwere seelische Belastung für ihn. Ein Zusammenhang mit seiner Psychose ist naheliegend; aber auch seine schriftstellerische Begabung hängt möglicherweise damit zusammen.

Als ich ihm einmal die verfängliche Frage stellte, ob er früher mit seinem Leben zufrieden gewesen sei, sagte er: "Herr Navratil, seit meinem achten Lebensjahr habe ich überhaupt nicht mehr den Mut gehabt, mitzukommen, mit der Zeit!" "Ich bin operiert worden." "War das so schlimm für Sie?" "Freilich, in der Schule schon. Die deutsche Sprache hat es mir weggerissen, die Brocken sind andersrum herausgekommen." Von den Schulkindern sei er verspottet und beschimpft worden, weil er "schwerer" gesprochen habe. Und wenn er in den Spiegel blickte, sei er sich hässlich vorgekommen. Später schrieb er: "Nicht jeder Mensch hat einen Mund. Mancher Mund ist disqualifiziert oder operiert. So wie bei mir ..." Und: "Das Gesicht ist der erste Blickfänger des Menschen."
Auf sein Äusseres war Herbeck immer sehr bedacht, auf sorgfältige Kleidung - mit Krawatte; auf der Oberlippe trug er einen Bart, um die Hasenscharte zu verdecken.
Ein anderesmal schrieb er:

Der ovale Spiegel.
Spieglein, Spieglein an der Wand,
wer ist die schönste vom ganzen land.
Im Zimmer war ein spieglein angebracht -
Und im Ofen hat es gekracht,
Aber meine Mutter dachte anders.
wie ich einhergeschritten kam
sprach sie zu mir - "jetzt kann er es."
Und am tische waren Blumen da.
Und ich jubelte "Hurra".
Spieglein, spieglein an der Wand;
ich war der Schönste vom ganzen Land.

Eugen Bleuler sah in der Ambivalenz ein Grundsymptom der Schizophrenie. Nach heutiger Auffassung ist die Ambivalenz ein allgemein menschliches Phänomen, das aber bei den schizophrenen Kranken besonders krasse Formen annehmen kann. Man könnte sogar sagen, Schizophrene sind Menschen, deren Ambivalenz zu gross ist. Ich habe versucht zu zeigen, dass die Lyrik Ernst Herbecks eine einzige grosse Bearbeitung des Ambivalenzkonfliktes ist.
Als Herbeck schon älter war, hielt er sich häufig in der Bastelstube auf. Dort hatte er eines Tages aus einer kleinen Gipsplatte einen dicklichen Vogel herausgearbeitet und rot angemalt. Als ich ihn fragte, welchen Vogel er dargestellt habe, sagte er: "den Pampf"; daraufhin bat ich ihn, über den "Pampf" ein Gedicht zu schreiben; er schrieb:

Der Pampf ist orangerot.
Dies ist, das passet für ihn.
Er lebt in Österreich
und frisst nur Hafer.
Der Pampf ist ein sehr liebes Tier,
er tut niemandem etwas zu leide.
Menschen frisst er mit Vorliebe.
Musik hört er sehr gerne.
Er ist ein Haustier. Er wird
in einem Käfig gehalten.
Er lebt auch in freier Natur.

Meine Damen und Herren, Ernst Herbeck ist es gelungen, seine ausserordentliche Anmutungsbereitschaft direkt in Sprache umzusetzen. Unter seinen Texten finden sich lyrische Gebilde "von einer Schönheit, die in der Literatur ihresgleichen sucht", wie der Literaturwissenschaftler W.G. Sebald sagt. Und ein anderer Literaturwissenschaftler, der Engländer Roger Cardinal, bewundert Herbecks Talent, in ganz wenigen Strichen eine lyrische Stimmung einzugangen:

Die Seerose blüht am See.
Sie ist weiss wie Schnee.
Die Rose ist ein spiel mit dem Wasser.

Oder:

Der Flieder steht im Garten,
so dicht und hoch hinaus.
Die Mutter sieht die Blumen blühn,
und in die Zeit hinein.
da war es aus mit drum und drang.
die Welt sah anders aus.

Am 1. August 1977 fragte ich Ernst Herbeck, was er im Falle einer Entlassung tun würde. Er sagte: "Verstecken". "Wo würden sie sich verstecken?", fragte ich. "Im Keller, dass mich niemand sieht." "Warum soll Sie niemand sehen?" Darauf er: "Das ist ja nur eine Erschwernis, das Sehen. Das Grüssen und das Danken, das mag ich nicht." Am nächsten Tag schrieb Herbeck das folgende Gedicht. Er hatte den Titel selbst gewählt.

Der Abend!
Guten Tag grüsst ein
Herr eine Dame
überm Weg besonders
schön.

Dankend bekam der
Herr die Antwort
Guten Tag sagte sie
in den kühlen Abend
hinein.

Es ist vielleicht der grösste Wunsch der schizophrenen Patienten, ihre Vereinzelung zu überwinden, in der gemeinsamen Welt wieder geborgen, wieder "normal" zu sein. "Die Schizophrenen hegen für die geistige Gesundheit eine Art Leidenschaft", stellte Recamier fest.
Ernst Herbeck ist 1991 im 71. Lebensjahr als ein anerkannter österreichischer Dichter in unserem Krankenhaus gestorben. Als ich ihn einmal fragte, was mit uns nach dem Tod sein werde, sagte er nach langem Nachdenken: "Vielleicht eine Legende".

Die bildgestaltende Entwicklung der Psychotherapie

◆ ◆ ◆ ◆ *GAETANO BENEDETTI & MAURIZIO PECICCIA*

Meine Damen und Herren

Ich bitte Sie um Ihre Nachsicht, wenn ich heute in meinem Vortrag über die bildgestaltende Entwicklung der Psychosentherapie mich auf meine Arbeit beschränken werde, ohne auf die Literatur auf diesem Gebiete und ohne auf die Geschichte solcher Entwicklung einzugehen.
Damit mein kompaktes Referat zu einem umschriebenen Thema nicht etwa auch als ein Ausdruck der Selbstbezogenheit missverstanden wird, möchte ich seinen Hintergrund kurz andeuten:
Erstens ist es mir sehr bewusst, dass meine eigene "Kunsttherapie" nichts anderes ist als die Bereicherung meiner früheren Psychosenbehandlungen durch die Begegnung mit der Forschung erfahrener Kollegen auf dem Gebiet der kunsttherapeutischen Gestaltung - worauf ich in Basel schon vor 20 Jahren durch Gottfried WASER aufmerksam gemacht wurde. Die Redner an diesem Kongress können viel besser als ich das umfassende Thema behandeln.

Zweitens verdanke ich meine jetzigen Erfahrungen zum grössten Teil meiner supervisorischen Tätigkeit, da mir die klinische Arbeit aus Altersgründen nicht mehr möglich ist.
Ich spreche also heute wesentlich von dem, was meine Mitarbeiter leisten.
Und drittens merke ich mehr und mehr, dass es die Patienten selber sind, noch mehr als die von mir supervisionierten Psychotherapeuten, die das Wesentliche auf diesem Gebiete leisten. So fasse ich die Leistung einer ganzen, geographisch uneinheitlichen Arbeitsgemeinschaft zusammen.
Erst darunter kann ich meine Unterschrift setzen und von meiner Arbeit sprechen.

Wie ich in meinem Buch: "Psychotherapie als existentielle Herausforderung" ausgeführt habe, beruht meine Psychotherapie der Psychosen auf vier Pfeilern:

1. Therapeutische Positivierung der psychotischen Symptome, sofern diese eine verzerrte Darstellung der verborgenen authentischen Bedürfnisse und Anliegen der Patienten sind;

2. Progressive Psychopathologie als Wiederholung der Psychosen in Bildern und Symbolen, die einerseits noch psychopathologischen Charakter haben und anderseits in der Entwicklung des Gespräches eine zunehmend kommunikative Dimension entfalten, die die Psychopathologie doch überwindet;

3. Vertiefung von Übertragungs- und Gegenübertragungserlebnissen durch die Entstehung von Übergangssubjekten und Selbst-Objekten, die gegenseitige Identifizierungen von Patient und Therapeut darstellen;

4. Imaginative Aktivität der Therapeuten, die zu ihren Patienten vorwiegend in Bildern sowohl visueller wie auch verbaler Natur sprechen und die die Produktionen der Patienten als kreative Äusserungen ihrer Persönlichkeit und sogar als Kunstwerke erleben.

Im folgenden werde ich dies vier Begriffe nacheinander sowohl als Konzepte definieren wie auch durch klinische Beispiele veranschaulichen, um Ihnen dadurch das Bild einer Arbeitsweise zu vermitteln, die sich bei mir besonders im Laufe der letzten zehn Jahre in der Zusammenarbeit mit einem begabten Psychotherapeuten, Maurizio Peciccia, aus Perugia, Italien, entwickelt hat.

1. Positivierung

Definition:
Sie ist in der Psychosentherapie eine deutende, kommentierende oder auch bildhafte Sprache des Therapeuten, die den psychotischen Patienten mit einem Selbstbild konfrontiert, das im Spiegelbild des Therapeuten durch seine Gegenübertragung entsteht und den entscheidenden Beitrag zur Entwicklung eines neuen, produktiven Selbstsymbols beim Patienten ist.

Die psychotische Psychopathologie wird vom Therapeuten als fehlerhafter, aber beachtenswerter Versuch eines Selbstentwurfes angesehen. Er versucht beständig, die latent noch vorhandene kreative Seite des Patienten trotz der deformierenden psychotischen Prozesse wahrzunehmen und anzusprechen. Korrektive Phantasien, freie Assoziationen und Träume des Therapeuten werden in verbalen oder darstellenden Symbolen der Wandlung angeboten, in denen der Patient die Öffnung seiner ihn beängstigenden und verfolgenden Vorstellungen auf neue überraschende Bedeutungen erlebt, die aus der Dualisierung und Bewältigung der psychotischen Katastrophe hervorgehen.
Die therapeutische Positivierung hat sowohl eine objektiven Charakter, indem sie dem Patienten den Einblick in eigene, unbewusste konstruktive Möglichkeiten erschliesst, wie auch einen kreativen Charakter, indem sie neue Möglichkeiten des Patienten gestaltet, die ihren Grund in der therapeutischen Gegenübertragung haben.

Und nun zu den Beispielen!
Das erste Bild (Abb. 1) einer chronischen schizophrenen Kranken stammt aus dem Erleben einer Psychose vor dem Beginn der Therapie: Es stellt eine verhüllte Frau in schwarzen Kleidern dar. "Das bin ich, der Tod." Die Patientin meinte tatsächlich, tot zu sein.

In der Therapie gab sie folgende Selbstdarstellung ihrer Spaltung: "In der Flasche" - meinte sie - " ist mein Geist eingefangen" (Abb. 2).
Auf den Versuch des Therapeuten, das ganze Gesicht der Patientin auf Pauspapier zu rekonstruieren (Abb. 3), beharrte sie in ihrem Negativismus: "Das bin ich nicht!" (Abb. 4)
Eine neue Darstellung der Spaltung ist sichtbar im folgenden Bild (Abb. 5). Einerseits sehen Sie das Symbol der toten Wüstenrose, mit der sie sich identifizierte; klein, grau, eingeschlossen; anderseits die bunte weite Welt, von der sie durch einen Drahtzaun getrennt ist.
Der therapeutische Einfall bestand darin, Verschränkungen zwischen den beiden Bildhälften herzustellen; im therapeutischen Bild (Abb. 6) hatten die Sonnenkreise die Zacken des Drahtzaunes in sich aufgenommen.
Aber auch auf diesen Versuch reagierte die Kranke ablehnend; sie kehrte die positivierende Bewegung um, indem ihre tote Welt nun die ganze Bildfläche erfasste. Die Sonne wurde durch eine negative Sonne ersetzt, und Todesvögel erfüllten den Raum (Abb. 7).
Auf diese Situation reagierte der Therapeut, zunächst für sich allein, mit einem eigenen Traum. Über eine steile Treppe gelangte er in eine "Todeskammer", einen engen Raum, der durch Drahtzäune, Käfige voller Würmer und Folterinstrumente abgegrenzt war. Eine in schwarze Kleider gehüllte Frau, die offensichtlich der

früheren Zeichnung durch die Patientin entsprach, erklärte ihm, er sei tot.
Der Therapeut wurde also durch sein Unbewusstes in die Rolle seiner Patientin versetzt.
Er versuchte im Traum auszubrechen, eine telefonische Verbindung mit der Aussenwelt herzustellen.
Die schwarze Frau sagte ihm, es gäbe keine.
Der Therapeut konnte aber endlich eine solche finden, als er erwiderte, draussen würden zwei Menschen auf ihn warten. In seinen Assoziationen während der Supervision bei mir meinte unser Therapeut, dass diese zwei Menschen die Patientin selber und der Supervisor, also ich, sein könnten.
Die grafische Darstellung dieses Traumes durch den Therapeuten (Abb. 8) beeindruckte die Kranke. Sie kommentierte: "Dies ist nicht ein Traum, dies ist Wirklichkeit." Sie war nun fähig, etwas Positives darzustellen: Farbe kam in ihr Bild hinein (Abb. 9).
Der Therapeut kopierte ihre Zeichnung, indem er sie aber weiter positivierte: Die Würmer wurden auf dem Pauspapier zu "energetischen Wellen" (Abb. 10).
Die Patientin erinnerte sich dann an Halluzinationen, unter denen sie schon mit sieben Jahren im Hauskeller gelitten haben soll (Abb. 11).
Als sie dann, im Vollzug dieser Wiedererinnerung, Todesimpulse gegen die eigenen Familienangehörigen verspürte, verwandelten sich die Wahnverfolger in grosse innere Ängste. Sie zeichnete Särge ihrer Familienangehörigen, die sie getötet hatte, die im Keller ihrer Kindheit lagen; ihre Schuld war so gross, dass der Boden entzwei brach und höllisches Feuer aufstieg (Abb. 12).
In diesem Zusammenhang erfolgte eine erneute psychotische Krise. Dieser begegnete aber der Therapeut mit einer Spiegel-Zeichnung, wo er mit seinen Beinen den Abgrund überbrückte und in das Feuer ihrer Schuld stieg (Abb. 13).*

Sie sehen, das alles verstehe ich als therapeutische Positivierung.
Diese Positivierung wird von der Patientin nicht nur als eine Überwindung ihrer "negativen Existenz" (Abb. 14), sondern auch als eine vorübergehende Dualisierung derselben erlebt *(Abb. 15)*.
Die negative Existenz war hier eine "Selbstabwesenheit", z.T. als Abwehr gegen eine bedrohlich erlebte Sexualität.
Als die einst tote Frau lebendig wurde, flüchtete sie sich (Abb. 16) vor einem Riesenphallus, der sie von hinten angriff. Verschiedene Symbole der Abwehr, wie eine Schere, eine eigene magersüchtige Seite, die Entstaltung einer sich in einen Fisch verwandelnden weiblichen Figur zeigen die dreifache Selbst-Aufspaltung.
Die therapeutische Positivierung war hier anderer Art als früher, sie wirkte wie eine positive Herausforderung des Verdrängten: Der Therapeut wagte in seinem Gegenbild, das diesmal vom Bild der Patientin entschieden abwich (keine Pauspapier-Kopie!) ein Paar darzustellen, eine Frau und einen Mann, die verbunden sind durch eine riesige Schlange (hier Symbol der Sexualität), welche sie in den Händen halten (Abb. 17). Eine solche Darstellung wäre am Anfang der Therapie schockierend gewesen; sie hätte eine heftige Abwehr, eine negative Übertragung provoziert. Aber hier wagte der Therapeut ein Symbol zu schaffen, durch das er metaphorisch "in den Rachen des Drachens" herabstieg, um ihn zu bewältigen. Er spürte richtig, dass sein Kontakt mit dem Unbewussten der Patientin stark genug war, um im Bild die sexuelle Spannung gleichzeitig aufzunehmen und zu sublimieren. Das Sinn-Bild, wo Gelassenheit anstelle der Spannung und der Gefahr spürbar war, konnte tatsächlich das erreichen, was keine verbale Deutung erreicht hätte (Abb. 18): in ihrer bildhaften Antwort identifizierte sich die Patientin angstfrei mit der Schlange; sie erschien mit ihr im Tanz fusioniert, als hätte sie, mindestens vorübergehend, den Trieb integriert.
Im Spiegel der Positivierung wird die düstere Welt des Patienten lichtvoller, die destruktiven Aspekte treten zurück, und etwas ganz Neues, das aus der therapeutischen Hoffnung stammt, beleuchtet die Ruinen der geisteskranken Welt.

** Fussnote*
Ganz kurz möchte ich unsere Methode des therapeutischen Spiegelbildes erläutern.
Patient und Therapeut zeichnen und malen gleichzeitig, aber nicht am selben Bild, sondern ein jeder am Spiegelbild des anderen. Diese Arbeit versteht sich als "Spiegelbild", weil sie grundsätzlich aus der Paus-Papier-Kopie des Patientenbildes ausgeht und dem Patienten auf diese Weise mitteilt, dass der Therapeut von seinem Erleben ausgeht und also zutiefst bei ihm und mit ihm ist.
Das Spiegelbild versucht, das Patientenbild zu "positivieren".
Die therapeutische Positivierung erfolgt auf verschiedenen Wegen: z.B. dadurch, dass voneinander abgespaltene Darstellungen und Vorstellungen des Patienten integriert werden, um so Gegensätze auszugleichen und eine grössere Ichkohärenz zu erreichen; oder es werden gewisse kleine Einzelheiten des Patientenbildes, die auf unbewusste Vorgänge hinweisen, in den Mittelpunkt des Bewusstseins versetzt; auch kann der Therapeut in der Zeichnung sich selber schöpferisch fortbewegen und so in die Welt seines Patienten eintreten.
Die Positivierung entwickelt sich zuerst auf der grafischen Ebene, kann aber dann verbal verstärkt werden.

2. Progressive Psychopathologie ▸

Definition:
Sie erscheint in der Psychosentherapie als eine regressive Wiederholung der psychotischen Psychopathologie mit einer neuen, unbewussten progressiven Intention, weil die Symptome (Wahnideen, Halluzinationen in verbaler oder bildhafter Darstellung) abgewandelt sind in Richtung auf positive Phänomene wie ein differenzierteres Selbstsymbol, eine beginnende therapeutische Kommunikation.

Der Begriff der progressiven Psychopathologie ist zum Teil eine Erweiterung des Begriffes der neurotischen Übertragung in der Psychoanalyse auf das Gebiet der Psychosentherapie und meint eine Entwicklung der Psychopathologie im kommunikativen Medium der Symptome. So können Wahnideen, Halluzinationen und psychotische Redeweisen, die früher den Kranken abkapselten und seine autistische Welt erzeugten, nun zu Symbolen sowohl der sich wandelnden Beziehung, wie auch eines phantasmatisch-produktiven Selbstentwurfes werden. Die Erkenntnis der PP seitens des Therapeuten bedeutet, dass dieser lernt, eine mit dem Kranken gemeinsame Sprache zu entwikkeln, die oft das einzige Medium ist, in dem sich seine Tiefenperson nach vorne bewegen kann - anstatt dass man ihn allzu früh mit einer sozialen oder logischen Realität konfrontiert, die evtl. zu einer neuen Verdrängung oder Abspaltung seiner Bedürfnisse führt. Aber auch das Verständnis der PP durch den Patienten ist wichtig, weil dieser so beginnt, Symbole zu haben und zu deuten.

Betrachten wir diesmal die Zeichnung einer anderen Patientin, die an einer chronischen Schizophrenie litt (Abb. 19): Wir sehen auf der einen Seite des Bildes ein Kind im Kinderwagen, auf der anderen Seite ein Liebespaar. In der Mitte des Bildes erscheint eine seltsame menschenähnliche Gestalt, deren Gesicht mich an ein früh vergreistes Kind erinnert, und deren untere Körperpartien (Bauch und Oberschenkel) mich an jene vorgeschichtlichen Idole denken lassen, die in der neolithischen Kultur als Symbole der weiblichen Fruchtbarkeit galten.
Kurz möchte ich hier an Hand dieses Bildes die Anamnese der Patientin erwähnen. Zum Kinderwagen assoziere ich, dass die kultivierte, zeitweise als Schriftstellerin tätige Patientin einmal in einer ergreifenden, autobiographischen Erzählung ihre einstige Verlorenheit darstellte, als sie in ihrer Phantasie in einem Kinderwagen starb. - Zum Liebespaar assoziere ich die grosse Angst der Patientin vor der Sexualität nach ihrer Pubertät. Einmal brach die junge Frau eine beginnende Beziehung zu einem Studenten ab, als dieser begann, sich wirklich für sie zu interessieren. Ihre Psychose fing später mit akustischen Halluzinationen an, in denen Männer ihr anzügliche Bemerkungen machten. Schliesslich entwickelte das scheue zurückgezogene Mädchen den Wunsch, durch die intime Beziehung zu einem ihr unbekannten Partner Liebe und Kinder zu bekommen.

Kommen wir nun zum Bild zurück! Die zwei gegensätzlichen Pole ihres Erlebens - das hilflose Kind auf der einen, das Liebespaar auf der anderen Seite, verschmelzen sozusagen in der mittleren Frauengestalt, welche kindliches Gesicht und weiblichen Körper zusammenfasst - allerdings im Zeichen einer ***Spaltung**: die Gestalt ist wie durch einen Schwertstrich entzweigeschnitten! Kindliche Kreatürlichkeit und weibliche Sexualität sind nicht integriert - das war meine Assoziation bei der Betrachtung des Bildes.*
Nebenbei möchte ich bemerken, dass uneinsichtige Schizophrene, die ihr Krankheitsbewusstsein verdrängen, nicht selten durch eine Zeichnung oder durch einen Traum zeigen, dass sie in der Tiefe wissen, dass sie krank sind.

Diese Patientin wird mit der Methode des therapeutischen progressiven Spiegelbildes behandelt. Das therapeutische Spiegelbild wiederholt das Patientenbild, öffnet es aber auch auf eine Neuentwicklung, eine **positive Progression** (Abb. 20). Kind und Kinderwagen erscheinen im therapeutischen Gegenbild unverändert. die mittlere Frauengestalt ist aber nicht mehr gespalten, weil ein Arm an der Stelle des Schwertstriches erscheint. Sie ist in der Hand des Therapeuten zu einer Ganzheit geworden. Aber diese symbolische positive Progression darf nicht nur ein Wunschtraum des Therapeuten sein. Dieser ist auch dazu verpflichtet, dem Erleben des Patienten Rechnung zu tragen, die Situation des Leidens nicht zu beschönigen und so zu verfälschen, die Situation der Gefahr in der Welt des Patienten nicht zu übersehen. Wir haben hier ein Kind, das nicht nur unter der Spaltung leidet, sondern die Spaltung auch braucht: als Schutz vor einer Welt der sexuellen Phantasien, die gleichzeitig faszinieren und gefährden. Der Therapeut trägt diesem Kind und seinem Schutzbedürfnis Rechnung, indem er es von der sexuellen Szene "positiv spaltet", d.h. am Kopfende hinter dem Kinderwagen eine trennende Gestalt skizzenhaft andeutet, welche wie ein Muttersymbol das Kind überwacht und die psychopathologische Spaltung ersetzt, welche den Körper der mittleren Frau entzweischneidet. Die Spaltung wird sozusagen beibehalten, aber sie ist verschoben, sie schützt das Kind ohne die Frau zu verletzen. So kann sich auf der anderen Seite des Bildes das Paradies der Liebenden weiter entfalten: im Bild des Therapeuten wird der Unterschied zwischen Mann und Frau deutlicher, eine weibliche Brust wird angedeutet.

Was kann aber dieser duale Wunschtraum gegen das Gewicht der Krankheit erreichen? Zunächst einmal: eine **positive Übertragung** - welche ja das Geheimnis jeder Progression ist. Entwickelt sich beim Patienten eine positive Übertragung, dann kann seine positive Antwort auf das therapeutische Bild dessen weitere Progression bedeuten; es ist dann, als ob sich in einer traumhaften intermediären Zone zwischen Patient und Therapeut, die gleichzeitig ein Übergang ist zwischen Regression und Progression, zwischen Psychopathologie und Gesundung, eine symbolische Realität entwickeln würde, die selber eine Teilerfüllung ist, die teilweise standhält gegen die negativen Emotionen der Psychose, in welcher aggressive Regungen ausgehalten und libidinöse Regungen sublimiert werden.
Eine solche positive Übertragung und **Bild-Progression** zeigt sich bei unserer Patientin darin, dass die eine Mutterfunktion ausübende, vom Therapeuten hinter dem Kinderwagen gesetzte Barriere überflüssig wird, vom Patientenbild verschwindet, (Abb. 21) währenddem das Paradies der Liebenden auf der anderen Seite des Bildes zu einer auch frontalen Begegnung wird. Die mittlere Frauengestalt scheint die schützende therapeutische Wand in sich absorbiert und in ihr üppiges weibliches Haar verwandelt zu haben. Das bedroht das Kind nicht, es ruht nun unter einer sanften Decke, währenddem ein Rad des Kinderwagens Speichen bekommt - es wird rollen!

Ein weiteres Beispiel:
Es ist diesmal von einer chronischen schizophrenen Patientin die Rede, Maria Rosa, die jahrelang autistisch und oft mutistisch eingekapselt lebte, und deren stereotype Haupttätigkeit darin bestand, ihre Augen mit schwarzer Farbe zu bestreichen. Monatelang bestand die therapeutische Antwort nur darin, diese Stereotypien aufs Papier zu bringen. Erst allmählich zeigte sich, dass die Augen in dieser, einer genitalen Traumatisierung folgenden Psychose, die weiblichen Genitalien meinten.
In der Reihenfolge der Zeichnungen, die schliesslich zwischen Patientin und Therapeut, meinem Mitarbeiter Maurizio PECICCIA, ausgetauscht wurden, sah der Therapeut vor allem zwei Dinge: sexualisierte Blumen, die mit ihren Kelchen und runden Formen an die Vagina erinnerten, und die Ruine eines Hauses, die auf das Fehlen eines seelischen Behälters, eines Selbstsymbols und einer prägenitalen Geborgenheit hinwies (Abb. 22). Im Gespräch mit der Patientin kam nichts davon zur Sprache. Der Therapeut versuchte aber, sowohl die sexualisierten Formen der Blumen weiter zu entwickeln, wie auch das Haus weiterzuformen (Abb. 23). Die Kranke übernahm diese Bilder; ihr Unbewusstes schien empfänglich für die Botschaft des zeichnenden Therapeuten, dessen Sonnenstrahlen das Haus nicht nur beschienen, sondern auch durch das Dach in den Innenraum drangen und diesen erhellten (Abb. 24) - denn sie wiederholte in ihrer Zeichnung das Motiv (Abb. 25). Der Therapeut setzte es weiter fort mit einer wichtigen Ergänzung: Auf dem Dach des Hauses erschien nun ein Nest, wo Vögel sich paaren, Eier legen und so neues Leben erzeugen (Abb. 26). Maria Rosa nahm unbewusst diese Thematik wahr, ohne davon zu "wissen" und ohne Widerstände zu entwickeln. Sie malte ein menschliches Paar und daneben eine Hütte, deren Dachbalken einem riesigen Phallus gleicht (Abb. 27). Natürlich wurde dies nie gedeutet, aber der Therapeut verwandelte das Paar in ein Elternpaar mit einem Kind in der Wiege (Abb. 28). Das Kleinkind war im symbolischen Denken des Therapeuten das neue, keimende Selbst, das sich entwickelte in einer psychischen Wiege, an welcher der Vater (Therapeut) und die Mutter (Patientin) arbeiteten.
In der Psychose sind sexuelle Phantasien gleichzeitig symbiotische Wünsche, die also nicht nur vom Überich verboten sind, sondern das Ich fragmentieren und deshalb natürlich auch in der Übertragung abgelehnt werden. Hier zeigt sich die Überlegenheit des Bildes dem Wort gegenüber: Durch das Bild wird etwas mitgeteilt und gleichzeitig verschwiegen. Die Bilderfolge ist eine Erzählung, die den Patienten meint, ohne ihn beim Namen zu nennen; er offenbart sich im Sich-Verbergen in einer Fabel, in der sich aber symbolisch eine progressive Entwicklung abzeichnet.

3. Übergangssubjekt ▸

Definition:
In der individuellen Psychosentherapie ein phantasmatisches "Drittes Subjekt", das von den gegenseitigen Projektionen und Introjektionen des Patienten und des Therapeuten stammt, dann aber dem Patienten in abgespaltener Form als autonome Instanz (halluzinatorisch, traumhaft oder in bildlicher Darstellung) erscheint und durch positivierende Wirkung zu einem Verbündeten der Therapie wird.
Der Begriff lehnt sich sprachlich an das "Übergangsobjekt" von Winnicott (1953) an. Es unterscheidet sich von ihm grundsätzlich: das Übergangsobjekt von W. entsteht in der normalen Entwicklung des Kindes, das Übergangssubjekt hat eine spezifische psychotische Entstehung und eine therapeutische Funktion; ersteres ist ein "Objekt", d.h. es setzt das gesunde kindliche Ich voraus, das zweite stellt eine erste Ichstufe bei Patienten dar, die an einer Ichvollzugsstörung leiden; ersteres entsteht in der Beziehung zur Objektwelt, das zweite nur in der menschlichen Relation; ersteres dient der Auflösung einer Symbiose, nämlich zwischen Mutter und Kind, das zweite wird aber im Vollzug einer vorübergehenden Symbiose zwischen Patienten und Therapeuten gestaltet. Es besteht aus Teilen des Patienten und aus Teilen des Therapeuten (etwa als eine halluzinierte Stimme, die doch therapeutische Deutungen gibt). Es hat eine wesentliche unbewusste Dimension, in dem es nicht selten therapeutische Einsichten ausdrückt, die dem Therapeuten noch nicht bewusst sind. Da das Übergangssubjekt sowohl eine erste Stufe zur Differenzierung des psychotischen Ichs, wie auch ein psychopathologischer Ausdruck der Fusion ist, gehört es zu den Phänomenen der progressiven Psychopathologie.

Und nun die Beispiele!
Es geht zunächst um eine Patientin, deren Psychose mit einer Halluzination des Todes begonnen hatte. Der Tod als Skelett war ihr im Treppenhaus erschienen. Damals konnte sie nicht verstehen, dass dieser "Aussenwelttod" die Projizierung des "Innenwelttodes", also der Psychose selber war.
Diese Patientin lernte im Laufe einer langen Psychotherapie den inneren Tod durch eine geduldige Analyse aller todbringenden Zusammenhänge ihres Daseins zu bewältigen. In der Wanderung durch ihre psychotische Hölle hatte sie, wie Dante, einen Vergil: den auslegenden und ermutigenden Therapeuten. Gegen Ende ihrer Höllenfahrt malte sie ein Bild von ihm (Abb. 29). Sie malte ihn nicht etwa als einen Bezwinger des Todes, sondern merkwürdigerweise als den Tod selber; als denselben Tod, der ihr einst, vor fünf Jahren, im Treppenhaus erschienen war. Mit einem wesentlichen Unterschied: er bedrohte sie nicht mehr, er trug sie vielmehr in den Armen, von der Hölle zum Paradies.
Der Tod im Bild der Patientin war also gleichzeitig der tragende Therapeut und das einstige Selbstbild der Patientin; ein Übergangssubjekt, halb sie, halb Therapeut.

Abb. 1

Abb. 2

Abb. 3

Abb. 4

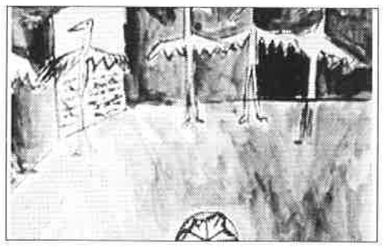


Abb. 8

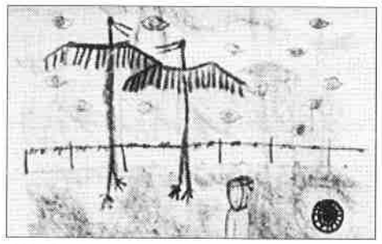


Abb. 9

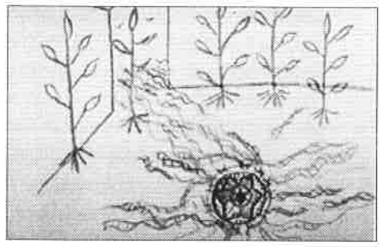


Abb. 10

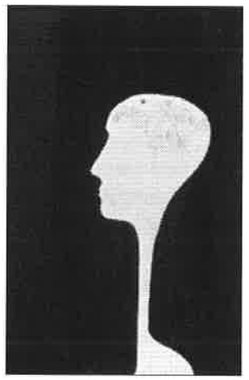


Abb. 14

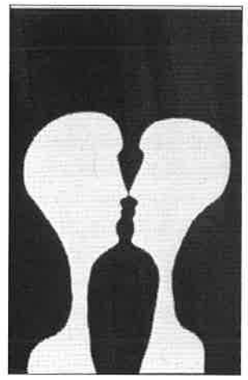


Abb. 15

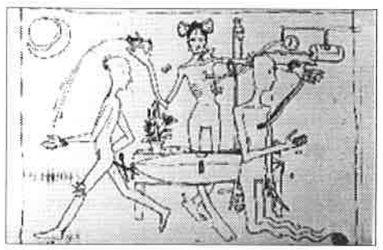


Abb. 16

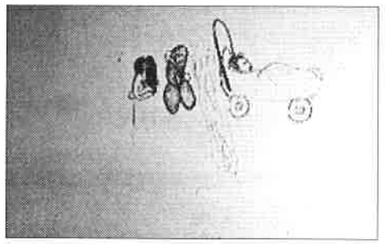


Abb. 19

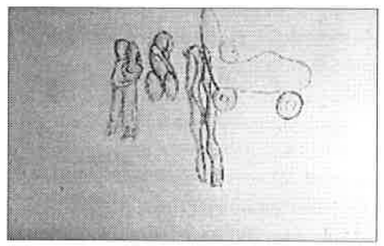


Abb. 20

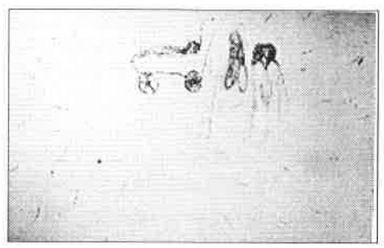


Abb. 21

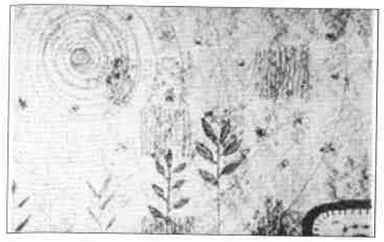


Abb. 5

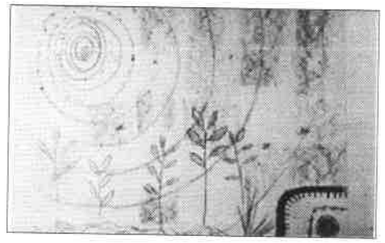


Abb. 6

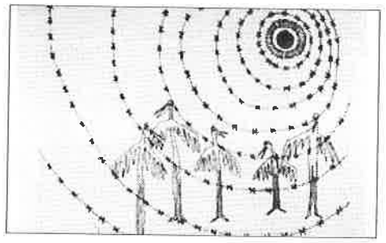


Abb. 7

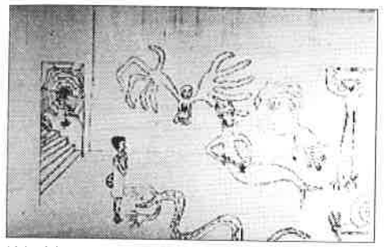


Abb. 11

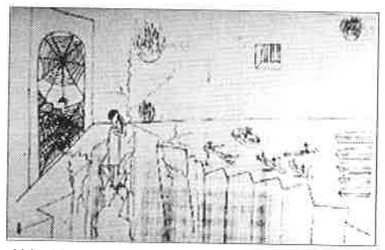


Abb. 12

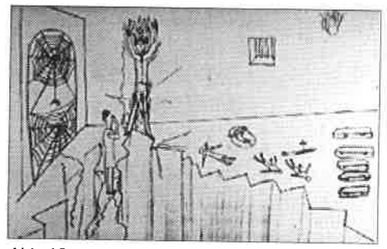


Abb. 13

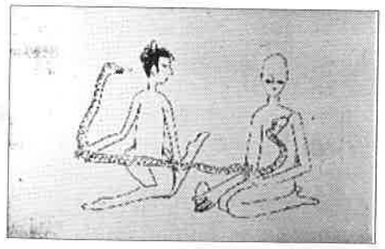


Abb. 17

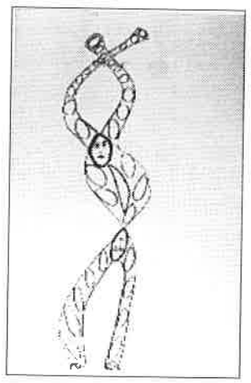


Abb. 18

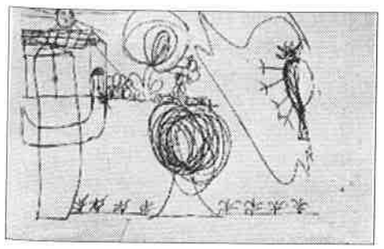


Abb. 22

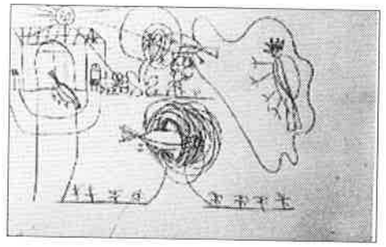


Abb. 23

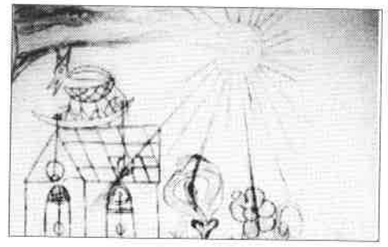


Abb. 24

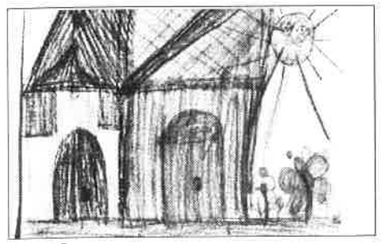


Abb. 25

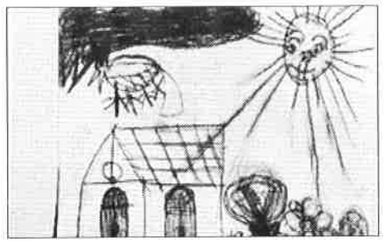


Abb. 26

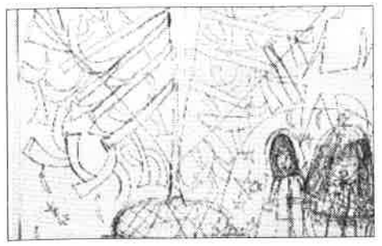


Abb. 27

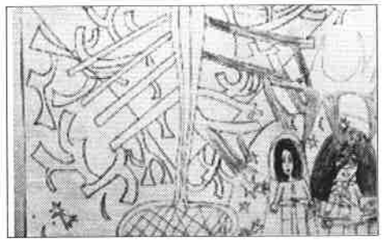


Abb. 28

Abb. 29

Abb. 30

Abb. 31

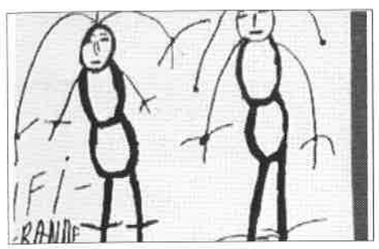


Abb. 32

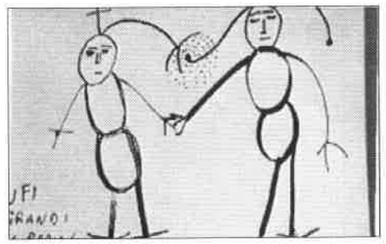


Abb. 33

Abb. 34

Das war das Bild einer Patientin. Genau dasselbe kann auf der Seite des Therapeuten geschehen. Auch er, nicht weniger als sein Patient in der Psychotherapie, kann z.B. mit dem Bild des Todes konfrontiert werden. Wenn er dann das Todesbild verwandelt, muss er zuerst in dieses hinabsteigen, sonst hätte er es zu wenig erfahren, um darüber hinauszugehen. Das therapeutische Symbol muss die Erfahrung des Patienten in sich einschliessen, um diese positiv zu erschliessen; sie muss von dort ausgehen, wo der Patient steht, um den Patienten zum Mitgehen anzuregen.
Wir sehen hier das Bild einer schizophrenen Patientin, (Abb. 30) die sich als toter Fötus in der Gebärmutter darstellt. Sie ist nur noch Kopf und Extremitäten. Hals und Brust sind auf ein dünnes Rohr beschränkt, das die Teile verbindet. Der Uterus, der umfassen sollte, ist nur noch eine Hülle, links ganz entgrenzt, rechts sich im Dunkel verlierend, wo unheimliche Augen sich öffnen, wo Insekten und verschlingende Gewächse hervorkriechen. Schauen wir uns nun die Antwort des Therapeuten an (Abb. 31):
Zwar hat er die Selbstdarstellung der Patientin in ihren Hauptzügen stehen lassen, um ihr so zu zeigen, dass er von ihrer Erlebenswelt ausgeht und dieser nicht seine eigene, ihr fremde Welt entgegenstellt. Aber der Therapeut hat ihre Welt mit seiner Liebe weitergestaltet: ihre verschlingenden Gewächse sind in seiner Sicht zu Blumen geworden, die man in der Hand halten kann; das Dunkel hat sich aufgelöst; schliesslich hat sich der Therapeut selber innerhalb jener leeren Fläche dargestellt, um ihr aussichtsloses Suchen nach Geborgenheit in einer fragwürdigen pränatalen Existenz mit der gegenwärtigen Dualität zu beantworten.
Die Reaktion der Patientin auf diese therapeutische Zeichnung war eindrucksvoll: das psychotische "Doppel", mit dem sie sprach, trat zurück. An Stelle des psychotischen Selbst-Objektes war das therapeutische Übergangssubjekt entstanden.
Das Übergangssubjekt beginnt häufig durch die therapeutische Dualisierung. Bei einer chronischen schizophrenen Patientin, die ihre abgespaltenen Selbstteile als ausserirdische Wesen, als "Ufos" erlebte und zeichnete (Abb. 32), versuchte der Therapeut in seiner Antwort, die zwei vereinsamten Ufos zueinander in eine Beziehung zu bringen (Abb. 33). Das wirkte. Im Spiegel des therapeutischen Bildes begann die Kranke (wie die spätere Krankengeschichte zeigte) die Einheit ihrer fragmentierten Person wahrzunehmen. Die Dualisierung wirkte sich nicht nur so aus, dass die innerpsychische Kohärenz stimuliert wurde, sondern auch so, dass die Kranke eine beginnende therapeutische Dualität wahrnahm. Die beiden Ufos, welche sich die Hand gaben, waren nicht nur Symbole ihrer Selbstteile, sie waren auch sie und ihr Therapeut (Ein Bild drückt häufig in dieser Therapie eine Integration sowohl auf der Subjektebene wie auf der Objektebene aus; der Therapeut ist gleichzeitig Teil des Patienten und Partner des Patienten, er ist also ein "Übergangssubjekt"). Dieses wurde später als eine phantasmatische Gestalt dargestellt, namens "Pollino", ein geheimnisvoller Partner, der Züge der Patientin und Züge des Therapeuten trug und ihr, die in der Abwesenheit des Therapeuten häufig glaubte, sich in nichts aufzulösen, stets an der Seite stand.

4. Die kreative therapeutische Imagination ▸

besteht im wesentlichen darin, dass der Therapeut nicht nur von aussen reflektierend deutet, sondern durch imaginierte Handlungen, deren Bilder ihm beim Anhören des Patienten einfallen, in dessen Welt eintritt und diese also phantasmatisch mitgestaltet.

Ich zitiere aus einem Bericht meines Mitarbeiters Dr. ZINDEL:

"Unsere Patientin erlebte in der Regression ein Bild, das halb Altersregression, halb symbolhafter Entwurf war, wie sie als kleines Kind in einen Besenschrank eingesperrt war, aussen alles schwarz und bedrohlich, innen hell, aber nicht weniger erschreckend wegen der Besen und Schürzen, die neben ihr hingen und die Präsenz der verhassten Mutter fortsetzten.
Therapeut: "Wo bin ich in Ihrem Bild?" worauf sie mir antwortete, sie habe mich gänzlich aus dem Bild ausgeschlossen. So insistierte ich: "Sie hören aber meine Stimme, also bin ich irgendwie bei Ihnen. Wo bin ich?" Darauf war ihre Antwort: "Sie sind die Rückwand des Besenschrankes. Ich spüre sie zehn Zentimenter hinter mir." Der Therapeut erlebte sich selber als flach, starr, zur Inaktivität gezwungen, aber immerhin Rückendeckung spendend. "Ich fühlte mich als Besenschrankrückwand, über eine lange Strecke Hilfe genug und schwieg."
Er fragte dann: "Was empfindet die Wand angesichts Ihrer Angst?" Die Patientin antwortete: "Die Wand bleibt da und zieht sich nicht zurück." Unter dem Schutz der Besenschrankwand konnte die Patientin mit der Zeit den Mut aufbringen, den Schrank zu verlassen und sich in die Welt hinauszuwagen.

Kunsttherapie, aktive Imagination, progressives Spiegelbild (PECICCIA), Gestaltungs-therapie (WASER), Dualisierung und Positivierung (BENEDETTI) scheinen mir trotz ihrer Unterschiede Variationen eines Grundverfahrens zu sein, dessen Wesen vielleicht durch den Satz erfasst werden kann, dass man im Gespräch mit dem Patienten die begriffliche Analyse des Unbewussten durch die Evozierung der bildhaften Sprache des Unbewussten und seiner Fortentwicklungsmöglichkeiten ersetzt.
All diesen Fällen gemeinsam ist der imaginative Charakter der Handlung, sie sind Beispiele einer therapeutischen Grundrichtung, welche einerseits psychoanalytisch-dynamisch denkt, sich aber anderseits von der psychoanalytisch-rationalen Therapie durch einen sparsamen Gebrauch oder sogar den Verzicht auf Deutungen und durch einen unmittelbaren Umgang mit dem Unbewussten beim Auftauchen von Imagines, Bildern und Symbolen unterscheidet.
Ob solche Bilder, solche Imagines grafischer, verbaler oder intrapsychisch-visueller Natur sind, mag von Bedeutung sein im Hinblick auf die Standardisierung der jeweiligen Technik. Der Unterschied scheint mir aber nicht grundsätzlich, wie auch der Umstand zeigt, dass es nicht an Methoden fehlt, wo eine Phantasie des Patienten zuerst verbal und dann auch zeichnerisch mitgeteilt wird.
Hier stellt sich die grundsätzliche Frage: warum und wie sind diese Therapien wirksam?
Meine Antwort lautet: durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren, die ich im Rahmen einer dreifachen Hypothese im einzelnen so erfasse:

1. Die projektive Verarbeitung
eigener Konflikte im zeichnerischen oder phantasmatischen Bild ersetzt die psychopathologische Projektion. Alle erwähnten imaginativen Therapien sind "projektive" Vorgänge: Ob der Patient seinen Zornanfall oder sein Einsamkeitsgefühl aufs Papier bringt, ob er sich im Spiegel eines von ihm intrapsychisch-visuell entworfenen Bildes, oder in einer geschnitzten Figur sieht: überall entwirft sich der Patient auf die Welt hin, er wird nicht durch die eigenen Probleme und deren Mitteilung auf sich selber zurückgeworfen.
Das projektive Verfahren hat bei schweren Patienten gewisse Vorteile. Schwere psychische Kranke besitzen nicht oder nur zum Teil die Fähigkeit, Stellung zu nehmen zu ihrem "objektiven Selbst" (STERN). Dieses kranke "objektive Selbst" ist ihnen unerträglich; die Auseinandersetzung mit ihm macht sie unruhig, weckt Angst und Widerstand. Statt dessen neigen diese Patienten zu psychopathologischen Projektionen, wo sie dann die Welt verkennen. Obschon die wahnhaften Projektionen die Psychopathologie aggravieren, sind sie doch im Moment entlastend, sodass die Patienten die stärksten Widerstände gerade gegen die Menschen entwickeln, die ihnen ihre Projektionen wegnehmen wollen.
Die projektiven Verfahren nehmen nun den psychopathologischen Projektionen den Wind aus den Segeln. Die imaginativen therapeutischen Projektionen sind nicht mehr verfälschende Projektionen auf die Welt, sondern Projektionen auf eine intermediäre Welt, die sich zwischen Patient und Therapeut entwickelt. Da gibt es erschütternde Bilder, die den Therapeuten erreichen, die für ihn "stimmig" sind und den Kranken nicht isolieren, wie das sonst die psychopathologischen Projektionen tun. Ferner kann der Patient durch seine Projektionen von den malignen inneren Objekten, die ihn belasten, Distanz gewinnen; das Ungeheuer ist dann nicht drinnen, unfassbar, von der eigenen Identität nicht trennbar, sondern draussen im Bilde lokalisiert und abgegrenzt. Und hat das Bild nicht viel mehr als der Gedanke eine Affinität zum Symbol? Wir alle haben in Bildern zu denken begonnen, und die ersten Bilder waren uns Weltsymbole. In den Bildern lernt der Patient sich verstehen, ohne sich analytisch zu zerlegen; er erlebt die wohltuende Regression, die dann zur Progression befähigt.

2. Die therapeutische Rezeption.
Durch die Anwesenheit, die Nähe, die relative Ungefährlichkeit des mitgestaltenden, miterlebenden, positiv kommentierenden Therapeuten entstehen "Übergangssubjekte" im therapeutischen Raum, die im Bilde personifiziert werden und leidende Selbstteile des Patienten mit entwickelnden Aspekten des Therapeuten verbinden. In diesem Zusammenhang der **therapeutischen Rezeption** meine ich, dass erst diese die Bildnerei der psychotischen Patienten zur "Art brut", wie sich Dubuffet ausdrückt, werden lässt.
Zum Stichwort therapeutische Rezeption gehören solche Begriffsvariationen wie:
Die Therapeutische Positivierung durch die Bild-Rezeption;
Die therapeutische Positivierung durch das therapeutische Gegenbild bei der Technik des Spiegelbildes;
Die unbewusste Kommunikation durch die gemeinsame Meditation des Bildes;
Die Entstehung von progressiven Übergangssubjekten.

3. Der dritte Faktor liegt in einer daraus resultierenden **Aktivität des Patienten, im psychomotorischen und visuellen Ausdruck der affektiven Spannung, in der sensoriellen Integration von Bild und Wort, in den körperlichen Synästhesien, die da entstehen.**
Wo der Kranke z.B. seinen Verfolger zeichnet, kann er die Kontur, die Dichte, die Farbe des malignen Objektes selber bestimmen, ihn sehen, ihn fühlen und ihn gestalten; die Ichaktivität wird durch die Imagination gefördert, verschiedene sensorische Kanäle werden integriert und wenn das Ungeheuer auch im Papier noch übermächtig bleibt, ist es doch das Werk des Patienten! Das am Boden liegende Selbst nimmt Pinsel und Farbe in die Hand (Abb. 34) und schafft sein Kunstwerk. Obschon ich im Vorhergehenden sagte, dass die Imagination nicht an das Materielle gebunden ist, ist doch eine solche Einwirkung auf die Materie ein mächtiger Beitrag zur Leib-Seele-Integration.

Literatur:

- *BENEDETTI, G., Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.*
- *PECICCIA, M., BENEDETTI, G. The Splitting between Separate and Symbiotic States of the Self and the Psychodynamics of Psychophrenia. Int. Forum Psychoanalytical 5: 23-38, 1996.*
- *WASER G. Im Spannungsfeld von Bild und Seele. Forum für Kunsttherapie 1, H. 2, 1988.*

Sprecharbeit und Entfaltung der Persönlichkeit

◆ ◆ ◆ *CHRISTIANE MORENO, Basel*

„Wer verrückt genug war, zur Welt zu kommen,
sollte irgendwann begreifen,
dass er reif ist für die Entbindung durch Poesie."

• Peter Sloterdijk

Das Grundanliegen meiner Arbeit ist, durch Sprecharbeit einen Weg zu vermitteln, auf dem Sprache erlebt und das Sprechen lebendig werden kann. Ein solcher Weg kann aus Interesse und Begeisterung für Sprache und Literatur, aus beruflichen Gründen oder als Kunsttherapie gegangen werden.

Die Suche nach einer ausdrucksvolleren, bildreicheren Sprache, nach einer Neuorientierung im Sprechen führt über das Sensibilisieren von Hören und Fühlen. Durch „fühlendes Hören" und „hörendes Fühlen" können Berührungen stattfinden mit dem in uns lebenden, für alle Zungen gleichermassen fliessenden Sprachquell. Dadurch können Prozesse eingeleitet und begleitet werden, die weit über ein „besser sprechen Lernen" hinaus von Bedeutung sein können. Es zeigt sich besonders durch die Arbeit an den Lauten, dass unsere Alltagssprache in umfassende und komplexe Zusammenhänge und Gesetzmässigkeiten eingebettet ist, mit denen wir elementar und existentiell verwoben sind. Hierdurch wird die Sprache selber gewissermassen zum Kontrastmittel, welches ermöglicht, das eigene unbewusste, habituelle Sprechen neu wahrzunehmen. Andererseits wird die fraglose Geborgenheit, die uns unsere Alltagssprache bis zu einem gewissen Grad bietet, zunächst erschüttert. Der Versuch, zwischen dieser Gegensätzlichkeit von Persönlichem, das wir auf die uns eigene Art sprechend ausdrücken, und Überpersönlichem, dem wir in den Lauten begegnen, eine durch uns unentwegt auf ihre Stimmigkeit zu prüfende Annäherung anzubahnen, bedeutet, dass wir beginnen einen neuen Umgang mit uns selber zu pflegen. Dies kann zu einer intimen Begegnung mit uns selbst, aber auch mit der Aussenwelt führen:

„Wort und Ding
lagen eng aufeinander
die gleiche Körperwärme
bei Ding und Wort".

• Hilde Domin

Ausgehend von Schauspielunterricht und einer Ausbildung in Sprachgestaltung und dramatischer Kunst am Goetheanum in Dornach/Schweiz habe ich während meiner 25-jährigen künstlerischen und pädagogisch-therapeutischen Arbeitspraxis einen eigenen Weg gesucht und einen eigenen Ansatz entwickelt. Dies geschah und geschieht durch die vielen Beobachtungen bei der Arbeit und die Fragen und Ideen, die dadurch ausgelöst werden durch Weiterbildungen und durch meine Arbeit als Sprecherin und Schauspielerin (Wortwerkstatt Basel). Seit einiger Zeit arbeite ich am Aufbau einer berufsbegleitenden Ausbildung.
Über Sprache ist sehr viel geschrieben worden. Sie ist einerseits ein wissenschaftliches Thema, andererseits ein künstlerisches. Dichterinnen und Dichter fühlen sich immer wieder veranlasst, sehr subtile und tiefe Aussagen über sie zu machen. Obschon in meine Arbeit von beiden Seiten vieles einfliesst, ist doch die unmittelbare Erfahrung der Sprache als formende, klingende und bewegende Kraft die eigentliche Grundlage, die es mir ermöglicht, durch Eintauchen in die vielschichtige und ganz eigene „Sprachlandschaft" eines Menschen im Sinne eines gemeinsamen Orientierungsversuches zu arbeiten.

Wichtige Erfahrungen machte ich während mehrerer Jahre bei der Arbeit mit Patienten in einem Sanatorium. In sehr kurzer Zeit (ca. 6-8 x) sollte durch die Sprache etwas in Bewegung gebracht werden. Es zeigte sich bald, dass es möglich ist, Menschen durch Spracharbeit zentral zu erreichen. Durch das aufmerksame, oft improvisierende Arbeiten mit der Sprache entstehen neue Impulse, die spielerisch probiert werden können. Dies gilt auch für die Arbeit mit teilweise kaum oder gar nicht sprechenden, sogenannt „geistig behinderten" Menschen, mit denen ich seit vielen Jahren arbeite. „Sprache haben" ist nicht nur eine Frage des sprechen-Könnens, sondern die Sprache, d.h. ihre schöpferische Energie ist in jedem Menschen vorhanden. Er hat an ihr in jedem Falle teil und kann sie nutzen, auch wenn er nicht sprechen kann oder sein Sprechen als unvollständig erscheint. Der Umfang der Teilhabe kann nur schon durch Begeisterung für die Schönheit der Sprache erheblich erweitert werden. Ein Erfolg ist zunächst vielleicht gar nicht äusserlich hörbar oder an einer besseren Artikulation zu messen. Ganz im Verborgenen kann etwas beginnen sich zu verändern: die Ahnung, die Entdeckung der eigenen Spiel- und Freiräume, der eigenen Wandlungsfähigkeit. So können sich Mut und Freude entwickeln, um mit diesem „Material" Sprache zu experimentieren.
Dieser Artikel beabsichtigt, einige für mich wesentliche Aspekte der Sprache und des Sprechens und ihre Anwendung in der kunsttherapeutischen Spracharbeit kurz zu skizzieren.

Worte
du denkst sie nicht / ohne sie / denkst du nicht
unsere Worte / sind Fleisch geworden
Wie / wird Fleisch / wieder Wort

• Urs Oberlin

Hier setzt die Spracharbeit an, in dem sie dazu einlädt, die scheinbar so vertraute Sprache neu und unvoreingenommen auf sich wirken zu lassen. Es kann dem Betreten von Neuland gleichkommen, wenn die Laute beim Sprechen ganz unmittelbar auf ihren Gefühls- und Ausdruckswert hin befragt und ausprobiert werden. Die vielen Aaaaaah,s mit denen wir unserer Verwunderung Ausdruck verleihen, und die vielen anderen Interjektionen, die wir häufig benützen, lassen die Vermutung zu, dass es einen Zusammenhang zwischen Vokalen und Gefühlen gibt. Dieser Zusammenhang bestätigt sich durch die Wirkungen, die durch das Üben von Vokalen oder Texten mit bestimmten Vokalstimmungen (z.B. „Ich lag im Gras auf einer Alp" aus: Seelchen von C.F.Meyer) beobachtet werden können. Anders verhält es sich mit den Konsonanten, die uns Beweglichkeit, Präzision und Strukturierung abverlangen. Wir entdecken z.B. solche, die durch die Sprengung eines sehr starken Widerstandes zustande kommen, oder solche, die nur aus Luft bestehen und ständig „nachgefeuert" werden wollen. Aufmerksam probierend, hineinhörend und hineinfühlend in die Laute kann erfahren werden, wie jeder Laut einen eigenen Charak-

ter hat, den wir leicht oder mit Mühe aussprechen, den wir wohl oder nicht mögen, an dem wir, indem er uns ganz Spezielles abverlangt, neue Fähigkeiten einüben.

„Man soll die Worte sprechen, als seien die Himmel geöffnet in ihnen, und als wäre es nicht so, dass du das Wort in deinen Mund nimmst, sondern als gingest du in das Wort ein. Denn wenn einer wahrhaft in das Wort eingegangen ist so ist es, als schüfe er Himmel und Erde und alle Welten von neuem." (Chassidischer Zaddik)

Bei der Arbeit kann es zu aufmerksamen Forschungsreisen in die uns scheinbar völlig vertraute Sprechwerkstatt kommen. Die Lippen, Zähne und Zunge und der weiche Gaumen bilden drei Lautbildungsregionen mit ganz unterschiedlichen physiologischen Merkmalen und Eigenschaften. Dies spiegelt sich auch in Redewendungen wie „Honig um den Mund schmieren", „Haare auf den Zähnen", „scharfe Zunge" oder „Kloss im Hals" etc. haben, über die wir in der Regel nicht weiter nachdenken, die aber eine tiefere Bedeutung haben. Das Probieren und Üben an diesen Sprechstellen kann dementsprechend neben einer Verbesserung der Artikulation auch eine psychische Wirkung haben.

In dem Sonett „Atmen, du unsichtbares Gedicht" (II,I) umschreibt Rilke das Atmen als „immerfort um das eigne Sein rein eingetauschter Weltraum / Gegengewicht, in dem ich mich rhythmisch ereigne". Wenn dieses Gleichgewicht gestört ist, kann es passieren, dass wir „keine Luft mehr haben", ständig „nach Luft schnappen" oder „beinahe zerplatzen".
Wenn wir das Sprechen beobachten, aber auch Dichtung daraufhin prüfen, können wir zwei ziemlich konträre Atem-Arten finden. In manchen Situationen geraten wir in ein starkes Ausatmen hinein, in anderen überwiegt deutlich die Einatmung. Mit der Atmung berühren wir auch das Herz, dessen Pulsieren zum Atem in einem sensiblen und beweglichen Verhältnis steht. Je nach dem wie das Herz pocht oder der Atem fliesst oder stockt, hat dies Verschiebungen im Gefälle des Satzflusses zur Folge, und gibt auch dem alltäglichsten Satz immer eine bestimmte rhythmische Komponente. Jedes mehrsilbige Wort hat unterschiedlich lange Silben und einen eigenen, durch Betonung veränderbaren Rhythmus. Jeder Satz und insbesondere jede metrisch geordnete Verszeile, die wir sprechen, wechselt andauernd zwischen hinaustönenden und verkürzten Silben. Roboterhaft nennen wir nicht nur monotones sondern auch taktmässiges Sprechen. Rhythmus vermag mit seiner steigenden oder fallenden Ausrichtung z.B. zu erregen, zu beruhigen oder auszugleichen. In der Dichtung finden wir für Übereinstimmung von Inhalt und Form viele Beispiele. Diese bieten sich als ideales Mittel für die Atemarbeit an.

Wort aus meinem Munde, beseelt
vom Sinn den ich dir gebe,
du wirst zum Leib meiner Seele.

• Juan Ramon Jimenez

Die Stimme ist es, welche unser Inneres relativ schutzlos hinaus trägt. Es ist sehr unbehaglich, wenn sie versagt oder sich überschlägt, wenn sie wie ein höchst empfindliches Barometer auf unsere Stimmungen reagiert. Was kann helfen, sie anzunehmen oder sich gar mit ihr anfreunden zu lernen? Eine Möglichkeit, die eigene Stimme kennen und ihr Spektrum erweitern zu lernen, bieten Gedichte, die ja meistens aus ganz speziellen Gemütslagen heraus geschrieben wurden, oder Texte aus dem dramatischen Genre. Die Arbeit mit expressiven, atmosphärisch dichten Stoffen kann ganz spezielle Stimmungen und dadurch den Einsatz unterschiedlicher Stimmregister ermöglichen. Auf eher objektive Art sind Vokalübungen für die Stimme ein Mittel, sich auszuprobieren und sich zu finden.

Mit dem Versuch, einen ganzheitlichen Zugang zu den Elementen der Sprache und der Dichtung zu vermitteln, und natürlich auch immer wieder mit Gesprächen, kann kreativ und kunsttherapeutisch wirksam gearbeitet werden. Durch das Sprechen von gegebenen (nicht vorgesprochenen) Übungen und Texten wird für das künstlerisch-therapeutisch geschulte Ohr Hinter- und Untergründiges „sichtbar". Wir werden in der Arbeit dort abgeholt, wo wir uns befinden. Durch Aufmerksamkeit für und Hingabe an das Gefälle der Sprache, ihre Stauungen, Strömungen, ihrem Fliessen, Verfestigen, Zischen, Zittern,Blasen und Tönen kommt eine Berührung zustande mit unseren eigenen Engpässen, Räumen, Geröllhalden, Windstärken, Flüchtigkeiten und vielleicht bisher unbekannten Resourcen. Wenn wir beginnen, die Sprache zu bewegen, bewegt sie uns. Wir betreten ihr vielschichtiges Kraftfeld, begegnen ihrem Geist, begegnen uns selber. Je mehr wir hörend, fühlend und sprechend mit einem Laut in Beziehung treten, wird er in seiner Wesensart erlebbar. Er beginnt uns etwas zu sagen und wir beginnen ihn anders zu sprechen. Das verändert uns und unsere Aussprache, weil wir beim Sprechen immer liebe- und lustvoller beginnen zu gehen, zu tanzen, zu formen, zu klingen, zu malen usw. Dabei wird uns nichts geschenkt, denn der bewusstwerdende Sprechvorgang bildet zunächst einen grossen Widerstand: wir geraten sozusagen aus der Spurrinne und müssen uns einen neuen Weg erobern. Aber wo es gelingt, das durch unsere Gewohnheiten eingeschränkte Sprechen durch das „Kontrastmittel Sprache" zu befreien, kommen wir unserer Lebendigkeit ein Stück näher.
Mit zwei kurzen Beispielen aus der Arbeit im Sanatorium will ich diesen Artikel abschliessen.
Mir gegenüber steht eine junge Frau, Ende 20, schmal und mädchenhaft, die an Rückenbeschwerden und Ängsten leidet. Sie berichtet von grossen seelischen Verletzungen, die sie in der Kindheit erlitt. In den Augen ihrer Eltern und Geschwister war sie nicht wichtig und wurde immer zurückgestuft. Sie spürt, dass sie die viele Energie, die sie in sich erlebt, nicht für sich fruchtbar machen kann. Gegen Sprechen hat sie eine starke Abneigung.Ich greife ihren Wunsch nach Stummheit auf, und wähle den Laut M, der ja mit geschlossenem Mund gesprochen wird. Das M kann entweder ein ganz innerlich sich ausbreitender Laut sein oder er trägt unsere Empfindungen ganz hinaus. Es hat stark mit Abgrenzung und gleichzeitig mit Grenzüberschreitung zu tun. Mit Mmmmmm,s improvisieren und dialogisieren wir ausführlich und zunehmend begeistert und einfallsreich. Nach einiger Zeit fasst die Frau den Entschluss eine Clown-Ausbildung zu machen.
Eine Frau, Anfang 50, als Sozialarbeiterin im Gefängnis tätig, leidet an Erschöpfung. Vor drei Jahren erlitt sie einen psychischen Zusammenbruch. Sprechen bereitet ihr, so lange sie sich erinnern kann, ein grosses Unbehagen. Sie wurde seit ihrer Kindheit immer zurückgewiesen und zum Schweigen aufgefordert, sodass ihre Zwillingsschwester und sie erst mit drei Jahren zu sprechen begannen. Zwischen ihrem 20. und 30.Lebensjahr sprach sie nur wenig. Sie spricht von ihrer „Bleizunge", will aber in die Arena steigen. Wir beginnen mit dem Probieren des „Zahn-Zungenlautes" L. Beim Sprechen dieses Lautes schmiegt sich die Zunge an Gaumen und Zähne. In der drängenden Auseinandersetzung mit diesem festen Widerstand entsteht das L. Was geschieht, ist vergleichbar mit dem Vorgang, den der Knabe in Brechts „Legende von der Entstehung des Buches Taoteking auf dem Weg des Laotse in die Emigration" als das Ergebnis der Wahrheitssuche seines Meisters beschreibt: „(...) Dass das weiche Wasser in Bewegung / Mit der Zeit den mächtigen Stein besiegt. / Du verstehst, das Harte unterliegt." Die Erkenntnis, dass dieser Lautgestus ihrer eigenen Situation entspricht, erschüttert sie bis zu Tränen und lässt sie begeistert weitermachen.

Ich habe mich
in mich verwandelt
von Augenblick zu Augenblick
in Stücke zersplittert
auf dem Wortweg

Mutter Sprache
setzt mich zusammen
Menschmosaik

• Rose Ausländer

Die hier vorgestellte Arbeit beginnt in der Regel mit der Suche nach und der Annäherung an Gesetzmässigkeiten. Dabei soll das Individuelle jedoch nicht verloren gehen, sondern sich durch die „Entbindung durch Poesie" finden und erweitern können.

LONDON 12. ECNP

Neues aus London über die Therapie von bipolaren Störungen, Schizophrenie und dual wirkenden Antidepressiva

Der 12. ECNP Kongress des European College of Neuropsychopharmacology fand in London statt. Über 4000 Besucher aus Praxis und Klinik erfuhren zahlreiche Neuigkeiten aus dem psychiatrischen Fachgebiet. Schwerpunkte der diesjährigen Veranstaltung waren die Schizophrenie, bipolare Störungen und deren Therapie. Wie schon im letzten Jahr galt bezüglich antidperessiver Therapie das Schwergewicht den dual wirkenden Substanzen wie Nefazodon und Mirtazapin.

Neue Antipsychotika - günstige Wirkung auf kognitive Funktionen?

Bipolare Störungen stellen weiterhin eine Herausforderung an die Therapie dar. Lithium wird seit vielen Jahren angewendet, ist jedoch bei bis zu 50% unwirksam. Andere Therapien wie Carbamazepin oder Valproat zeigen eine Wirkung auf manische Episoden, jedoch keine vergleichbare Wirksamkeit auf depressive Phasen.

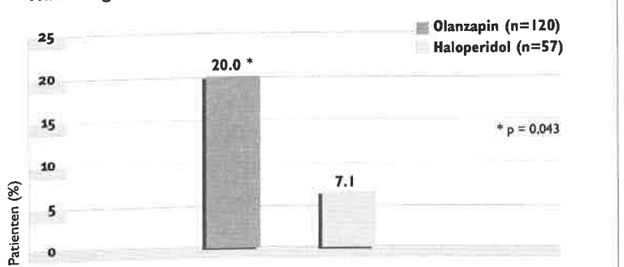
Die Symptomatik von schizoaffektiven Störungen (bipolarer Typ) ist äusserst vielfältig; häufig sind Veränderungen der kognitiven Funktion. Diese Patienten zeigen eine Verschlechterung des abstrakten Denkens, stereotype Denkweise sowie mangelnde Aufmerksamkeit und Einsicht. Es besteht die Gefahr von Sozialverlusten am Arbeitsplatz sowie im Familien- und Freundeskreis.

Das antipsychotisch wirksame Benzodiazepin unter dem Markennamen Olanzapin (Zyprexa®), ist seit kurzem auch auf dem Schweizer Markt erhältlich. In London wurde die neuste internationale Studie (17 Länder) mit Olanzapin (n=120) hinsichtlich der Beeinflussung auf kognitive Symptome mit Haloperidol (n=57) bei Patienten mit schizoaffektiven Störungen (bipolarer Typ) untersucht. Zur Beurteilung des Therapieerfolgs wurde der PANSS Cognitive Component Score◆◆ zugezogen.

Nach 6-wöchiger Behandlung und anschliessender doppelblinder Weiterführung mit Respondern zeigte sich unter Olanzapin (5-20mg/die) eine signifikant ausgeprägtere Wirkung auf die kognitive Symptomatik bei Patienten mit manischen bzw. depressiven schizoaffketiven Störungen. In der Gruppe der Patienten mit euthymen bzw. Mischformen zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich Haloperidol (5-20mg/die).

Ebenfalls war die Ansprechrate hinsichtlich der Reduktion der kognitiven Symtomatik unter Olanzapin im Vergleich zu Haloperidol signifikant grösser (Abb.1).

Ansprechrate hinsichtlich kognitiver Symptome◆
PANSS Cognitive Component Score◆◆



◆ Besserung um mindestens 40%
◆◆ Beurteilt folgende Symptomkomponenten: Abstraktes Denken, Urteilsfähigkeit und Einsicht, Aufmerksamkeit, Spannung, Verhalten.

Abb 1

Neue Erkenntnisse über dual wirkende Antidepressiva bei Panikstörung

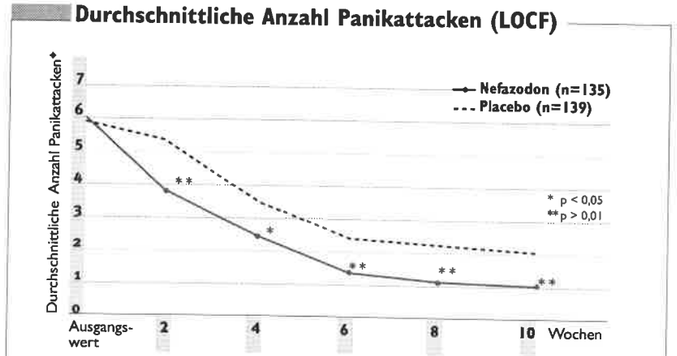
Das neue Wirkprinzip des dual wirkenden Nefazodon (Nefadar®) hat sich zur Behandlung der Depression in der Klinik und Praxis etabliert. Die bisherigen klinischen Studien zeigten neben der ausgezeichneten antidepressiven Wirksamkeit unter anderem eine Verbesserung der Schlafeffizienz (weniger Wach- und Bewegungszeit) und eine sexuelle Dysfunktion ist unter Nefazodon nicht zu erwarten (Häufigkeit mit Placebo vergleichbar).

Trotz des vorteilhaften Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils stand Nefazodon vor kurzem in den Schlagzeilen. Drei publizierte Fälle von akutem Leberversagen unter Nefazodon-Therapie erhitzten die Gemüter. Die beobachtete Zahl dieser Komplikation (auch bei anderen Substanzklassen dokumentiert) wird jedoch gemäss mehrerer Expertenaussagen in London nicht als klinisch relevant erachtet.

Im Zusammenhang mit der Therapie von affektiven Störungen wurde auch das Krankheitsbild der Panikstörung besprochen. Eine hohe Komorbidität mit Depression (30%-70%) scheint bei der Wahl der Therapie ein zunehmend wichtiger Faktor zu sein. Deshalb war die vorgestellte, unpublizierte Studie über die Wirkung von Nefazodon bei Panikstörungen interessant.

Insgesamt wurden 274 Patienten in die Studie eingeschlossen. Nefazodon zeigte dabei eine erstaunliche Wirksamkeit, ersichtlich an einer ausgeprägten Reduktion der durchschnittlichen Häufigkeit von Panikattacken. Bei etwa der Hälfte der mit Nefazodon behandelten Patienten traten am Ende der Studie überhaupt keine Attacken mehr auf. Im Vergleich zu Placebo war die Reduktion der Häufigkeit der Panikattacken unter Nefazodon zu jedem gemessenen Zeitpunkt signifikant ausgeprägter (Abb. 2).

Durchschnittliche Anzahl Panikattacken (LOCF)



◆ Während den vorhergehenden 2 Wochen

Abb 2

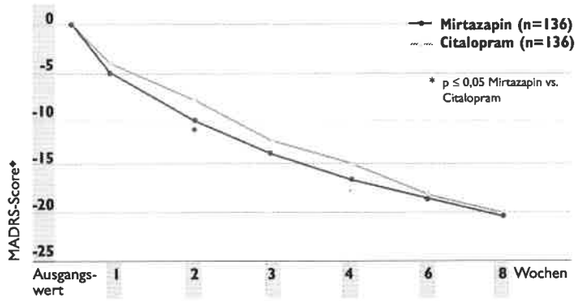
Eine bereits im Jahre 1996 publizierte Studie lieferte einen Hinweis auf die Wirksamkeit von Nefazodon bei Patienten mit Panikstörung und hoher depressiver Komorbidität, was durch die neuen Resultate nun bestätigt wurde. Somit scheint Nefazodon seine Bedeutung bei der Depressionbehandlung auszuweiten, da es bei der hohen Komorbidität von Depression und Panikstörung ein sinnvolles und wirksames Therapiekonzept darstellt.

Mirtazapin, ein neues dual wirkendes Antidepressivum mit schnellem Wirkungseintritt

Eine weitere Präsentation in London thematisierte erste klinische Erfahrungen mit dem neuen Antdepressivum Mirtazapin. Verschiedene Poster unpublizierter Vergleichsstudien befassten sich mit der Wirksamkeit und der Verträglichkeit von Mirtazapin, das besondere Augenmerk der Experten richtete sich daneben aber auch auf die Zeit bis zum Einsetzen der Medikamentenwirkung.

Als Referenzsubstanzen dienten u.a. das in unseren Breiten im Moment als "Golden Standard" geltende Citalopram und das weit verbreitete Paroxetin.

Wirksamkeit Mirtazapin vs. Citalopram



* Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Änderung vom Ausgangswert

Abb. 3

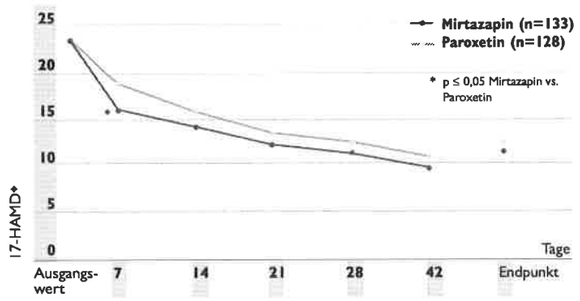
Während die Wirksamkeit nach 8-wöchiger Behandlung zwischen Mirtazapin und Citalopram keinen signifikanten Unterschied mehr aufwies, so war sie doch nach 2 Wochen unter Mirtazapin signifikant stärker als unter Citalopram (Abb. 3). Diese Resultate weisen auf einen schnelleren Wirkungseintritt von Mirtazapin bei einer mit Citalopram vergleichbaren Wirksamkeit hin.

Die zweite Vergleichsstudie mit Paroxetin bestätigt diese Resultate, nach 6-wöchiger Behandlung konnte kein Unterschied hinsichtlich Wirksamkeit festgestellt werden. Im Gegensatz zum Vergleich mit Citalopram wurde jedoch bereits nach einer Woche Behandlung mit Mirtazapin eine signifikant bessere Wirksamkeit erreicht (Abb. 4).

Diese Erkenntnisse scheinen das dual wirkende Mirtazapin hinsichtlich Wirkungseintritt gegenüber SSRI's zu bevorteilen und decken sich mit Erkenntnissen von anderen dual wirkenden Antidepressiva.

Hinsichtlich der Verträglichkeit bestanden zwischen den gewählten Therapieformen keine grossen Unterschiede.

Wirksamkeit Mirtazapin vs. Paroxetin



* 17-item Hamilton Depression Rating Scale: Änderung vom Ausgangswert

Abb. 4

Eine weitere vorgestellte, in den Niederlanden durchgeführte Untersuchung befasste sich mit der Reduktion von Beschwerden unter Mirtazapin, die auf serotonerge, anticholinerge oder antiadrenerge Wirkungen vorgehender Medikationen zurückzuführen war. Die Gründe für ein Verlassen des vorgängigen Therapischemas lagen zur Hauptsache in mangelnder Wirksamkeit (45%), unerwünschten Wirkungen (26%) und einer Kombination (26%) davon. Bei den vorgängig benutzten Medikamenten handelte es sich um trizyklische Antidepressiva (21%), SSRI's (55%) und andere antidepressiv wirkende Substanzen (23%).

Bereits 2-3 Wochen nach einem Wechsel auf eine Therapie mit Mirtazapin (n = 521) wurde je nach vorgehender Symptomatik eine eindrückliche Besserung der Beschwerden bei mindestens 75% (Schwindel) bis maximal 87% (Tachykardie) der Patienten beobachtet. Insgesamt wurden 17 verschiedene vorbestehende Nebenwirkungen untersucht, die alle bei minimal 75% der Patienten nach Umstellung auf Mirtazapin verschwanden oder sich besserten (ausgenommen Erektionsprobleme, Libidoverlust und Orgasmusstörungen; Besserung hier bei 69%, 58% bzw. 53%)

Die Wirkung auf die depressive Symptomatik wurde durch die behandelnden Ärzte ebenfalls dokumentiert. Dabei zeigte sich, dass der Wechsel von einem anderen Antidepressivum auf Mirtazapin nach drei Monaten bei 72% der Patienten auch mit einer Besserung der Stimmung einherging.

Aufgrund der guten, im Vergleich zu anderen Antidepressiva auch schneller einsetzenden Wirkung und dem weitgehenden Fehlen von Nebenwirkungen, die für Antidepressiva typisch sind, scheint Mirtazapin eine vielversprechende Option für die Zukunft zu bieten.

AUTOREN:
T. Handschin, Arzt
PD Dr. med. G. Waser
Dr. med. A. Schicker

ANMELDUNG

ZUR TAGUNG HAND IN HAND

"ASPEKTE DER KLINISCHEN ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KUNSTTHERAPIE UND MEDIZIN" VOM 26. UND 27. NOVEMBER 1999

◆ TAGUNGSORT: **Sitzungssaal, Haus des Bezirks Oberbayern, Prinzregentenstr. 14, D-80538 München**

◆ TAGUNGSGEBÜHR **für Mitglieder der IGKGT/IAACT: DM 100.— Studenten 50 %**
für Nichtmitglieder: DM 140.— Studenten 50 %

Die Tagungsgebühr ist **unbedingt** mit der Anmeldung zu entrichten, da aus organisatorischen Gründen keine Einzahlung am Tagungsort und -sekretarit erfolgen kann. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Konten: Deutsche Bank Heidelberg
Kto-Nr. 0344499 BLZ 672 700 03

UBS AG, 3000 Bern 77
Kto-Nr. PC-Konto: 30-35-9, zugunsten IGKGT, Basel, Konto 233-540146.01B

◆ VERBINDLICHE ANMELDUNG **mit dem unten anhängenden Abschnitt wird bis 15.10.1999 erbeten an:**

Frau Bea Känzig
Sekretariat der IGKGT/IAACT
Rümelinbachweg 20, CH-4054 Basel
Tel.: 0041(0)61-281 21 32 Fax: 0041-(0)61-281 21 53

◆ RÜCKFRAGEN **zur Organisation und Übernachtungsmöglichkeiten bitte an:**

Frau Jutta Munz
Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstr. 14, D-80538 München
Tel.: (0049) (0)89/2198-1710 Fax: (0049) (0)89/2198-1700

◆ RÜCKFRAGEN **zum Inhalt der Tagung bitte an:**

Dr. Philipp A. Martius
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TUM, Klinikum rechts der Isar
Langerstr. 3, 81675 München
Tel. (0049) (0)89/4140-4314 Fax: (0049) (0)89/ 4140-4845

Hiermit melde ich mich verbindlich für die
Regionaltagung der IGKGT/IAACT am 26. und 27. November 1999 in München an

NAME: .....

ADRESSE: .....

IGKGT/IAACT-Mitglied ⬭ ja ⬭ nein

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Tagungsgebühr mit der Anmeldung überwiesen werden muss.

Ort, Datum: ..... Unterschrift .....

BUCH BESPRECHUNG

KUNST UND THERAPIE, NÜRTINGEN, 1999

ROSWITHA BADER, PETER BAUKUS UND ANDREAS MAYER-BRENNENSTUHL (HRSG.)
ISDN-Nr. 3-9806599-0-9

Wieder einmal überrascht uns die Fachhochschule für Kunsttherapie, Nürtingen, und mit ihr die Herausgeber dieses Buches auf neue Weise. Diesmal mit einem Kompendium der konzentrierten Art. Selten noch wurde das Unternehmen "Orientierung in den verschiedenen kunsttherapeutischen Arbeitsweisen" so klar dargestellt. Anschaulich gemacht anhand der gleichnamigen Ausstellung in Nürtingen. Es ist eine aktualisierte Neuauflage der 1993 in Dresden gezeigter Standortbestimmung. Damit beschäftigt sich das erste Kapitel.

Neu ist die Hinwendung zu historisch gewachsenem Boden der Kunsttherapie, der im zweiten Buchkapitel dargestellt wird. Vorläufer (von Schiller, über Bauhaus und Künstlern nach 45) werden erläutert. Das dritte Kapitel und folgende zeigen die unterschiedlichen Richtungen der Kunsttherapie auf. Kurz und gut verständlich, lexikalisch.
Der Bogen zieht sich vom Aspekt zu den verschiedenen Künstlern und Künstlergemeinschaften bis hin zu den neurobiologisch Gesichtspunkten. Der anthroposophische Ansatz hebt die Selbstheilungskräfte und die gestaltbildenden Phänomene hervor und weiss um den gezielten Einsatzort verschiedener Maltechniken und Farbwirkungen.
In der psychotherapeutischen Betrachtung überwiegen die psychoanalytischen Schulen, anfangs Bilder als Vehikel für seelischen Inhalt, später auch konkret Arbeit am Bild. Verhaltenstherapeutische Kunsttherapie betont den Handlungsaspekt; Humanistische Kunsttherapie den Erlebnisaspekt, diese beiden Felder erscheinen hier noch wenig differenziert. Den Kindern wurde ein eigenes Kapitel gewidmet. Entwicklungsstufen und Entfaltung der Persönlichkeit werden dargestellt. Der heilpädagogischen Kunsttherapie ist die Gestaltpsychologie vorangestellt. Sie macht einen sinnespsychologischen und neuropsychologischen Einsatz gezielt möglich. Schliesslich leistet die rezeptive Kunsttherapie Beistand in Schmerz und Leid durch die Betrachtung von Kunst und deren Wirkung auf die Seele.

Jedem Therapeuten, Arzt und Pädagogen, aber auch Laien, der sich mit kunsttherapeutischer Arbeit auseinandersetzt, sei empfohlen, diesen Leitfaden der unterschiedlichen Richtungen zu studieren. Für mich im kunsttherapeutischen Berufsalltag ist es unerlässlich, einen genauen Überblick über die Weiten unseres Berufsfeldes zu haben. Da in jeder Blickrichtung eine unterschiedliche "Sprache" (anthroposophisch, analytisch, heilpädagogisch,...) gesprochen wird, wird mit diesem Buch eine Übersetzungshilfe geschaffen, die es ermöglicht, zu wissen, aus welchem Umfeld ein Kollege kommt. Dies erleichtert den gemeinsamen Dialog.
Reich bebildert und mit enormem Literaturverzeichnis ausgestattet, verhilft das Buch zu einem schnellen Überblick, oder man kann einen einzelnen Bereich vertiefen.
Durch diese Nebeneinanderstellung der kunsttherapeutischen Möglichkeiten wird deutlich, wo sie noch weiter ausbaufähig wären und wo sie schon gut etabliert sind.

BARBARA KLAIBER
M.A. in künstlerischen Therapien (Schweiz), dipl. Kunsttherapeutin.

WEITERE BÜCHER

SCHRÖDER, M. Mirjam/SCHRÖDER, M. Sabine: **"Einblick in die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern unter Hinzuziehung musisch-kreativer Elemente - Gestaltungstherapie",** in: BIERMANN,G. (Hrsg.) "Handbuch der Kinderpsychotherapie", Bd. IV, 1981.

SCHRÖDER, M.Mirjam/SCHRÖDER, M. Sabine: **"Spiegel der Seele. Erleben, was Gestaltende Psychotherapie sein kann",** Klett-Cotta, 1992

Jean-Luc Sudres/Raymond Fourasté(éd.) **"L'Adolescent Créatif",** Bestellung bei: Presses Univérsitaires du Mirail, 56, rue du Taur, F-31000 Toulouse, FF 210 + FF 15.- Portokosten.

Jean-Luc Sudres, **"L'Adolescent en Art-Thérapie"** Editeur: Dunod, ISBN: 2 10 002628 3, Code 042628

Irene Jakab, M.D., Ph.D. **"Pictorial Expression in Psychiatry"** ISBN 963-05-7492-6, American Society of Psychopathology of Expression (ASPE) c/o Dr. I. Jakob, President, 74 Lawton Street, Brookline, MA 02446-2501

IMPRESSUM

Redaktion:
PD Dr. med. G. Waser, Basel; P. Stalder, Binningen;
MCG, Medical Congress GmbH, Binningen

Redaktionsmitglieder:
Dr. Karin Dannecker, Berlin, Dr. med. H.H. Dickhaut, Wien, Dr. med. J-P. Gonseth, Liestal, Dr. phil. Ruth Hampe, Bremen, Wally Kaechele, Monheim, Prof. F. Marburg, Nürtingen, Prof. Dr. med. P. Petersen, Hannover, Prof. Dr. med. W. Pöldinger, Maria Enzersdorf, Prof. Dr. Dr. D. Ritschl, Reigoldswil, Prof. Dr. Gertraud Schottenloher, München, Gräfin Flora von Spreti, München, PD Dr. med. G. Waser, Basel, H.J. von Zieten, München.

Adresse:
IAACT, Frau Bea Känzig, Rümelinbachweg 20, CH-4054 Basel,
Tel: 061 / 281 21 32, Fax: 061 / 281 21 53

ISSN-Nummer: 1012 - 0432

Veranstaltungskalender 1999

Workshops zu Mlafalismus eine Idee erleben, Andere Welten multimediales Kunstprojekt und Wem gehört die Kunst?
Urheber- und Verwertungsrecht für Künstler
Info: Rotenburger Werken der Inneren Mission
Lindenstr. 14, 27356 Rotenburg, Tel. 0 42 61 92 03 90
Fax 0 42 61 92 03 00

17.-20.09.99 D-Münster
5th Europe Arts Therapies Conference
Info: ECArTE, Georgskommende 33
48143 Münster, Tel. 0049/251 832 4226,
Fax 0049/ 251/ 832 1127

06.-10.10.99
Weiterbildungsseminar "Musikorientierte Psychotherapie"
Info: ISIS, Forchstr. 106, 8032 Zürich, Tel. 01 382 33 09,
Fax 01/382 33 07

07.-10.10.99
5. Deutscher Psychologietag Berlin
20. Kongress für Angewandte Psychologie
Tel. 0 30 61 78 43 49

08.-10.10.99 Berlin
18. Jahrestagung Deutscher Arbeitskreis Gestaltungs-therapie/Klinische Kunsttherapie e.V. DAGTP
Info: DAGTP, Joachim-Friedrich-Str. 30, 10711 Berlin

09.-10.10.99 b. Hamburg
"Märchen und das neue Jahrtausend"
Info: Dr. med. M. Mirjam Schröder, Elbchaussee 201,
22605 Hamburg

13.-17.10.99
Einführungs- und Auswahlseminar für die berufsbegleitenden Ausbildungen in "Kunst- und Ausdruckstherapie" und "PädAgogik als Kunst"
Info: Institut ISIS, Forchstr. 106, 8032 Zürich

23.-24.10.99
Seminarwochenende mit Julianna Lau bei ihrer täglichen Arbeit mit "ihrem Dance Alive Computerprogramm"
Info: BVT, Hofstrasse 16, 40789 Monheim
Tel. 0 21 73 93 66 94, Fax 0 21 73 93 66 95

28.-31.10.99 Basel
Jahrestagung der DGPA
"Die Ewige Jugend"
Info: Prof. M.P. Heuser, Theatinerstr. 44/V,
80333 München
Tel. 089 221 580, Fax 089 291 3334

01.-07.11.99
10. Meersburger Seminarkongress der GTH
"- Wandel - Stillstand? -"
Mit Seminaren, Vorträgen, Arbeitsgruppen, Ausstellungen
Info: BVT, Hofstrasse 16, 40789 Monheim
Tel. 0 21 73 93 66 94, Fax 0 21 73 93 66 95

11.-12.11.99
Symposion Vorhang auf! Tanz- und Dramatherapie im Rheinland in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf/Kliniken der Heinich-Heine-Universität Düsseldorf
Info: Ute Prikl, Rheinische Kliniken Ddüsseldorf
Tel. 0211/922-2311; Fax: 922-2020

17.-21.11.99 Orlando (USA)
30th Annual Conference
"Art Therapy Frameworks : a sense of Peace"
Infos: AATA, 1202 Allanson Road,
Mundelein, IL 60060, USA

17.-22.11.99
9. Weltkongress für Musiktherapie in Washington D.C.
"Music Therapy A Global Mosaic - Many voices, One Song"
Info: American Musictherapy Association Fax: 301/5895175

26.-27.11.99 München
Regionaltagung der IGKGT, Titel: "Aspekte der klinischen Zusammenarbeit zwischen Kunsttherapie und Medizin"
Info: IGKGT, Rümelinbachweg 20, 4054 Basel,
Tel. 061 281 21 32, Fax 061 281 21 53

ca. Dezember 1999
Beginn der nächsten Weiterbildung im Institut für Kunst und Therapie (IKT)
Info: Prof. Dr. Gertraud Schottenloher, Ligsalzstrasse 29 Rgb,
80339 München, Tel. und Fax 089 54 97 16 02

Veranstaltungskalender 2000

26.-30.06.2000 Paris

European Psychiatry congress, Thema: "Penser la Psychiatrie" (Thinking Psychiatry)
Info: S.I.P.E., Dr. guy Roux, 27, rue du Maréchal Joffre, F-64000 Pau, Tel./Fax: 05 59 27 69 74

04.-08.10.2000

XVIth International Congress on the Psychopathology of Expression and Art Therapy
Info: c/o Sava Center, Milentija Popovica 0,
11070 Belgrade, Yugoslavia

10.-12.11.2000

12. Jahrestagung der IGKGT in Ascona. Thema: "Kunsttherapie und Pharmakologie"
Info ab Jan. 2000: IGKGT c/o Institut für Psychosomatische Medizin TU München, 81664 München,
Tel. 089 4140 4314, Fax: 089 4140 4845

Jahresprogramm "Education Permanente de la Personne par les Mediations Creatrices"
erhältlich bei:
Ateliers de l'Art Cru, 34 Rue Chantecrit, F-33 300 Bordeaux

Jahresprogramm der Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Art Thérapie (S.I.P.E.)
erhältlich bei:
Dr. Guy Roux, 27, rue Maréchal Joffre, F-64000 Pau

Jahresprogramm der Association for Dance Movement Therapy UK
erhältlich bei:
Arts Therapies Dept., Springfield Hospital, Glenburnie Road, Tooting Bec,
London SW17 7DJ

Informationen über den Österreichischen Berufsverband der MusiktherapeutInnen
erhalten Sie bei:
ÖBM, Hormayrgasse 33/6, A-1170 Wien,
Tel. & Fax (+43) 1 4859084

Zusatzlehrveranstaltungen an der Staatlich anerkannten Fachhochschule für Kunsttherapie
Programm erhältlich bei:
Frau Parentin, Fachhochschule für Kunsttherapie, Sigmaringer Str. 15,
D-72622 Nürtingen, Tel. 0722 933 360

Jahresprogramm der International Networking Group of Art Therapists
erhältlich bei:
Bobbi Stoll, ATR-BC, 8020 Briar Summit Drive, Los Angeles, CA 90046 USA

Jahresprogramm über berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie, Weiterbildung, Supervision, Selbsterfahrung, Forschungsprojekte
Info: ZIM, Zürcher Institut Musiktherapie, Friedberghalde 1, 6004 Luzern, Tel./Fax: 041 422 02 35

AB 15.3.1998 KASSENZULÄSSIG

Rationale Phytotherapie mit hochdosiertem Hypericum-Spezialextrakt LI 160

Breiter klinischer Wirkungsnachweis; Äquivalenzstudien zu klassischen Antidepressiva*

Sehr gute Verträglichkeit, hohe Compliance

Kostengünstig

Jarsin® 300

Gibt dem Leben wieder Farbe

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 300 mg Extractum Herba Hyperici (LI 160), standardisiert auf 0,9 mg Gesamthypericin sowie Hilfsstoffe. **Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten:** bei gedrückter Stimmung, Stimmungslabilität, Antriebsmangel. **Dosierung:** 3 x täglich 1 Dragée. **Art der Anwendung:** zum Einnehmen. **Anwendungseinschränkungen:** keine bekannt. **Unerwünschte Wirkungen:** Photosensibilisierung möglich, besonders bei hellhäutigen Personen. **Vertriebsfirma:** Medichemie Bioline AG, 4107 Ettingen. **Verkaufskategorie:** D. **Packungen:** 50 und 100 Dragées (kassenzulässig). Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Medichemie bioline

*Nervenheilkunde 12 (1993), 268-366; Pharmacopsychiatry Supplement 2,30 (1997), 71-134