

5. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie vom 6. bis 8. Oktober 1989 in Salzburg

KUNSTTHERAPIE — PRAXIS UND THEORIE

Ort: Neue Naturwissenschaftliche Universität Salzburg

Wenn Sie sich aktiv an diesem Kongreß beteiligen wollen, so setzen Sie sich bitte umgehend mit uns in Verbindung
(Dr. Reiter, Universität Salzburg, Hellbrunnerstr. 34, A-5020 Salzburg und Herr v. Moreau, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 368, D-6900 Heidelberg, 06221 / 563843)

Ascona Gespräche

Monte Verità

31. 3. — 2. 4. 1989

17. Internationales Balint-Treffen

Psychoziale Ausbildung und Weiterbildung

Thema: Der alternde Mensch und sein Arzt

Auskunfte: Balint-Dokumentationszentrum CH-6612 Ascona

4. Heidelberger Arbeitstreffen

„Brücken von der Allgemeinmedizin zur

Psychosomatik“

Das Philosophische und die praktische Medizin

3. und 4. Mai 1989

Auskunfte: Frau Kullik 06221 / 563013

5th International Congress:

Musik Therapy and Music Education for the Handicapped

August 23-27, 1989, Noordwijkerhout, The Netherlands,

Auskunfte: Stichting Muziektherapie, Henri Polaklaan 15,

NL-1018 CP Amsterdam

15. Internationale Sommerwoche in Bewegung und freiem Tanz

(nach Laban), 10.-16. Juli 1989 in Horw bei Luzern/Schweiz,

Auskunfte: Laban Tanzschule, Gotthardstr. 49, CH-8002 Zürich

MPE

16.-18. 6. 1989 Quellen der Kraft

22.-29. 7. 1989 Gestalterisches Wochenende im
Hochgebirge

4.- 6.10. 1989 Quellen der Kraft, Intensivkurs vor der
5. Jahrestagung der IAACT in Salzburg

Auskunfte: Dr. med. M. Schröder, Elbchaussee 201,
D-2000 Hamburg 52

5. Postgraduate Seminar für Gestaltende Psychotherapie
und Ausdrucksanalyse

Psychoaesthetic Dynamics and Hermeneutics,

Leitung: A. Robbins, S. Robbins, M. Erismann

23.-29.7.1989 in Oberhofen am Thunersee (Schweiz).

Auskunfte: M. Erismann, Chräyigenweg 42, CH-3074 Muri

Fortbildungsseminar: „Der eigene Körper“,

Körperdarstellungen in Bild und Plastik des Patienten,

8.-9.7.1989 in Heidelberg,

Auskunfte: Ursula Böhrer, Deutscher Arbeitskreis für
Gestaltungstherapie, Urbanstr. 88, D-7000 Stuttgart

Call for papers:

Die Redaktion bittet, die zur Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie eingereichten Artikel jeweils mit einer kurzen Autorenbeschreibung (Name, Tätigkeit, Adresse) zu versehen. Die Manuskripte sind außerdem mit einem deutschen und einem englischen Abstract einzureichen.

Einsendung an folgende Adresse:

Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie
z. H. Herrn von Moreau, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Im Neuenheimer Feld 368 D-6900 Heidelberg.

Fortbildungsseminar: *Musik in der Gestaltungstherapie*,

6.-7.5.1989 in Stuttgart.

Auskunfte: Helena Schrode, Deutscher Arbeitskreis für
Gestaltungstherapie, Urbanstr. 88, D-7000 Stuttgart

Neuerscheinungen:

Gerd Selle, Gebrauch der Sinne, eine kunstpädagogische Praxis,
rororo Hamburg 1988

Rudolf zur Lippe, Sinnenbewußtsein, Grundlegung einer

anthropologischen Ästhetik, rororo, Hamburg 1987

Gaetano Benedetti (Hg.), Welt der Symbole, Interdisziplinäre

Aspekte des Symbolverständnisses, Vandenhoeck & Ruprecht,
Göttingen 1988

Max Kläger, Phänomen Kinderzeichnung, Manifestation

bildnerischen Denkens, Burgbücher Schneider,

Baltmannweiler 1989

Charlotte Kollmorgen, Collagen-Therapie: bildnerische Arbeit

mit Herzinfarktpatienten in d. Rehabilitationsklinik, Marhold,

Berlin 1988

Alfons Reiter e. a., Gestaltungstherapie Almanach, Verlag

Dtsch. Arbeitskreis Gestaltungstherapie, Stuttgart 1988

Videokassetten zum Film „Bild ist Seele“, der bei unserer

4. Jahrestagung mit neuer Vertonung uraufgeführt wurde, sind

zum Preis von SFr. 80.— erhältlich bei Yvonne Escher,

Bodensee-Film, CH-8266 Steckborn.

Wir gratulieren:

Bei der Quadriennale 1987 in Prag — der Weltausstellung für

Bühnengestaltung, Theatertechnik und Architektur — waren

auch die bedeutendsten Hochschulen vertreten. Die Goldme-

daille errang die Hochschule „Mozarteum“ in Salzburg mit ih-

rem Ordinarius Prof. Heinz B. Gallée als die beste Ausbildungs-

stätte der Welt.

Impressum

KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE

Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung
und Therapie — International Association for Art, creativity and thera-

py (IAACT) — Association Internationale de l'Art-Thérapie — Associa-

zione Internazionale per l'Espressione Artistica nella Terapia

unter Mitarbeit von:

S. Arasa/Barcelona, Cl. Bahne-Bahnson/Fresno-USA, E. Briener/

Lugano, P. L. Eletti/Florenz, D. v. Engelhard/Lübeck, J. P. Fournier/

Bordeaux, B. Fugger/Heidelberg, W. Jacob/Heidelberg, B. Luban-

Plozza/Locarno, W. Pöldinger/Basel, E. Ringel/Wien, D. Ritschl/

Heidelberg, A. Schmölz/Wien, Y. Tokuda/Tokyo-Japan, O. G. Witt-

genstein/München

Sitz der Gesellschaft: Monte Verità, Ascona, Schweiz

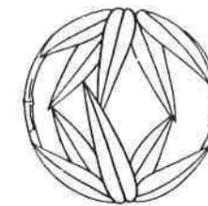
Geschäftsstelle:

Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 368, Postfach 101842,

D-6900 Heidelberg, Tel. 06221 / 563866 oder 563843

Redaktion: W. Jacob, M. Erismann, B. Fugger, K. B. v. Moreau

ISSN 1012-0432



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

Mitteilungsblatt

8

März 1989

Editorial

Heidelberg, März 1989

Sehr verehrte Mitglieder und Freunde der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie!

Die 4. Jahrestagung unserer Gesellschaft, die vom 28. - 30. Oktober 1988 in Basel stattfand, liegt nun schon mehr als ein Vierteljahr zurück. Wir hatten mit etwa 200-250 Teilnehmern gerechnet. Indessen waren noch in den letzten Wochen vor der Jahrestagung die Anmeldungen so zahlreich, daß wir uns kurzfristig zu einer Umorganisation der Säle im Baerwart-Schulhaus in der Schule für Gestaltung in Basel entschließen mußten und schließlich konnten etwa 400 Teilnehmer die zahlreichen und hochinteressanten Vorträge und Kurzseminare besuchen. Das vornehmlich von Herrn Pöldinger und Herrn Waser ausgerichtete Tagungsprogramm fand ein so starkes anerkennendes Echo und Interesse, daß man von einem neuen Höhepunkt unserer Jahrestagungen sprechen kann; ihnen sowie Herrn Reist, dem Direktor der Schule für Gestaltung, die uns ihr schönes Schulhaus zur Verfügung gestellt hatte, sei an dieser Stelle noch einmal aufs herzlichste im Namen der Gesellschaft gedankt.

Die nächste Jahrestagung in Salzburg wird zusammen mit Herrn Priv. Doz. Dr. Reiter, Universität Salzburg, ausgerichtet. Wir haben uns aus Gründen der Salzburger Semesterferien entschlossen, diesmal die Jahrestagung vom 6. - 8. Oktober 1989 abzuhalten und hoffen, daß auch zu dieser Jahrestagung zahlreiche Mitglieder und Gäste erscheinen werden. Der vorgezogene Zeitpunkt wurde mit den Mitgliedern der Basler Mitgliederversammlung abgestimmt.

Der Aufbau der Forschungsstelle für Kunst, Gestaltung und Therapie konnte dank des unermüdelichen Einsatzes von Herrn von Moreau weiterentwickelt werden. Wir hoffen, bei der Jahrestagung in Salzburg die ersten Ergebnisse dieser Arbeit präsentieren zu können.

Die Mitgliederzahl der Gesellschaft ist weiterhin angestiegen. Auch die Basler Jahrestagung hat zahlreiche Gäste angelockt, die sich entschlossen haben, Mitglieder der Gesellschaft zu werden. Wir möchten Sie wiederum nachdrücklich bitten, aktiv an der Gestaltung der Salzburger Jahrestagung mitzuwirken und Ihre Vorschläge Herrn von Moreau einzusenden. Ich darf an dieser Stelle allen Mitgliedern für ihre aktive Mitarbeit herzlich danken und gleichzeitig die Hoffnung aussprechen, daß unsere Gesellschaft den inzwischen gewonnenen eigenen Charakter weiterhin entfalten kann.

Wolfgang Jacob

4. Jahrestagung

Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie

vom 28.-30. Oktober 1988 in Basel

KUNSTPÄDAGOGIK — KUNSTTHERAPIE

Eröffnungsvortrag von Thomas Zacharias

1. Dionysos

Meine Rede beginnt in der Mitte des Titels: beim Gedankenstrich. Der Gedankenstrich, so heißt es im Duden, bezeichnet den Wechsel der Sprechenden, den Übergang von einem zu anderen, oder eine Pause.

Mich interessiert der Wechsel, der Übergang und die Pause. Der Wechsel von einer pädagogischen oder therapeutischen Präferenz zu einer künstlerischen, der Übergang in offene kulturelle Tätigkeitsfelder, die Pause zwischen Behandlungen, um selbst zu handeln.

Mich interessiert der Ort, den die gute alte Moderne mit der Pathosformel "schöpferische Freiheit" zu behaupten suchte. Ich frage, ob es diesen Ort nicht nur im Vorübergehen und nicht nur in der esoterischen Hochkultur geben kann; ob er überhaupt — noch möglich ist; und wenn nicht: ob er nicht notwendig, lebensnotwendig wäre.

Der Gedankenstrich steht zwischen zwei Zwittern, Kunstpädagogik und Kunsttherapie, deren eine Körperhälfte selbst auf den Stammbaum archaischer Mischwesen zurückgeht.

Satyrn und Sirenen in weißen Kitteln, die Bocksfüße in Turnschuhen, die Flügel gestutzt, die Stimme gebrochen, verirren sich im Labyrinth keimfreier Gänge. Der Schweiß ihrer dionysischen und der Duft ihrer musischen Herkunft vermischt sich mit dem Chemiegeruch der Reinigungs- und Desinfektionsmittel.

Um im Bild zu bleiben: Kunstpädagogik und Kunsttherapie stammen aus einem gemeinsamen Elternteil, indem die historisch frühere Einheit von Kunst und Mythos nachwirkt. Der andere, institutionalisierte Teil besteht aus aufgeklärten, hochkomplexen und funktionstüchtigen Kommunikationssystemen. Ich gebrauche hier den Begriff Therapie allgemein als System zur Behandlung von Krankheiten durch gezielte Maßnahmen, um jene zu heilen oder zu lindern.

Dank der Kompetenz einzelner Personen gibt es in diesen fremden Systemen zahlreiche Nischen mit lebendiger Kunst, oft sogar intensiver, wenn sie weniger spektakulär und mehr kommunikativ sind. Das vorgeschobene Wort "Kunst" sagt darüber noch nichts aus.

Trotzdem meine These: unter den gegebenen Bedingungen scheinen Kunst und Schule, Kunst und Klinik prinzipiell unvereinbar. Wenn sie darin vorkommt, dann nicht in Folge, sondern entgegen der institutionellen Strukturen.

Kunst ist etwas prinzipiell anderes als Malen und Basteln zu bestimmten Zwecken, obwohl auch dort autonome Ereignisse die Zwecke unterlaufen können. Metaphorisch gesprochen: unter den gegebenen Bedingungen wäre im Beruf des Kunstpädagogen und in dem des Kunsttherapeuten ein gespaltenes Bewußtsein professionalisiert, sofern man Kunst nicht nur akzidentell, sondern substantiell versteht.

Ich reflektiere diese Kluft selbst noch einmal in der Weise des Sprechens, indem ich hier von Dionysos und den Musen, dort von Funktionssystemen rede; indem poetische Bilder neben theoretischen Abstraktionen stehen.

Ich balanciere auf dem Gedankenstrich, um das Unvereinbare

zu behaupten und zugleich symbolisch zu vereinbaren.

Zu den lachhaften Mischwesen der Behandlungs- und Verwaltungsgesellschaft gehört nicht nur der Satyr mit Krawatte und die Sirene auf dem Teppichboden, sondern auch der binär codierte Maschinenmann mit Vollbart und Surfbrett.

In den "Briefen zur ästhetischen Erziehung des Menschen" sah Schiller am Beginn der Moderne im Formtrieb und im Stofftrieb die beiden antagonistischen Grundkräfte, jede für sich zwanghaft und gesellschaftsunfähig, verkörpert im Wilden und im Barbar. Um aus dem Reich der Notwendigkeit ins Reich der Freiheit zu gelangen, dachte er als dritte, versöhnende Kraft den ästhetischen Trieb. Die Utopie des ästhetisch gebildeten Menschen als Hoffnungsträger wurde immer wieder heillos überfrachtet und ideologisch ausgebeutet. Sie kann kaum ohne Ironie erinnert werden.

Vom reinen Typus des Wilden und des roboterhaften Barbaren aus betrachtet wäre das Mischwesen aus Mensch und Biest mit dem Mischwesen aus Mensch und Maschine durch ähnliche Erbinformationen aus dem genetischen Code des Humanen vermittelt.

2. Systeme

Pädagogik setzt ein Erziehungsziel voraus, das sie erreichen will, Therapie eine diagnostizierte Krankheit, die sie zu lindern oder zu heilen sucht. Beide Systeme operieren zwischen einem bestimmbareren Ist-Zustand und einem bestimmbareren Soll-Zustand. Ihre Operationen zielen auf eine Verminderung dieser Differenz, die als Erfolg bewertet und durch Erfolgskontrollen objektiviert wird. Dabei stellt der gemessene Erfolg nicht nur den erreichten Zustand der Bildung oder der Gesundheit fest, sondern entscheidet gleichzeitig über soziale Anschlußvoraussetzungen: über Karrieren, Maßnahmen und Finanzmittel. Dadurch geht von den selektiven Methoden der Erfolgskontrolle ein Rückkopplungseffekt auf die pädagogischen und therapeutischen Operationen aus.

Neben dem primären Ziel: zu lehren oder zu heilen, entsteht als Meta-Ziel die Widerspruchsfreiheit zwischen pädagogischer oder therapeutischer Leistung und Erfolgskontrolle. Dieses Meta-Ziel folgt seiner eigenen formalen Logik und tendiert zur Verselbständigung im selben Maß, in dem das System sich ausdifferenziert und komplexer wird.

Dadurch können fundamentale Widersprüche zwischen dem Zweck der Systeme und den Tatsachen des menschlichen Lebens entstehen. In einem zynischen Kalauer heißt das: Operation gelungen, Patient gestorben.

Als beste Antwort auf die Frage, was Kunst sei, fiel mir vor kurzem ein Buch in die Hände: Questions about art. Seite für Seite besteht dieses Buch ausschließlich aus Fragen.

Wird unter den eben genannten Voraussetzungen nach Kunst gefragt, dann sind diese Fragen entsprechend spezifiziert und man erwartet darauf ebenso spezifizierte Antworten. Für die systemeigene Rationalität sind die wabernden Tatsachen der Kunst nur bedingt zurechnungsfähig. Sie kann aus deren Fundus nur dasjenige brauchen, was auf ihrer Begriffsebene bereits definiert wurde oder definiert werden kann.

Antwortet man etwa: Kunst sei offen, weil sie das, was sie macht, erst machen muß; oder: Kunst habe keinen Zweck, weil sie selbst nach Sinn sucht, dann sind dafür außer an Akademien im Haushalt keine Titel vorgesehen. Antwortet man dagegen: ich biete ein Wandbild, einen Aquarellkurs, einen Diavortrag, einen Tag Beschäftigung oder eine Heilung durch Malen an, dann sind diese Angebote zumindest verrechnungsfähig.

3. Der eine Zwitter

Im Hinblick auf die Schule will ich diese Differenz noch einen Schritt weit ausführen.

Die zunehmende Autonomie des Ästhetischen und die Ausdifferenzierung des öffentlichen Schulwesens gehören zum selben historischen Emanzipationsprozess. An die Stelle einer in den alten Hierarchien verankerten Erziehungskunst trat ein Erziehungswissen als aufgeklärtes Leitbild. Was mit Kunst zu tun haben könnte, wurde nach und nach und mit wechselnden Akzenten in einem Spezialfach abgelegt. Es steht unter den wissenschaftlichen, standespolitischen und verwaltungstechnischen Direktiven des Gesamtsystems. Sie reichen vom Beamtenrecht und den Stundenanteilen bis zum Notensystem und zum Hausmeister.

Wie unter diesen Voraussetzungen neben anderen Fächern das Fach Kunst zu organisieren und zu operationalisieren sei, das überläßt man den zuständigen Fachleuten. So sehr sie mit Zielen, Inhalten, Methoden und Erfolgskontrollen jonglieren mögen: ihre Zuständigkeit muß sich zwangsläufig von der Seite der Kunst nach der Seite des Systems verschieben, oder sie werden für unzuständig erklärt. Jede erreichte Begriffsschärfe, die mit Handlungsanweisungen in den befragten Gegenstandsbereich Kunst eingreift, greift mit fremden Instrumenten in einen Biotop.

Was das Wesen der autonom gewordenen Kunst ausmacht, bleibt damit dem Schulsystem prinzipiell äußerlich. Wäre es anders, dann müßte man ja erwarten, daß wesentlich mehr Abgeordnete, Ministerialräte, Gymnasialdirektoren und Chefärzte wesentlich mehr der hier aufgeworfenen Kunstfragen verstünden.

Autonomie der Kunst aber bedeutet: ihr symbolisches Handeln steht für schöpferische Freiheit und Selbstbestimmung, ihre Sinnlichkeit ist eine eigene Erkenntnisform, die sich mit Genuß verbindet. Sie verlangt und ermöglicht eigene Kommunikationsweisen, die in der Codierung des Systems nicht oder nur fragmentarisch vorkommen. Deshalb mißtraut man ihr als möglichem Störfaktor, oder läßt sie gekämmt und gebürstet als exotischen Reiz und Dekoration zu, sofern dies kulturelles Prestige bringt.

Dennoch bleibt in dieser konstitutionellen Zwitterrolle der Kunstpädagogik ein dialektischer Spielraum, der etwas mit der Rolle des Narren auf der Bühne zu tun hat. Er bewegt sich zwischen den Polen Anpassung auf Kosten und Revolte im Namen der Kunst. Beide Pole zeigen sich wie in Phasen schizophrener Bildnerie durch Phänomene der Erstarrung und der Auflösung.

Die Zwitterrolle wird zum biographischen Los, wenn ein während der Studienzeit entfaltetes Selbstverständnis als Künstler mit entsprechenden Fähigkeiten im Dasein des beamteten Lehrers mündet oder münden konnte, als Lehrer noch gebraucht wurden.

Diese Identitätskrise führte aber auch zu produktiven Reaktionen. Sie öffnen die hermetisch elitären Tendenzen des Kunstbetriebs, wo gerade die Autonomie und der Selbstbezug zu einem eigenen System mit eigenen rigiden Strukturen und kommerzieller Fremdbestimmung führt.

Andererseits entstand im kunstpädagogischen Spielraum der Schule ein Potential von Erfahrungen, Phantasien, Kompetenzen

und Konzepten, das die Autonomie künstlerischer Kommunikationsprozesse in externen Bereichen realisierbar erscheinen läßt. Damit trifft sich die Kunstpädagogik mit Kunstformen, die das Publikum aktiv in ihre Aktionen einbeziehen.

Von solchen Erfahrungen aus gesehen kann sich die Perspektive sogar umkehren, wenn im kunstpädagogischen Experimentierfeld alternative Modelle des Lehrens und Lernens entstehen. Sie orientieren sich gerade nicht an den Systemvorgaben der Schule, sondern — ja, woran eigentlich? Ich sage es einmal umgangssprachlich: an guten Künstlern oder Pädagogen, die mit Leuten arbeiten wollen und auf deren Bedürfnisse und Lebenssituationen eingehen können. Dazu gehört Anregen, Zeigen und Urteilen ebenso wie gewähren lassen.

4. Der andere Zwitter

Ich unterbreche diesen Gedankengang, der auf neue Arbeitsfelder zuführen soll, um zuvor auf Zusammenhänge von Kunst und Therapie einzugehen, wie sie sich meinem Laienverständnis von außen darstellen.

Im Bereich der Prophylaxe, der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung, der Rehabilitation, Rekonvaleszenz und Pflege kommt Kunst zunächst in Form privater Vorlieben oder in Form von Gegenständen vor: Als Wandschmuck oder Kunst am Bau — wie sonst auch.

In der Kunsttherapie als psychotherapeutischem Prozess scheint das Verhältnis zunächst klarer als in der Kunstpädagogik. Gemeint ist nicht die Kunst, um sie zu vermitteln, sondern der Patient und die Patientin, um ihnen zu helfen. Kunst dient als Sprache, in deren Symbolen unbewußtes Material zum Vorschein kommt, um dann verbal oder wieder ästhetisch bearbeitet zu werden. Auf einer weiteren Ebene ist die bildnerische Aktivität selbst das Ziel. In ihr soll der Patient eine Ich-Stärkung erfahren.

Indem der Kranke seine intimen Regionen ans Licht bringt, ist er während seiner Äußerung und in seinen Bildern selbst oft erschreckend intensiv anwesend. Er entblößt sich und setzt sich in einer radikalen Weise als Subjekt. Damit betritt er den Innenraum autonomer Kunst.

Indem diese Setzung aber nicht so frei ist, daß er auch anders könnte, und er zugleich Objekt der Behandlung bleibt, befindet er sich in einer Lage, die wenig mit autonomer Kunst, dafür viel mit seinem Zustand zu tun hat. Für Ergebnisse, die expressiven und surrealistischen Kunstformen ähnlich sehen, fand Navratil den Ausdruck "zustandsgebundene Kunst".

Der Therapeut sieht vom Patienten mehr als umgekehrt. Der ästhetische Ausdruck ist mehr das Medium, als der Gegenstand einer ungleichwertigen Kommunikation. Allerdings sieht Gaetano Benedetti gerade in der Kunsttherapie Ansätze eines Rollenwechsels: "Entwicklung von interpersonalen Symmetriebeziehungen in der Psychotherapie, indem der Patient eine therapeutische Seite und der Therapeut eine Patientenseite introiziert."

Aus der Behandlungsperspektive kann sich die Kommunikation nur sekundär am künstlerischen Eigenwert des Ausdrucksverhaltens und seiner Gebilde objektivieren. Wertet man sie dagegen unter künstlerischen Gesichtspunkten, dann lösen sie sich aus dem Behandlungszusammenhang, dem sie ihre Entstehung verdanken, und werden als kulturelle Leistungen relevant, bei denen primär nach dem Ergebnis und sekundär nach den Entstehungsbedingungen gefragt wird.

Die ästhetische Faszinationskraft dieser "Kunst der Geisteskranken" kann dazu führen, sie in eigenen Plantagen zu kultivieren und zu vermarkten.

Mit dieser saloppen Formulierung möchte ich nicht verkennen, welche Motivation für künstlerisch ambitionierte Therapeuten

und welche soziale Resonanz für die Würde hospitalisierter Patienten im individuellen Fall wie in der allgemeinen Einschätzung von dieser ästhetischen Faszinationskraft ausgehen mögen.

Ich möchte damit den Einwand verstärken, daß das Verhältnis von Kunst und Therapie komplexer zu sein scheint, als es eine mediale Erklärung nahe legt.

Zunächst scheint die Kunst an der psychoanalytischen Begriffsbildung selbst elementar beteiligt zu sein, und zwar nicht nur wegen ihrer archetypischen Paradigmen, sondern in ihrer sinnlichen Gegenwart und als archeologische Metapher.

Dazu darf ich nur einen Eindruck aus dem Sanktuarium der Psychoanalyse wiedergeben. In Freuds Arbeitszimmer, das ein Jahr vor seinem Tod aus der Wiener Berggasse im Londoner Exil wieder genau so eingerichtet wurde, stehen Hunderte von ägyptischen, altorientalischen, fernöstlichen und vor allem griechischen Kunst- bzw. Kultgegenständen.

Saß Freud am Schreibtisch, dann hatte er eine dichte Front von Statuetten unmittelbar vor sich, blickte er auf, dann stand eine Reihe von Köpfen an der Wand vis-à-vis. Saß er im Sessel am Kopfende der von labyrinthischen Teppichmustern bedeckten Couch, dann reihte er sich selbst in diese Aufstellung ein: hinter sich in Kopfhöhe die steinernen Köpfe, vor sich die Rückseite der Statuetten-Parade.

Der Raum wirkt wie ein Environment, in dem nichts zufällig ist. Er wirkt wie ein vergegenständlichtes, betretbares Gehirn, an dessen Innenwänden das magische und artistische Vermögen verschütteter Kulturen in einer ordentlichen Übersicht verkörpert ist. Kein Gedanke, kein geschriebenes oder gesprochenes Wort, das nicht der Körperlichkeit dieser schweigenden Bilder aus der menschlichen Frühzeit ausgesetzt gewesen wäre.

So entsteht ein Resonanzraum zwischen der Gedankenwelt des psychoanalytischen Patriarchen in der Mitte, den Traumwelten der Patienten auf der Couch und den anschaulich gegenwärtigen Bildwelten archaischer Kunst ringsum. Zu den vielfältig flutenden Beziehungen und Brechungen, die dieser Resonanzraum hervorruft, steht das abstrakte Begriffsgebäude als stabile Form in einem Verhältnis.

Kann man diese schweigende Anwesenheit der Kunst wie eine Grußform einfach abnehmen, um die Psychotherapie erst rein hervortreten zu lassen und ihr später die Kunst als spezielles, sogar operationalisierbares Medium wieder anzuhängen? Ich habe mich gefragt, wie ein psychoanalytisches Gehirn aussehen und wie Therapie funktionieren mag, wenn dort eine vergleichbare Kunsterfahrung fehlt oder nur in Begriffen — man muß dann sagen: verfügbar ist.

Umgekehrt richtete sich das Interesse von der Kunst auf die Psychoanalyse, als sich Künstler bewußt auf die unbewußten und rätselhaften Abgründe einließen. Sie entdeckten dort schöpferische Quellen, die noch nicht kulturell entfremdet schienen und noch Wunder in der industrialisierten Welt erwarten ließen. Historisch gesehen wurde der Zauber des Unbewußten in der Romantik und dann wieder im Symbolismus kulturfähig. In den Zwanziger Jahren sahen die Surrealisten in Freuds Erforschung der Primärprozesse ein wissenschaftliches Modell für ihre eigenen, intellektuell begleiteten Expeditionen in die Tiefe; eine Bestätigung für den "Glauben an die höhere Wirklichkeit gewisser, bis dahin vernachlässigter Assoziationsformen, an die Allmacht des Traumes, an das zweckfreie Spiel des Denkens", wie es im Ersten Manifest des Surrealismus heißt (1924). Breton nannte die entsprechende Technik den "psychischen Automatismus".

Zwei Jahre zuvor hatte Prinzhorns Buch über die "Bilderei der Geisteskranken" die Beziehung anschaulich hergestellt. Die

Ähnlichkeit der Bilder zeigte die mit dem Unbewußten freigesetzte Gestaltungskraft und schien zu belegen, daß Kunst und Wahnsinn in den inneren Organen der Kreativität zusammenhängen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg sammelte Jean Dubuffet, was außerhalb des Kunstbetriebs, aber mit Leidenschaft, Hingabe und aus innerer Notwendigkeit entstand. Er nannte diese authentische Außenseiterkunst: "L'art brut". Sie stammt auch, aber nicht nur von Geisteskranken. Durch ihre Wertschätzung als Kunst gelangt die Produktivität aus dem Hospitalismus, der sie mitbedingt, heraus in einen Kulturbereich, der nicht etablierte, sondern subkulturelle Kräfte favorisiert.

Das Konzept L'art brut führt die zustandsgebundene Symbolik nicht auf das geltende Symbolsystem der Gesellschaft zu, sondern stellt sie ihm als beachtlichen Wert entgegen. Indem der psychische Befund unwichtig und das künstlerische Gebilde wichtig wird, avanciert der Außenseiter vom abgedrängten zum ungewöhnlichen Außenseiter, der nicht wegen seiner Defizite, sondern wegen seiner Produktivität beachtet wird. Indem er unbeirrt seinen Obsessionen folgt, hält er zugleich den kulturellen Normen ihre verdrängten Bilder vor. Indem L'art brut das Anormale rehabilitiert, wird zugleich die Normalität in Frage gestellt. Dubuffet: "Alles, was vom Normalen, vom Prototypischen abweicht, nennt man Wahnsinn, und dabei kann man auf sehr verschiedene Weise vom Prototypischen abweichen."

Darin spiegelt sich ein unmonumentales Künstlerbild, das herrische Künstlerbilder unterläuft.

Mit der Analogie vom krankhaften Zustand der Gesellschaft und der Krankheit eines Individuums, mit dem Vergleich zwischen Künstlern und malenden Psychopathen, beginnen aber auch die fatalen Mißverständnisse, die auf ihrem barbarischen Höhepunkt den Bildersturm "Entartete Kunst" legitimiert hatten. Die Suche nach klinischen Befunden bei Künstlern, die Rede von "Genie und Irrsinn" zeigt diese gefährliche Nähe und verwirrt die Unterschiede.

Doch in dieser Analogie spricht etwas vom alten Volksglauben, wonach Narren die Wahrheit sagen.

"Wahnsinn und Vernunft", schrieb Foucault 1973, "treten in eine ständig umkehrbare Beziehung, die bewirkt, daß jede Wahnsinnsform ihre sie beurteilende Vernunft findet, jede Vernunft ihren Wahnsinn hat, in dem sie ihre lächerliche Wahrheit findet. Wahnsinn und Vernunft werden aneinander gemessen, und in dieser Bewegung reziproker Beziehung weisen beide einander ab, stützen sich aber gegenseitig."

Gerade auch im Hinblick auf die Kunst schwimmen die zum Selbstschutz fest geglaubten Grenzen von gesund und krank und fordern Differenzierungen.

Könnte nicht ein Arzt, selbst ein Therapeut, wenn er hochkomplexe Funktionen lernen und bewerkstelligen muß, unter ein Normalmaß desensibilisiert und kreativitätsgelähmt werden? Und dies oft dort, wo die Sensibilität eines sonst zweifellos Kranken bei weitem gesünder und produktiver sein kann? Auch gegenüber einer allgemeinen deformation professionelle?

Darf ich noch weitergehen?

Der realistische Fernsehkrimi und die wahnwitzigen Giftskandale oder Geiseldramen — Dramen! — füllen nicht nur Übergangslos den täglichen Bildschirmabend der Nation, sondern schauen sich gegenseitig ihre Dramaturgie ab: die Fiktion wird zum Muster, nach dem sich die Realität inszeniert. Das Normalgehirn scheint sich auf die autistische Ununterscheidbarkeit von Wahn und Wirklichkeit einzuspielen. Die Augen mutieren zu unersättlichen Greifarmen, die pausenlos dieses Gemisch aus der Außenwelt in die Innenwelt hineinschaufeln und auf die Au-

ßenwelt wieder zurückwerfen. Die unanschaulichen Überlebensprobleme aber werden erst greifbar, wenn sie konkurrenzfähige Bilder abgeben, ohne daß sie dadurch schon begriffen würden. Denn man sieht, was man sehen will. Was im Scheincharakter der Bilder bei den Konsumenten entweder als Realität oder als Fiktion ankommt, darüber bestimmen auch die erregten Lust- oder Unlustgefühle, die mit dem Input selbst konditioniert werden. Zwischen den internalisierten Weltbildern und den Tatsachen der Welt wächst eine Wahrnehmungsbarriere.

Psychotisch Kranke, die zwischen Wahn und Wirklichkeit nicht unterscheiden können, legen sich eine eigene visionäre Welt zu recht, in denen auch das auftauchen kann, was Paul Klee "Uranfänge der Kunst" nannte. In die Leerstellen der normalen Verbraucherpsyche aber, die eine Enteignung der Phantasie zurückgelassen hat, wird die Mixtur aus Wahn und Wirklichkeit hineinprojiziert. Der Psychotiker würde damit nicht nur zum Prototyp einer vergesellschafteten Symptomatik; er hätte dem passiven Bildkonsum seine autistische Kreativität als Lebenskraft voraus. Das verbindet ihn mit dem Künstler, der jedoch freier über den Wechsel zwischen internen Visionen und externen Beobachtungen verfügt.

Ob nun dieser kurz geschlossene Vergleich zwischen individuellem und kollektiver Pathologie selbst etwas von Wahnvorstellungen hat oder nicht: er zeigt jedenfalls drastisch, daß die Kunsttherapie zu den historischen Veränderungen ihres sozialen Umfeldes in einem Verhältnis steht. Sie kann ihr Selbstverständnis nicht nur auf heilende Operationen zwischen einer kranken Innenwelt und einer für intakt gehaltenen Außenwelt zurückziehen, wenn diese unter vergleichbaren Symptomen leidet. Ihr Ort wäre eine Art Zwischenreich, wo mit dem Gesunden im Patienten auch der Schwachsinn in der sozialen Kommunikation wahrgenommen wird, der auch Gesunde schließlich krank macht. "Zwischenreich" nannte übrigens Paul Klee den Ort seiner Entdeckungen. Er soll seinen Besuchern Abbildungen aus Prinzhorns Buch gezeigt und dazu bemerkt haben: "ein guter Klee".

Der Eigensinn der Kunst meldet sich bei jeder Indienstnahme. Er betrifft die Kunsttherapie über ihr spezielles Know-how hinaus vor allem dann, wenn im konjunkturellen Aufwind berufspolitische und studienwirksame Entscheidungen anstehen, die nach Qualifikationen und Legitimationen verlangen. Erwartungen der Selbsttherapie verbinden sich mit Berufsperspektiven und drängen auf den Markt, der Markt erzeugt einen Konkurrenzdruck.

Je mehr sich die Kunsttherapie etabliert, desto mehr gerät sie in die Systemzwänge, wie ich sie vorher zu skizzieren versuchte. Die ungeschützte Behutsamkeit aus dem Spielraum der Erkundungsphase wird mit Gürteln und Handschuhen ausgerüstet. Flexible Zuordnungen von ästhetischen Mitteln und therapeutischen Zwecken, von Symbolen und Bedeutungen, von vor- und nachgeordneten Maßnahmen werden praktikabel gemacht und mit dem Schein der Objektivität versehen.

Während künstlerische Kompetenzen immer auch auf eigene Verantwortung zurückweisen, droht jede systematische Abstraktion die Kompetenzen an sich zu ziehen, an eine institutionelle Hierarchie zu binden, als Qualifikationsnormen wieder auszugeben, genuine Widersprüche zu tilgen und den Job von der personalen Verantwortung zu entlasten.

Die Sirenen eignen sich mehr fürs Aquarell, die Satyrn mehr für den Modellerton, sofern ihr dionysischer Lärm zuvor im Ur-schrei gebündelt wurde.

Im Wildwuchs der Programme, so ist auch hier zu fürchten, kennt die Entfesselung des Banalen keine Grenzen.

5. Was sollen Künstler?

Gibt es Verblödung aus einem Zuviel an programmierter Unterweisung? Gibt es Leiden nicht nur aus einem Mangel, sondern auch aus einem Übermaß an Behandlung, das den Behandelten währenddessen keine Pause zutraut und sie hinterher wieder der Wüste überläßt?

Ich lasse die Gedanken zur Kunsttherapie jetzt so stehen und wende mich künstlerischen Arbeitsweisen zu, die pädagogische und therapeutische Perspektiven haben, ohne Pädagogik oder Therapie zu sein. Diese Arbeitsformen setzen auf ein Selbstverständnis als Künstler und versuchen, die Widersprüche zwischen Kunst und gesellschaftlichen Institutionen nicht auszuklammern oder zu harmonisieren, weshalb auch ihr Scheitern naheliegt.

An der Schwelle zum Ersten Weltkrieg formulierte Kandinsky einen Topos der Avantgarde: "Gegensätze und Widersprüche, das ist unsere Harmonie!"

Mit dem postmodernen Klimawechsel kamen auch die utopischen Visionen der Moderne aus der Mode. Vielleicht versucht der verrückte Glaube an die Utopie, sich aus der kommerzialisierten Kunstwelt in therapeutische und pädagogische Provinzen zu retten. Vielleicht findet auch der Wunsch nach selbstversunkenen, zerbrechlichen Arbeitsweisen, nach prozesshaft offenen Kunstformen, nach kontinuierlicher Kommunikation gewisse Anknüpfungspunkte an therapeutische Situationen. Das Zauberwort "Selbsterfahrung" läßt zwar Schreckliches ahnen, aber was machen Künstler nicht ständig?

Auch kunstpädagogische Theoreme berufen sich auf therapeutische Wirkungen. Sie scheinen etwas Ähnliches zu meinen, das meist verächtlich "kompensatorische Funktion" hieß, um der Kunsterziehung eine spielerische, ideologisch brauchbare Entlastungsrolle vom Leistungsdruck der wissenschaftlichen Fächer zuzuweisen.

Die Stellen für Lehrer sind knapp geworden. Nur ein kleiner Bruchteil der Absolventen des künstlerischen Staatsexamens findet einen Platz in der Schule. Junge Kunstpädagogen und junge Künstler, die nicht als Galerielieferanten leben wollen oder die der Kunstmarkt nicht aufnimmt, suchen nach Arbeitsfeldern, die ihre Produktion und Identität als Künstler nicht abwürgt.

Im Heil- und Pflegebereich trifft die künstlerische Neugier auf existentielle Not. Sie begegnet einer harten Realität, die künstlerischen Ambitionen entgegentritt, die sie fordert und wach hält, die den ästhetischen Selbstbezug öffnen und vor Formalismen schützen kann. Wenn von Wechselwirkungen, von symmetrischen Kommunikationsweisen die Rede ist, dürfen die Interessen im Geben und Nehmen nicht verschwiegen werden, denn daraus kommen Antriebskräfte.

Zugleich geraten diese Antriebskräfte in den marktwirtschaftlichen Sog von Service und Ausbeutung. Inwieweit die Not der Patienten auf deren Kosten künstlerisch ausgebeutet wird, oder durch ihre Kreativität wechselseitig eine Arbeit stimuliert, in der Patienten nicht nur Patienten sind und Künstler mit neuen Erfahrungen konfrontiert werden, das gehört zu den Risiken. Sie verlangen Kraft und besondere Sensibilität.

Dies setzt nicht nur voraus, daß die Künstlerin oder der Künstler gut ist, dort arbeiten will und sich dafür eignet. Es setzt auch voraus, daß er und sie durch zusätzliche Erfahrungen mit den besonderen Problemen und dem besonderen Milieu der Krankenbehandlung, der Pflege, der Rehabilitation, des Strafvollzugs usw. vertraut gemacht werden. Dank der Initiative von Traudl Schottenloher gelang es, an der Münchner Akademie einen Modellversuch "Bildnerisches Gestalten und Therapie" als Aufbaustudium für qualifizierte Künstler einzurichten.

Künstler also. Alte Berufsidentitäten wie Arzt oder Künstler sind mit fortschreitender Spezialisierung ambivalent geworden. Sie begegnen der Zersplitterung des Ganzen durch ganzheitliche Binnenstrukturen, das ist ihre Stärke. Sie können aber in ihrer monadenhaften Geschlossenheit die externen Brüche immer weniger abbilden. Kunst ist zwar sozusagen auf das gebrochene, unübersichtliche Ganze spezialisiert, doch tendieren ihre heterogenen Kräfte zu einer eigenen Monokultur, die sich nach außen und vor allem nach unten imprägniert.

Brüchige Identitäten dagegen reproduzieren nicht nur heillos die Brüche der Gesellschaft, sondern reagieren oft besser auf neue Tatsachen, sofern sie sich irgendwo professionalisiert haben. Es ist kein Zufall, daß dies bei Künstlern besonders häufig geschieht, die von der Gesellschaft ohnehin kaum gebraucht werden. Für eine Künstleridentität, die sich nicht aus einem Berufsbild ableitet, sondern aus einer zentralen Passion in die verschiedensten Felder hineinwirkt, steht die Person, das Werk und der Kunstbegriff von Josef Beuys.

Wenn aber in einem öffentlichen Dasein die künstlerische Kompetenz fehlt und die Leidenschaft absterbt, dann wird aus dem Mischwesen nicht einmal ein Zwitter mit Kunst im Knopfloch, sondern ein Übergang zum Funktionär. Dies scheint übrigens auch für Kunstvermittler zu gelten, deren aktive Lebenszeit das Tempo des Paradigmenwechsels weit überdauert. So schnell können die sich oft gar nicht mehr drehen. Die Passion des Kenners, Fürsprechers, Kämpfers und Förderers, der Stellung bezieht, verliert sich im allzeit aufgeschlossenen Management, das Stellungen im Kulturbetrieb besetzt hält.

Blickt man von der Seite des Künstlerangebots auf die Seite der sozialen Nachfrage, dann scheinen dort die übermäßigen Mängel der Lern-, Heil- und Pflegefabriken Heilserwartungen zu schüren, die sich auch mit diffusen Vorstellungen von Kunst verbinden. Sie nähren sich zugleich als globalen Endzeitängsten und schwimmen im Kontext von New Age und Psychoboom. Sie erzeugen mit der Freizeitgesellschaft eine kulturelle Wachstumsbranche, in der die "Therapiebedürftigkeit als Element des allgemeinen Sozialcharakters auftritt", wie Helmut Hartwig in einem ähnlichen Zusammenhang formulierte.

Wenn es heute heißt, das Gesundheitswesen solle sich mehr um Prophylaxe und Rekonvaleszenz bzw. Rehabilitation kümmern, dann hätten die Künstler dort etwas zu bieten.

Erst wenn die Autonomie der Kunst ernst genommen wird, kann sie mit anderen Bereichen der Gesellschaft eine Wechselbeziehung wirklich eingehen.

In den Mauern der Institutionen erscheint sie als trojanisches Pferd. Sie ersetzt nicht nur Tranquilizer, schmückt nicht nur Flure, füllt nicht nur Zeit, liefert nicht nur symbolisches Material, sondern setzt Lebenszeichen und entwickelt Lebenskräfte. Ihre anarchische, subversive Kraft sucht quer zum Chaos überdeterminierte Ordnungsmächte nach je eigenen, dezentralen, organischen Ordnungen.

Gehört Kunst, griechisch *techne*, zu den weichen Technologien? Ist sie ein Softie?

Als biographische Entscheidung und in ihren radikalen Ansprüchen ist Kunst eine hartes Metier. Ihre Härte und ihre Sensibilität vermitteln sich in der Person, die sich im Schutz künstlerischer Arbeit ungeschützt zeigen kann. Die Härte technologischer Großsysteme scheint dagegen die Sensibilität der Dienstleistungen immer ohnmächtiger zurückzulassen. Das macht das Dienstleistungspersonal stumpf, zynisch, oder betulich.

Ohne auf der Autonomie der Kunst zu bestehen, ohne die Widersprüche auch in moderaten, sozial abgefederten Arbeitsplätzen produktiv offen zu halten, könnten die Dienste mit der Vorsilbe Kunst in professionalisierte Winkel dieser Betulichkeit umgebogen werden.

6. Atelier im Krankenhaus

Ich plädiere für eine offene Werkstatt, für ein Atelier, für einen poetischen Ort, der innerhalb der organisierten Territorien einen exterritorialen Status hat. Er wäre bestimmt durch die Atmosphäre, die ein Künstler oder eine Künstlerin dort herstellt, am besten durch Gelegenheiten zum eigenen Arbeiten in der Weise des "Artist in residence". Die Kommunikation entwickelt sich an der Eigendynamik individueller oder gemeinschaftlicher Arbeitsverläufe und Ergebnisse.

Es wäre ein Ort vor allem für Langzeitpatienten, Behinderte, Alte, Rekonvaleszenten, auch für Pflegerinnen und Pfleger, und warum nicht auch für Ärzte und Ärztinnen. An den Problemen der Pflege und ihrem Sozialstatus scheint sich sowieso die erste Bruchstelle bei der Katastrophe im Gesundheitswesen abzuzeichnen.

Was sich in diesem Ort abspielt, möchte ich mit den Worten des Bildhauers Siegfried Neuenhausen charakterisieren, der von Bildhauerprojekten an zwei psychiatrischen Kliniken in Hamburg 1982 berichtet:

"Es wurden keine Krankheiten behandelt, sondern Fähigkeiten beansprucht und durch Arbeitsergebnisse bestätigt, und weil Menschen in ihren Fähigkeiten bestätigt und anerkannt wurden, kamen sie mit Lust. Die hedonistische Dimension unserer Arbeit haben wir bewußt voll entwickelt.

Die Menschheit war hier nicht aufgeteilt in Ärzte, Pfleger und Kranke oder in "normal" und "auffällig" sich Verhaltende. Die Verhältnisse waren so, daß jeder begabt wurde, auf seine Weise Kunst zu machen. Wir führten keine vorher festgelegte Konzeption aus, sondern entwickelten die Konzeption, den Leitgedanken beim Machen, ja das Machen selbst enthielt die Konzeption.

Es war wichtig für die Qualität unserer Arbeit, die Klinik vor der Werkstatt zu lassen und dennoch im Hinterkopf zu wissen, daß unsere Mitarbeiter Kranke waren. Weniger die Forderung nach Leistung als das Angebot von Aufgaben prägten das Arbeitsklima. Wir setzten auf die Faszination des Machens, auf den mit der Entdeckung unvermuteter Fähigkeiten verbundenen Antrieb, auf die Dynamik künstlerischer Prozesse.

Unsere Werkstatt war offensichtlich nicht nur Arbeitsstätte, sondern auch Kommunikationsraum, ein sozialer Ort, an dem Patienten sich wohl fühlten."

Das Projekt entstand dadurch, daß Neuenhausen zwei Wettbewerbe für "Kunst am Bau" gewann und den Akzent vom Künstlerprodukt auf den sich selbst organisierenden Prozess verschob. Freilich spielten bei diesem Modell die Motivation durch die Öffentlichkeit der gewollten Plastiken, die gemeinsame Aufgabenstellung und die zeitliche Begrenzung eine tragende Rolle.

Dennoch zeigt das Projekt und sein Kommentar entscheidende Kriterien auch für die Arbeitsweise in einem Atelier, das auf Dauer eingerichtet wird und das die Beteiligten nicht wie nach einem euphorischen Schub wieder ihrem Schicksaal überlassen muß. Es wirkt ohne die Faszinationskraft und die Mittel, die vom großen Werk für die Patienten und vom befristeten Experiment für die Künstler ausgehen. Aber mit seinem längeren Atem kann es differenzierter arbeiten und das künstlerische Potential besser in den Alltag vermitteln.

Aber im Krankenhaus ein Atelier einrichten wollen, das ist fast so, wie einer Agrarfabrik mit Stallmist kommen. Jedenfalls haben wir es bis jetzt noch nicht geschafft. Mit einer Politik gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen verträgt sich nicht, was man bestenfalls für Luxus, eher für deplaziert oder gar für gefährlich hält.

Ich darf unsere Story in Kurzfassung wiedergeben, um abschließend vom Abstrakten zum Konkreten und vom Sublimen zum Banalen überzugehen. Wir begannen 1985 eine Reihe von Akademie-Ausstellungen mit meiner Klasse im Krankenhaus München-Harlaching. Mit dem Einbruch fremder Bildwelten war etwas angerissen worden, was ganz andere Kommunikationsformen über Kunst notwendig erscheinen ließ. Zusammen mit dem Chefarzt, Prof. Paal, entstand die Idee vom "Atelier im Krankenhaus", die gar nicht so neu ist. In die Außenanlagen soll ein Kunstpavillon, betreut von einem kleinen Team junger Künstler. Die Suche nach der Finanzierung eines "Pilotprojektes", wie das heißen muß, blieb ohne Erfolg, ein Antrag ans Bayerische Sozialministerium sogar ohne Antwort.

Erst nach zwei Jahren erinnerte man sich an das Projekt, aber unter dem Stichwort "Aids". Bei Aids, dachte ich mir, kommen mit der Ratlosigkeit auch Mittel und man ruft nach dem Künstler wie man früher nach dem Pfarrer rief. An der Dermatologischen Klinik wurde eine psycho-soziale Beratungsstelle eingerichtet, die erste, wie es hieß, Bayern liegt vorn, und der zuständige Minister eröffnete sie mit einer Pressekonferenz. Dort konnte ich von heute auf morgen das Atelier, das es noch gar nicht gab, vorstellen. Zum Glück wußte ich eine geeignete Kollegin, Monika Urban, die gerade nach einer entsprechenden Aufgabe suchte und sich spontan engagierte.

Die angebliche Eröffnung des Ateliers war gut für die Presseüberschriften, für sonst nichts. Der Klinikchef distanzierte sich wieder. Auf eine Reklamation nach einem Vierteljahr wurde mir geantwortet, der Minister habe das Projekt "zwar wohlwollend zur Kenntnis genommen", aber nichts versprochen, eine Förderung sei fraglich, ich solle Unterlagen nachreichen. Nur die Hartnäckigkeit der Kollegin erreichte dreiviertel Jahre nach der sogenannten Eröffnung eine halbe Stelle. Sie war mit dem Wunsch verbunden, mit den Betroffenen möglichst bald vorzeigbare Ergebnisse zu produzieren. Aber es gab keinen Platz. Das städtische Krankenhausreferat schwieg von Anbeginn.

Die Kollegin fand schließlich als ausbaufähiges Provisorium einen Speicher im städtischen Krankenhaus München-Schwabing, unterstützt durch das Engagement von Dr. Jäger. Das führte wiederum zu Kompetenzproblemen. Inzwischen scheint die Stadt München zumindest nicht abgeneigt, sich mit den räumlichen Problemen des Projektes zu befassen.

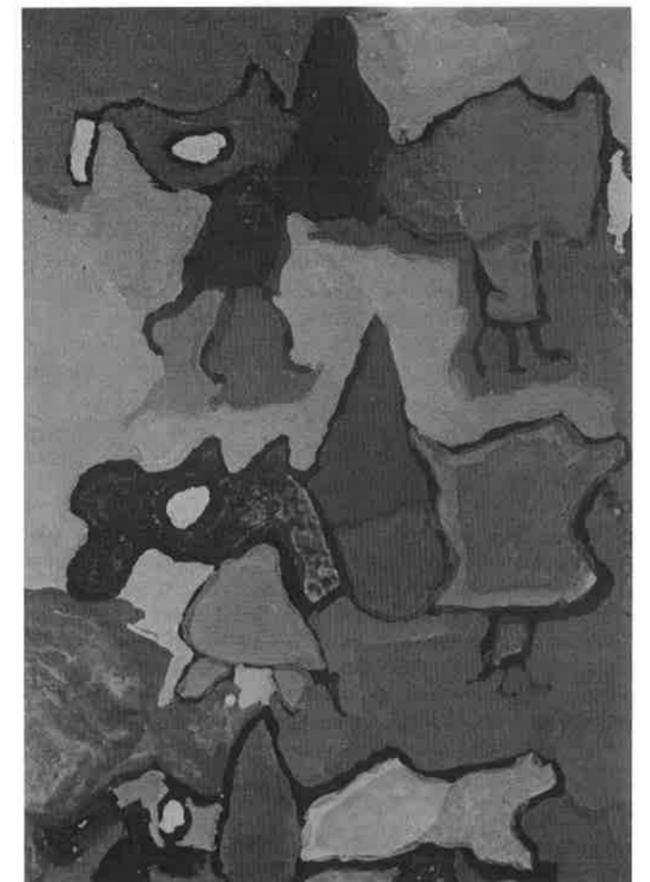
Die Story ist weder singulär noch bayerntypisch. Sie zeigt, daß nicht die sublimen Prozesse, sondern die banalen Tatsachen der Institutionen und der Politik das eigentliche Problem sind. Weniger die empfindliche Arbeit selbst, als deren zermürbende Installation kostet die Energien, die für jene notwendig wären, und die schließlich, sollte es so weit kommen, erschöpft sein könnten.

Man kennt den brummigen oder netten Maschinenmann mit oder ohne Bart und Surfbrett, der am Fensterbrett Tomatenpflanzen züchtet und Blechspielzeug aufstellt und immer nur Anträge verlangt, dann aber doch nicht so zuständig oder in Urlaub ist. Er ist nicht nur Täter, besser: Nicht-Täter, sondern auch Opfer, und manchmal findet man sich ja selber in dieser Rolle. Man sollte auch ihm anbieten, seinen Hobbykeller durch die Oase des Ateliers zu erweitern. Wenn es das Atelier gäbe.

Die anfängliche These, Kunst und Klinik seien unvereinbar, bestätigt sich in der Realität bei jedem Schritt. Wenn Psychotherapie auch darin besteht, zur Annahme des Realitätsprinzips zu verhelfen, dann müßte man bei gesundem Verstand diese Unvereinbarkeit akzeptieren und die Kunst draußen lassen.

Aber Kunst ist — um wenigstens eine Antwort anzubieten — wenn man trotzdem nicht resigniert.

Thomas Zacharias, geb. 1930. Studium Grafik und Malerei an der Akademie München; Kunstgeschichte und Philosophie an der Universität München; Promotion 1960 bei H. Sedlmayr; seit 1956 Kunsterzieher in München; seit 1966 Klasse für Kunsterzieher als Professor an der Akademie München. Versch. Veröffentlichungen, Mitautor kulturgeschichtlicher Fernsehfilme, Handbuchbeiträge, Aufsätze und Vorträge vor allem zur Kunstpädagogik und Kunstvermittlung. Adresse: Akademie der Bildenden Künste, Akademiestraße 2, D-8000 München 40



"Ohne Titel",
gemalt von Günther Bunk in der Kreativen Werkstatt,
Anstalt Stetten, 7053 Kernen im Remstal

Gestaltungstherapie als Therapie mit bildnerischen Mitteln auf tiefenpsychologischer Grundlage

Bericht über ein Kurzseminar bei der Jahrestagung 1987
in Heidelberg

Wir kündigten unser Seminar mit der Definition von Gestaltungstherapie an, auf die sich 1979 die im Deutschen Arbeitskreis zusammengeschlossenen Gestaltungstherapeuten geeignet hatten.

Mit einem kurzen Rückblick auf die Entstehung der von uns praktizierten Form von Gestaltungstherapie/Kunsttherapie beabsichtigte ich, den Zuhörern unsere therapeutischen Interventionen und Behandlungsschwerpunkte verständlich zu machen.

In den ersten Nachkriegsjahren befaßte man sich unter dem Einfluß der Erkenntnisse von C. G. Jung mit den *unbewußten Inhalten* von Bildern, die Patienten im Verlauf einer Analyse malten. Die Tätigkeit von Beschäftigungstherapeuten, Künstlern und Kunstpädagogen in Kliniken mit psychoanalytischen Behandlungskonzepten eröffnete eine weitere Dimension in der Behandlung. Diese "Hilfskräfte", die sich in der Folgezeit durch eigene Analyse und kontinuierliche Weiterbildung therapeutische Kompetenz erwarben, begleiteten mit empathischer Einfühlung und sensibilisierter Wahrnehmung die Patienten bei ihrem gestaltenden Tun. Damit wurde es möglich, nicht nur das *Produkt*, sondern auch den *Gestaltungsprozeß* und das *Erleben* des Patienten beim Gestalten gemeinsam zu reflektieren und so therapeutisch nutzbar zu machen. Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut bekam auf dem Hintergrund der Theorien der Psychoanalyse und der Ichpsychologie zunehmend an Bedeutung für das Selbstverständnis der Gestaltungstherapeuten, und für ihre praktische Tätigkeit in den Kliniken.

Das Curriculum der Weiterbildungskurse, die der DAGTP seit 1981 durchführt, ist auf die Erfordernisse der stationären Therapie ausgerichtet. In diesem Bereich hat sich die Gestaltungstherapie in zwei Jahrzehnten als Therapie für Menschen mit seelischen Erkrankungen bewährt, bei denen weder Medikamente allein noch die klassische psychoanalytische Technik oder eine andere Gesprächstherapie Erfolge versprechen. Das Behandlungsziel ergibt sich aus dem psychodynamischen Krankheitsverständnis: In der Beziehung zum Therapeuten soll der Patient durch sein bildnerisches und plastisches Handeln sich selbst begegnen, Einsicht in seine Störung mit den ihr zugrunde liegenden Konflikten gewinnen und Kräfte zur Überwindung der Krankheit mobilisieren.

Helena Schrode

Mit einer theoretischen Einführung, in der ich die Funktion der Gestaltungstherapie für die Behandlung ich-strukturell gestörter Patienten besonders hervorhob, setzte ich das Seminar fort und verdeutlichte das Theoretische an einer Falldarstellung aus der stationären Psychotherapie.

Ich zeigte Bildmaterial-Dias einer 24-jährigen Frau, die wegen eines Borderline-Syndroms, eine Entwicklungsstörung in der Separations-Individuationsphase, ein 8monatige stationäre Psychotherapie begann und während der ganzen Zeit in einer Gestaltungsgruppe malte.

In einer Auswahl von 9 Bildern stellte ich den Prozeß der Be-

handlung zur Diskussion, fokussiert auf die typischen Selbsterbilder und die Übertragungen der Patienten auf das Behandler-Team, wie sie in der Spiegelung der Bilder sichtbar wurden. Die Bildelemente: Farbe, Volumen, Raum Bewegung, u.s.w. beschreiben eben nicht nur ästhetische Dimensionen auf der Materialebene, sondern diese Bildelemente sind immer auch gleichzeitig vorsprachliche Aspekte der nach innen genommenen Welt der frühen Erfahrungen, die so die Beziehungen zwischen Menschen innerhalb sowie außerhalb der Therapie beeinflussen.

Methodisch war mir wichtig zu betonen, daß ohne Themenvorgabe, allein durch die therapeutische Beziehung zu mir und zur Gruppe, auf dem strukturierenden Hintergrund des stationären Rahmens, eben gerade die unbewältigten Ängste um Separation und Individuation in der frühen Kindheit einen bildhaft-vorsprachlichen Ausdruck finden konnten und so vom Behandler-Team besser verstanden wurden. Dazu bedurfte es der Brückenfunktion der Gestaltungstherapeutin, die sich in die Bilderwelt der Patientin einfühlte und eine Interaktion ermöglichte, die zunehmend verstehbare und sprachlich darstellbare Beziehungsmuster aufwies. Dies führte zu einem gegenseitigen besseren Verstehen, förderte die Durcharbeitung abgespaltener Affekte und deren Integrierung, und half bei der überaus schwierigen Behandlung, eine negative therapeutische Reaktion der Patientin zu vermeiden.

Sie konnte sich von der Klinik trennen und Vorstellungen über eine eigene Lebensgestaltung entwickeln. Auf der Bildebene zeichnete sie in einem ihrer letzten Bilder den inneren Prozeß der Loslösung, den sie in einem Zeitraum der 8 monatigen Behandlung schmerzlich erlebt hatte. Sie malte in einer eindrucksvollen Bilderfolge, wie sich ein ganzer Körper in zwei miteinander innig verbundene differenziert, sie sich dann voneinander losreißen, um sich schließlich als zwei getrennte mit eigener dünner Körperkontur gegenüber zu stehen.

Die Bildreihe der Patientin zeigte die spezifische Funktion der Gestaltungstherapie auf, mit deren Hilfe die Schritte in Richtung Individuation gehen konnte, die für sie und das Team in ihren Bildern sichtbar wurde.

Ursula S. Böhler

Helena Schrode, Lehrtherapeutin DAGTP
Institut für Weiterbildung im DAGTP
Pflasterackerstr. 90
7000 Stuttgart 1

Ursula S. Böhler, Lehrtherapeutin DAGTP
Studium an der Staatlichen Akademie der bild. Künste
Stuttgart
Gestaltungstherapeutin am Zentralinstitut für
seelische Gesundheit
Psychosomatische Klinik, Mannheim
Eberlinweg 8
69 Heidelberg

Entfremdung — Auseinandersetzung — Dialog Zur Komplexität des musiktherapeutischen Beziehungsgeschehens

Alfred Schmölz

„Die Beobachtungen von Psychotherapeuten, bei Patienten im zunehmenden Maße eine Desorientierung im Hinblick auf Werte und Wertwelten festzustellen, sowie verstärkt durch Patienten und ihre psychotherapeutische Arbeit mit Fragen nach dem Sinn des Lebens, der Werte und dem Wunsch einer Ziel- und Lebensorientierung konfrontiert zu werden,“ waren die Veranlassung, im September 1986 in Mainz einen Kongreß mit dem Thema „Psychotherapie und Ethik in Klinik und Praxis“ zu veranstalten. Brandenburg (1987) folgert in ihrem Bericht dann weiter, auch „Therapeuten“ dürfen die Frage nach dem 'Sinn des Lebens' ebensowenig verdrängen und sind vor die Aufgabe gestellt, intensiv Antworten zu suchen“.

Nun könnte die oben erwähnte Desorientiertheit bei Therapeuten zunächst eher erstaunen, sind doch, angeregt durch die drei tiefenpsychologischen Richtungen weitere Schulen in kaum mehr überschaubarer Zahl entstanden und in ihrer Folge auch entsprechende Konzepte, Modelle, Methoden und Technologien; hinter diesen stehen — wenn auch nicht immer deklariert — sehr wohl unterschiedliche Welt- und Menschenbilder. So stellen Adler, Jung, Frankl, Rogers u. a. die Sinn- und Wertfrage sogar in den Mittelpunkt ihrer Konzepte. Während aber z. B. in den Vereinigten Staaten und auch in der Bundesrepublik die psychologischen Berufsverbände bereits ethische Standards entwickeln, werden nach Strotzka (1984) bei uns die implizierten moralisch-ethischen Probleme noch viel zu wenig berücksichtigt, wie z. B. „die Antinomie (Widerspruch) von Anpassung und Emanzipation ... die Ethik der ausagierenden Therapien ist noch nicht einmal andiskutiert, ... ich bin überzeugt, daß die einzelnen Schulen oder ihre Dachverbände um wissenschaftliche und praktische Arbeit an der Ethik ihrer Disziplin nicht herkommen werden“.

Diese sehr persönlichen, aber auch berufspolitisch wichtigen Fragen ergeben sich jedoch notwendigerweise für den Therapeuten spätestens anläßlich seiner Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff und den Zielen seiner therapeutischen Arbeit.

Aus der für Keupp (1980) „letzten Endes produktiven Kontroverse um die Erweiterung des bisher zu eng gefaßten, rein medizinischen Modells des Krankheitsbegriffes haben sich einige Elemente einer umfassenderen Perspektive für die Erfassung psychischer Störungen ergeben, die eine eher sozialwissenschaftliche Orientierung vermitteln“. Und bei Kremer (1982), der für eine Neufassung des „Gesundheitsbegriffes“ plädiert, bedeuten Gesundheit und Krankheit „genau genommen nicht Symptome oder eine Ansammlung von Symptomen, sondern die Qualität des Funktionierens eines Gesamtsystems ... Indem wir Krankheit nicht als einen Veränderungsprozeß, einen Kampf um die volle Nutzung und Auskostung des Gesundheitsprozesses sehen, kämpfen wir gegen die Krankheit statt ... für die Verwirklichung unseres gesamten Potentials.“

Auch die Möglichkeiten der Erfahrung und Reifung, die uns durch die Auseinandersetzung mit der Krankheit gegeben sind, weist schon Novalis mit Nachdruck hin, wenn er sagt: „Krankheiten, besonders langwierige, sind Lehrjahre der Lebenskunst und der Gemütsbildung. Man muß sie durch tägliche Bemerkungen zu benützen suchen.“ Auch Mitscherlich (1968) sieht in Krankheit nicht nur eine lästige Erscheinung, die möglichst rasch beseitigt werden soll: „Wenn wir die Krankheit als Mittel begreifen lernen, dann ist damit selbstverständlich nicht

mehr jenes zum Reflex eingeschliffene Handeln gerechtfertigt, sie nur zu bekämpfen, so schnell und so vollständig wir es können. Wir müssen anfangen, sie zu verstehen ... oder aber, sie verstehend zu ertragen, statt uns von ihr wegzustehlen oder von ihr wegzuschauen.“

Dieses so vielfach praktizierte Wegstehlen und Wegschauen ist aber keine echte Lösung, „denn das, was als Krankheit erlitten wird, erwies sich unerschöpflicher Metamorphose fähig ... statt der Schmerzen ist es das 'Unglücklichsein', das den Menschen zum Arzt führt. Im Stile einer Verteilungskampagne läßt sich die Regenerationskraft dieser Erscheinung 'Krankheit'“ also nicht bewältigen. Man muß mit ihr rechnen ... vorerst wie mit einer unvermeidlichen Grundgegebenheit unseres Daseins. „Das Rechnen, Ringen, Auseinandersetzen mit dieser unvermeidlichen Grundgegebenheit unseres Daseins dokumentiert und kommentiert ein eindrucksvoller Weise Cermak (1972) in ihrem Buch „Ich klage nicht“ — Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen“.

Wenn wir auch das bereits schon Ende des 18. Jahrhunderts von Novalis postulierte humanistische Ziel: „Der Mensch soll ein totales, vollkommenes Selbstwerkzeug sein“ — eigentlich eine höchst moderne, die autonome Entwicklung voraussetzende Formulierung — noch lange nicht erreicht haben, so berühren die in Cermaks Buch enthaltenen Selbstzeugnisse tief. Sie zeigen in beispielhafter Weise, zu welcher kreativem Antwortverhalten der Mensch — auch in Leid und Verzweiflung — immer noch fähig werden kann, wenn er die zunächst als Störfaktor empfundene Krankheit als „Mitteilung“ zu begreifen vermag und anzunehmen lernt. Auch für Therapeuten können diese Selbstzeugnisse eine Ermutigung sein und die Sinnhaftigkeit ihres Tuns bestätigen, gerade auch dann, wenn sie kaum oder gar keine unmittelbare Erfolge bei ihren Patienten sehen können, jedoch mit Laotse trotzdem die Gewißheit haben dürfen: „Man muß wirken auf das, was noch nicht da ist“. Versuchen doch auch sie, ihre Patienten „in der Sorge um die selbstbewußte und selbstkritische Menschlichkeit des Menschen“ (Lainig 1979) immer wieder bei der Suche ihres persönlichen Antwortverhaltens unterstützend zu begleiten, denn: „Worin besteht die Außergewöhnlichkeit einer menschlichen Existenz? Daß sie das Gesetz ihrer Entfaltung nicht von außen empfängt, sondern in sich selber trägt.“ (Ebner (1949).

Aus dieser, die autonome Entfaltung des Menschen berücksichtigende Schau, können wir dann auch mit Kienle und Schily (1980) übereinstimmen, wenn sie die Frage nach dem Krankheitsbegriff in einen umfassenderen Zusammenhang gestellt sehen wollen: „Sie findet ihren Mittelpunkt in der Einschränkung der Selbstverwirklichung oder der Vielfalt der Tätigkeiten des Ichs (das an anderer Stelle als ein Seiendes bzw. als bewegliches Zentrum des Übens aufgefaßt wird):“ Unter Heranziehung der Intentionalität (willentliches Wollen) und des antiken Potenzbegriffes (in ihm ist der Begriff der Raum- und Zeitgestalt miteingeschlossen) gehen sie auch auf die ganzheitlichen Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen ein und fordern daher grundsätzlich: „Therapie muß sich demnach auf die Selbststimmungsmöglichkeit des Menschen bzw. die Verwirklichung seiner Individualität beziehen ... alle reduktionistischen Versuche, den Menschen auf irgendein Modell (zur Zeit vorwiegend noch das mechanistisch materialistische Modell) reduzieren zu wollen, scheitern an der Definition des Krankheits- und Gesundheitsbe-

griffes, da sie dem umfassenderen Wesen des Menschen nicht gerecht werden.“ Vor einer Reduktion des Menschenbildes und deren Folgen warnt auch Frankl (1959) mit eindringlichen Worten: „Hatten doch die bisherigen großen drei Homukulismen — der Biologismus, der Psychologismus, der Soziologismus — dem Menschen in einem Zerrspiel ein Zerrbild seiner selbst vor Augen gehalten, demzufolge er eben 'nichts' war 'als' je nachdem ein Reflexautomat, ein Triebapparat, ein psychischer Mechanismus oder aber bloßes Produkt von Produktionsverhältnissen ... das eigentlich Menschliche war jedenfalls aus dem Menschen hinauskomplimentiert worden.“ Und so sieht Laing abermals die fast unlösbare Aufgabe, mit dem derzeitigen experimental-psychologischen Instrumentarium und Vokabular ein dem Menschen gemäßes Erklärungsmodell zu entwickeln, denn: „größere Schwierigkeit aber bleibt, ein menschliches Verstehen des Menschen in menschlichen Begriffen zu erreichen.“

Auch mit den für die Theorie der Psychotherapie zunächst so vielversprechend scheinenden Kommunikationsmodellen setzt sich Nicklis (1977) prüfend auseinander und resümiert dann: „... diese Art Kommunikations-Wissenschaft beruht auf einem totalisierten Kommunikations-Begriff, der alles sagt, gleichzeitig alles offen läßt und die rückwärtigen Verbindungen zur Lebenswelt des Menschen mit der blauen Flamme des Formalismus durch Abstraktion abbrennt ... Mit der Kybernetik und dem ihr eigenen Kommunikations-Begriff ist zugleich ein neues Selbstbild des Menschen geboren ... Die kybernetisierte Kommunikation ist das vorläufige letzte Produkt der Objektivierung des Menschen, die zugleich das Ende des Subjektes ankündigt.“

Gegenüber dieser sogenannten „objektiven Psychologie“ will Revers (1970) jedoch die Verbindung zur Lebenswelt des Menschen wieder herstellen, indem er den Forschungsrahmen für eine anthropologisch ausgerichtete Psychologie (sie sei erst ein Projekt) durch diejenigen psychischen Phänomene, „die bisher einer seriösen wissenschaftlichen Analyse nicht würdig waren“, erweitert wissen möchte: „Begeisterung, Erschütterung, Ekel, Scham, Reue, Hoffnung, Liebe, Versunkenheit, Haß, Neid, Glaube, Ehrfurcht, Staunen usw. — lauter spezifisch humane Phänomene und lauter psychologische Probleme, die ebenso zum Gegenstand der Psychologie gehören wie der so gerne und oft gemiedene Zentralkomplex der menschlichen Psyche, den wir mit den Begriffen Phantasie“, — für Laing eine bestimmte Art, zur Welt Beziehung herzustellen — „Erinnerung und Erleben maskieren können.“

So kritisierte Frankl bereits 1959, den Anspruch „einer Erklärung des Seelenlebens von Mechanismen und eine Behandlung von Seelenleiden mit Hilfe von Technizismen“ und kann dagegen aus eigener Erfahrung sagen, „daß im Rahmen der Psychotherapie die jeweils angewandte Methodik und Technik am allerwenigsten wirksam ist, vielmehr ist es die menschliche Beziehung zwischen Arzt und Kranken, die den Ausschlag gibt“. In diesem Zusammenhang betont auch Gathmann (1981): „Vergessen wir nicht, daß, wie differenziert Medizin sich auch gebärden mag, die Arzt-Patient-Begegnung immer so erfolgt, daß ein ganzer Mensch dem ganzen anderen begegnet und beansprucht.“ Diese notwendige, gegenseitige Beanspruchung sieht auch Laing (1979), denn für ihn muß „Psychotherapie der obstinate Versuch zweier Menschen bleiben, die Ganzheit der Existenz durch ihre Relation wiederherstellen. Jede Technik, die sich mit dem anderen ohne sein Selbst befaßt, mit Verhalten unter Ausschluß der Erfahrung, mit Beziehung unter Vernachlässigung der in Beziehung stehenden Personen, mit Individuen unter Ausschluß ihrer Beziehungen und vor allem mit zu ändernden Objekten statt mit zu akzeptierenden Personen — jede Technik dieser Art verewigt einfach die Krankheit, die sie zu kurieren vorgibt.“

Menschliche Begegnungen schlechthin impliziert grundsätzlich

Interdependenz (gegenseitige Abhängigkeit), denn „wir sind keine selbstgenügsamen Monaden, die keine Effekte aufeinander erzielen außer unsere Reflexionen. Wir sind beides — von anderen Menschen Behandelte, im Guten oder im Bösen, und Handelnde, die andere verschieden behandeln und beeinflussen. Der Mensch ist ein Erleidend-Handelnder, ein Handelnd-Erleidender in Intererfahrung und Interaktion mit seinen Mitmenschen.“

Diesem Bild eines eher naturgegebenen, naiv-unreflektierten Begegnens soll dann noch ein anderes von Ebner (1949) ergänzend hinzugefügt werden: „Das Erlebnis, das der Mensch am anderen Menschen hat, ist stets ein ganz bestimmter Reflex seines eigenen Wesens. Daher kommt es, daß gerade in diesem Erlebnis die freilich nicht immer ausgenützte Möglichkeit der Selbsterkenntnis gegeben ist.“ Hier wird also auf eine weitere Dimension der Begegnung hingewiesen, auf die - bewußt zu ergreifende, sich nicht automatisch ereignende - Möglichkeit der Selbsterkenntnis.

In diesem Sinne kann eine zeitgemäße Therapie — übrigens wie auch jede echte Selbsterfahrungsarbeit — als ein Bemühen verstanden werden, dem Patienten innerhalb eines ganzheitlichen, dialogischen Geschehens den Reflex seines eigenen Wesens bewußt zu machen und ihn dadurch zu befähigen, selbst die „oft unausgenützte Möglichkeit zur Selbsterkenntnis“ zu ergreifen. Dies gilt — wie wir später noch besprechen werden — selbstverständlich auch für die Musiktherapie als eine erlebnisorientierte und konfliktzentrierte — also primär nicht rationell begründete Therapieform mit dem ihr eigenen, emotionstragenden und — auslösenden Medium Musik. Es schließt auch das bewußt eingesetzte und begleitete, zeitlich begrenzte, musiktherapeutische Element einer durchlichteten Regression — im Sinne eines Nachholens nicht erfahrener, nicht gelebter, nicht verwirklichter Persönlichkeitsanteile — mit ein (4. Beispiel).

Veränderung, Besserung, Heilung, Entwicklung sind heute im wesentlichen nur über eine — wenn auch noch so ansatzweise — bewußtseinserweiternde Selbsterkenntnis zu erreichen. So betont auch Morgenstern, der, obwohl jahrzehntlang schwer leidend, sich nie als krank bezeichnete, die Bedeutung des die Krankheit begleitenden Erkenntnisprozesses: „Jede Krankheit hat ihren besonderen Sinn, denn jede Krankheit ist eine Reinigung, man muß nur herausbekommen wovon — es gibt darüber sichere Aufschlüsse ... die Menschen wollen die tiefen Hieroglyphen ihrer Krankheit nicht lesen lernen ... hierin liegt die wahre Unheilbarkeit ihrer Krankheiten, im Mangel an und im Widerwillen gegen Erkenntnis.“

Daß dieser Widerwillen gegen das Durchschauen der Ursachen und Zusammenhänge einer Krankheit sehr groß sein kann, ist schon an den die therapeutische Beziehung zunächst involvierenden, unterschiedlichen Abwehrmechanismen des Patienten erkennbar. Dazu Laing (1979): „Doch auch dann ist es für zwei Menschen nicht leicht, sich zu begegnen ... Psychotherapie besteht im Abtragen all dessen, was zwischen uns steht — der Stützen, Masken, Rollen, Lügen, Widerstände, Ängste, Projektionen und Introjektionen, kurz: aller Überhänge aus der Vergangenheit, Übertragung und Gegenübertragung, die wir nach Gewohnheit und Übereinkunft, bewußt oder unbewußt, bei unseren Beziehungen in Zahlung geben. Diese Zahlungsmittel als Medien verstärken und intensivieren noch den Zustand der Entfremdung, durch den sie erst entstanden sind.“

Auf diese therapeutische Abtragungsarbeit näher eingehend, gilt es für Petersen (1986) zunächst „die Isolation bewirkenden Übertragungen (als Prozeß seelischer Projektionen) hervorkommen zu lassen, sie zu klären, sie in Klarheit zu durchleben, so daß sich Patient und Therapeut davon trennen können ... Dagegen ist Beziehen ein bewußter Umgang miteinander ... in ihr waltet Mit-Menschlichkeit, Solidarität, einander tragende Brü-

derlichkeit; bei der Begegnung dagegen — als Urquell des therapeutischen Dialogs ... ist nicht mehr die Wiederherstellung der Gesundheit (was auch immer das sei) wesentlich, sondern der Weg. Es ist der Weg ins eigene Offensein — ins Unbekannte. Der Weg ist die gemeinsame Arbeit.“

Nach diesen prinzipiellen Überlegungen bzgl. der Differenzierung des sich verändernd Nahverhältnisses soll nun versucht werden, diesen Beziehungsprozeß so, wie er innerhalb einer musiktherapeutischen Behandlung, insbesondere beim instrumentalen Partnerspiel, entstehen und verlaufen kann, aufzuzeigen. Jedoch weiß jeder Musiktherapeut um die Schwierigkeit eines solchen Umsetzungsversuches, bei dem ein intensiv durchlebter, spannungsgeladener Therapieverlauf durch abstrahierendes Vorgehen in den Wort-Schrift-Bereich zu übertragen ist. Vielleicht sollten man bedenken — und dies wäre sowohl für die Forschung als auch für den Erfahrungsaustausch nicht unwesentlich —, daß dabei immer nur ein Teil der Wirklichkeit eingefangen werden kann. Trotz mühevoller, bis ins Detail gehender Be- und Umschreibungsarbeit, evtl. sogar unter Hinzunahme der Wiedergabemöglichkeit durch Videoaufzeichnung (für einzelne Forschungsaspekte sicher sehr hilfreich) sollten wir nicht vergessen, daß der für die Therapie entscheidende, in der einmaligen, besonderen Situation entstandene Erlebnishintergrund nicht vollständig vermittelt werden kann. Das Manko könnte nur mittels emotionalgedanklicher Ergänzungsarbeit eines durch ähnliche Erfahrungen Sensibilisierten ausgeglichen werden.

Innerhalb des allgemein zu gering geachteten, musiktherapeutischen Verfahrens des frei improvisierenden, instrumentalen Partnerspiels können wir ein breites Spektrum fördernder und hemmender Faktoren, die für die Kontaktabstimmung und Beziehungsgestaltung wirksam werden, anschaulich erleben. Durch die elementare, spontane, offenlassende Spielweise werden — oft sehr unmittelbar — die mehr im innerseelischen Bereich noch verborgenen Möglichkeiten der Beziehungs- und Reaktionsfähigkeit (Mangel, mögliche Ansatzpunkte) hör- und sichtbar auf die musikalische Ausdrucks- und Handlungsebene übertragen und können somit auch aufgearbeitet bzw. bearbeitet werden (Schmölz 1983, 1985).

Ein Partnerspiel, zunächst im Rahmen einer asymmetrischen Partnerschaft Therapeut-Patient begonnen, könnte folgenden Verlauf nehmen (1. Beispiel): Der in einer bestimmten Situation (z. B. aufarbeitendes Gespräch nach einer Improvisation, aktueller Beziehungskonflikt) entstandene Vorschlag des Therapeuten zum Partnerspiel wird erst nach einigem Zögern (Perfektionismus; Ehrgeiz, es besonders gut zu machen; ungen im Mittelpunkt stehen etc.) vom Patienten angenommen. Vor dem nun gewählten Instrument, z. B. einem Klavier (oft durch Wunschvorstellungen oder negative Erfahrungen emotional relativ stark besetzt) in abwartender Haltung sitzend, könnte auch die nochmalige gezielte Frage des Therapeuten: „Wollen wir wirklich zusammen spielen?“, nach einem kurzen, einfachen Wechselspiel (mit jeweils nur einigen Tönen) allmählich ein erstes Zusammenspiel entstehen.

Schon in dieser, für den Patienten verständlicherweise heiklen, risikoreichen Anfangsphase eines frei improvisierenden Partnerspiels ist es nicht unwesentlich, inwieweit der Musiktherapeut die ersten, vielleicht noch zögernd eingebrachten und auch unzusammenhängend wirkenden Beiträge des Patienten wertungsfrei aufnehmen kann und in das gemeinsame Spiel zu integrieren versteht. Dabei kann sich eine erste, Sicherheit gebende Kommunikationsebene ergeben.

Je nach therapeutischer Notwendigkeit wird nun das Partnerspiel unterschiedlich akzentuiert weitergeführt werden; so kann sich z. B. bei einem scheuen, unsicheren, unter mangelndem Selbstwertgefühl Leidenden durch entsprechend vorsichtige,

musikalische Anbahnungsversuche ein harmonisch klingendes Spiel entwickeln (2. Beispiel) Diese — auch von Patienten selbst mitgestaltete — musikalische Stimulanz kann ihm das für den Beginn durch Aufgenommen- und Angenommensein vermitteln. Auf der anderen Seite kann z. B. für einen überangepaßten, entscheidungshemmenden, emotional eher erstarrten Patienten nach der beschriebenen Einstimmungsphase durch allmählich abwechslungsreicher werdendes Agieren und Reagieren *das Überraschungsmoment* als wichtiger psychologischer Aktivierungsfaktor *mit ins Spiel gebracht werden* (3. Beispiel). Diese *Spiel-Intensivierung* und die damit verbundene *Kommunikationsverdichtung* erfordert vom Musiktherapeuten eine sowohl menschliche als auch musikalische Entsprechung, nämlich die einfühlsame, sensible, flexible, reagible Art der Zuwendung. Jedes *Zuviel* derselben würde eher als erdrückend, vereinnahmend empfunden werden; jedes *Zuwenig* kann dagegen als ein Angst- und Unsicherheit auslösendes Allein-Gelassen-Werden, Nicht-Ernst-Genommen-Werden, — also kurz — als ein Gefühl des Abseits-Stehens, des Isoliert-Seins erlebt werden.

Die besonders bei Frühstörungen beobachteten Überreaktionen, vor allem auf die in ihrer Deutung sehr offenlassenden *nonverbalen* — Zuwendungen können aber vom erfahrenen Musiktherapeuten als ein lebendiges Korrektiv aufgegriffen werden. Durch die vom Patienten dabei erfahrene Akzeptanz und freilassende Anteilnahme wird es ihm dann ermöglicht, allmählich zu einer *innerlich bewegten* und *äußerlich beweglichen* Spielweise zu kommen, so daß er selbst immer mehr eigene Beiträge und Änderungen einzubringen wagt. Angst, Anspannung, Überraschung, Betroffenheit, gelöstes Lächeln, befreiendes Lachen, aber auch entschlossenes Entgegennehmen kennzeichnen diesen entscheidenden, durch gezielte und dosierte musiktherapeutische Provokation ausgelösten Belebungsprozeß. In dieser *eingestimmten* und *übereinstimmenden* Arbeits-Spiel-Atmosphäre kann dann auch das oft brachliegende, kreative Potential des Patienten angeregt werden, wobei überraschende musikalische Spontan-Leistungen entstehen können, die — sozusagen ein nicht beabsichtigter Nebeneffekt — ein Erfolgserlebnis für den Patienten darstellen.

Wie schon angedeutet, lösen solche improvisierten Spiele einschließlich der dabei unbewußt zum Tragen kommenden rezeptiven Komponenten (Instrumentalklang etc.) in der Regel eine emotionale Betroffenheit aus; dieser spezielle musiktherapeutische Wirkfaktor kann dann unter anderem eine günstige, meist von Vertrauen und Einverständnis getragene Ausgangslage für das erforderliche, reflektierende Gespräch schaffen, in dem vor allem der Bezug zu dem unmittelbar Erlebten vor, während und nach dem Spiel wie z. B. auftretende vegetative Sensationen, geänderte intrapsychische Befindlichkeiten, aufsteigende Assoziationen und Überlegungen, neue Einsichten und Entschlüsse besprochen werden sollten.

Innerhalb einzelner Spiele oder gesondert in mehreren kann dann in weiterer Folge das *Überraschungselement* noch weiter differenziert, intensiviert sowie ausgeweitet werden (4. Beispiel). So können Phasen, in denen sich durch bestimmte musiktherapeutische Provokation eine Art Konfrontation entwickelt, mit solchen abwechseln, in denen vor allem durch die betont kommunikativ-harmonisierende Spielweise eine Nähe zulassende Gemeinsamkeit erlebbar wird.

Beide musikalischen *Spielarten* entsprechen eigentlich lebensnahen Geschehnissen und werden von denjenigen psychischen Fähigkeiten ausgelöst und getragen, welche abwechselnd und ineinandergreifen auch für die Art einer zwischenmenschlichen Beziehung bestimmend sein können: Zuhören-Können, Aufnehmen, Einfühlsamkeit, Verarbeiten, Verstehen, aber auch Besinnen, Abwägen, Abgrenzen, Zurücknehmen, Abwehren, Entgegennehmen, und schließlich — das oft ängstlich gemiedene und daher

ungeübte, aber lebensnotwendige, bewußte *Sich-auseinander-setzen-Wollen*.

Bei fehlender, mangelnder bzw. krankhaft disharmonischer Entwicklung solcher lebenswichtiger Fähigkeiten kann die in dieser Art gestaltete Musiktherapie einen entscheidenden Beitrag im Sinne der Anstrengung zu emotionaler Nachreifung leisten. Schon durch die bisher angeführten Verlaufsvarianten musiktherapeutischer Partnerspiele wird die je nach Anliegen notwendige Modifizierbarkeit und die vielfältige Anwendbarkeit dieses Verfahrens ersichtlich; das setzt jedoch beim Musiktherapeuten eine durch die übliche musikalische Begabung und Ausbildung nicht abdeckbare, sondern nur bewußt zu erwerbende, besondere Kompetenz voraus: nämlich seine musikalische Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeiten, die sich bei jedem musikalisch-künstlerischen Engagement intuitiv, wie von selbst, entfalten möchten, teilweise zurückzunehmen, um sie in gewandelter Form für den im *Hier und Jetzt* entstehenden therapeutischen Prozeß, und vor allem auch für das dabei involvierte Beziehungsgeschehen, dienstbar zu machen (Schmölz 1982).

An einem weiteren, letzten Beispiel soll noch die schwierige musiktherapeutische Arbeit mit den in verschiedenen Krankheitsverläufen unterschiedlich sich manifestierenden Formen der verdeckten bzw. offenen Aggression aufgezeigt werden (5. Beispiel). So kann z. B. ein vorgeschlagenes, instrumentales Partnerspiel am unbewußt aufsteigenden Widerstand des Patienten scheitern (wie auch immer vordergründig kommentiert; nicht das richtige Instrument, unmusikalisch etc.). während die eigentliche Ursache des Widerstandes im aggressiven Übertragungsgefühl auf den als autoritärer Vaterfigur erlebten Therapeuten zu suchen ist. In diesem Fall wäre eine Hinterfragung bzw. verbale Aufarbeitung wenig zielführend, dagegen könnte — nach vorherigen Akzeptanz der Ablehnung — ein verändertes Angebot z. B. für ein *Entdeckungs- bzw. Überraschungsspiel* auf der dafür besonders geeigneten Pauke (ohne Schlegel, mit bloßen Händen) weiterführend sein.

Die offengelassene Spielmöglichkeit und eine spürbare emotionale Bereitschaft des Therapeuten-Partners, sich zur Verfügung zu stellen, kann den Patienten motivieren, sich in ein spontanes Auseinandersetzungsspiel einzulassen, bei dem dann auch gestaute Aggressionen zum Ausbruch kommen können. In dieser für die Patienten wichtigen, für den Musiktherapeuten extrem beanspruchenden Grenzsituation einer Begegnung kann letzterer aber nur therapeutisch handlungsfähig bleiben, wenn er zunächst die der Pauke symbolisch verabreichten, jedoch stellvertretend gegen ihn (oder in unbewußt-selbsterstörerischer Absicht gegen sich selbst) gerichteten Schläge des Patienten in einsichtsvoller, aber emotional nicht unbeteiligter Haltung empfängt. Durch einen über Verstehen und Erfahrung erworbenen, inneren Frei- bzw. Spielraum wird er diese Schläge nicht nur aushalten können, sondern auch fähig sein, sie in echt-emotional-beteiligter, jedoch nicht aggressiv-feinlicher, gegen den Patienten gerichteten Haltung zu erwidern.

Nur unter diesem aktiv kontaktbewahrenden *Begleitschutz* des Musiktherapeuten sind solche sicher notwendigen, regressiven Ausbrüche des Patienten therapeutisch gerechtfertigt und können zu einer gewissen Entlastung führen. Dieses von der inneren, persönlichen Einstellung her asymmetrisch begonnene, musiktherapeutische Partnerspiel löst ein auch den innerseelischen Bereich involvierendes und damit ganzheitlich wirkendes, Begegnungs- bzw. Auseinandersetzungsgeschehen aus. Durch seinen kathartischen Effekt wirkt dieses Geschehen gleichsam wie ein soziales Regulativum entlastend auf die im spontanen Spielverlauf engagierten Partner zurück und kann es ihnen ermöglichen, sich — in gewandelter Form — in Richtung einer eher gleichberechtigten Partnerschaft, d. h. in einem Dialog neu zu erfahren. Dieser prinzipiell auf den meisten Instrumenten

durchführbare, dynamische Beziehungsprozeß wird nicht nur hör- und sichtbar, sondern wirkt auch nach Beendigung des Spiels weiter. Tiefe Betroffenheit, Berührtsein, direkter Blickkontakt, verändertes zwischenmenschliches Wahrnehmen und Reagieren, überraschend lapidare, klare Aussagen sowie neue Gesprächs- und Spielbereitschaft kennzeichnen dieses für den weiteren Verlauf der (musik)therapeutischen Arbeiten bedeutsame Ereignis.

Es ist sicher ein Verdienst der modernen Forschung, wenn sie nicht nur psychosozial und psychodynamisch erweiterte Erklärungsmodelle für die Entstehung von Krankheiten und neue therapeutische Strategien entwickelt, sondern auch die spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren der Persönlichkeit des Therapeuten (Therapeutenvariablen) sowie seine bewußten und unbewußten Berufsmotivationen und -vorstellungen in ihre kritische Betrachtung miteinbezieht, wie dies u. a. Laing (1979), Tschulin (1981), Schmidbauer (1986), Petersen (1987) und — speziell für Musiktherapie — Muthesius (1987) versucht haben. Auf der einen Seite gewinnt — wie wir mit obigen Beispielen gezeigt haben — die Patient-Therapeut-Beziehung als hochwirksames Agens der Therapie immer mehr an Bedeutung (Klientenzentriertheit, Partnerschaft, Wärme, Kongruenz, Empathie etc); auf der anderen Seite wird aber auch die damit verbundene, in ihrer Auswirkung schwer durchschau- und abgrenzbare Problematik der bewußten und unbewußten Beeinflussung (Persuasion, Manipulation, Suggestion etc.) wie sie besonders im therapeutischen Nahverhältnis gegeben ist, hingewiesen.

Wenn die übergeordnete Bedeutung des Beziehungsgeschehens zwischen Patient und Therapeut erkannt und bejaht wird, sollten konsequenterweise auch alle therapeutischen bzw. fachspezifischen Strategien, Interventionen etc. nur *im engeren Kontext* mit diesem Geschehen erfolgen. Während sich der Musiktherapeut z. B. beobachtend oder handelnd dem Patienten zuwendet, sollte er durch ein allzu „angestregtes und auf das Objekt gerichtetes Verhalten“ (Jacoby 1980) — therapeutische Technik, fixiertes Beobachten des Patienten, Spielweise bzw. musikalisches Produkt etc. — den Kontakt mit sich selbst nicht verlieren, denn ein „empfangs-, kontakt- und reagierbares Verhalten verlangt und bedeutet größere Stille, Gelassenheit, Selbständigkeit des Erfahrenden und des Sich-Äußernden ... Man muß erfahren haben, was Bei-sich-Sein für das In-Beziehung-Kommen, das Kontakt gewinnen mit Menschen bedeutet.“ (1.).

Auf diese subtile, entscheidende Verhaltensvoraussetzung für die Förderung eines sich anbahnenden Kontaktgeschehens verweist dann schließlich auch Buber (1984): „Freilich muß man, um zum Anderen ausgehen zu können (an anderer Stelle, 'Zum-Anderen-gelangen', 'Beim-Anderen-verweilen'), den *Ausgangsort* innehaben, man muß bei sich gewesen sein, bei sich sein.“ Diese von Jacoby und Buber genannte Zielvorstellung, der „Ausgangsort“ des „Bei-sich-Seins“ — man könnte es vielleicht auch als ein *Wach-in-sich-Ruhen* bezeichnen — umschreibt ein sowohl allgemein menschliches als auch spezifisch therapeutisches Grundverhalten. Erst aus diesem können unversehrte Selbst- und Fremdwahrnehmungen, Beobachtungen und Denken, echtes, verständliches Sich-Ausdrücken, sinnvoll-zweckmäßiges Handeln und — gleichsam als übergeordnete Sinnerfüllung — einfühlsam-waches Sich-zur-Verfügung-Stellen für einen dialogischen Austausch möglich werden.

Die entscheidenden, inneren „Verhaltens- und Zustandsqualitäten“ (Jacoby), die zu dem oben erwähnten „Ausgangsort“ führen, sind aber weder bloß naturgegeben, noch durch ein von außen auferlegtes, verpflichtetes Übergangspensum erreichbar.

Anmerkung 1.): So sollte nach Jacoby zu den Sozialberufen niemand zugelassen werden, bevor er eine Ahnung von der Tragweite der Wirkung seines Zustandes und Verhaltens hat.

Wenn wir schon für den Patienten die bewußtseinserweiternde Selbsterkenntnis als entscheidenden Wendepunkt einer beginnenden Veränderung erkannt haben, so gilt dies in besonderem Maße auch für den Musiktherapeuten. Eine diesbezügliche Ausbildung wird daher — neben dem notwendigen Fächerkanon für das schon so 'erschreckend' interdisziplinäre Medium Musik (Linke 1977) sowie für das nicht weniger komplexe Gebiet der Psychotherapie bzw. Medizin — immer einen entsprechenden inneren und äußeren Freiraum aussparen müssen, in dem auch ein Wissen und Anregungen zusammenführendes, integratives Erfahrungsangebot für eine ganzheitlich-intuitive Bewußtseins- und Persönlichkeitsbildung seinen Platz findet.

So wie es nach Strotzka (1984) denkbar wäre, für die Psychotherapieausbildung „in ferner Zukunft eine gemeinsame Basisausbildung zu konzipieren, aufgrund derer dann eine Spezialisierung erfolgen könnte“, so hat auch der Verfasser in Kenntnis und Wertschätzung des zukunftsweisenden Lebenswerkes Heinrich Jacobys — man könnte es kurz mit „Jenseits von *Begabt* und *Unbegabt*“ betiteln — vorgeschlagen, dieses aufzubereiten und in entsprechenden Seminaren als Basiserfahrung, vor allem auch für die angehenden Kunst-, Gestaltungs- und Musiktherapeuten anzubieten; gleichzeitig wäre dies eine praxisorientierte Entscheidungshilfe, ob sie einen solchen, nicht nur interessanten, sondern eben auch belastenden Beruf überhaupt wählen sollen. Weiteres würde die durch differenzierte Beobachtungs- und Wahrnehmungsschulung gekennzeichnete Arbeitsweise den schon im Beruf stehenden Musiktherapeuten helfen, seine Selbstkompetenz und somit auch seine berufliche Identität zu vertiefen; sie können kein einmalig erworbener Besitz sein, sondern müssen in unermüdlicher Selbsterfahrungs- Selbsterziehungs- Selbstumwandlungs-Arbeit, kurz in einer *Therapie für den Therapeuten* immer wieder erneuert werden.

Es wird — besonders bei den dafür notwendigen Überschreitungen und Erweiterungen bisher gemachter Erfahrungen und Erkenntnisse — auch die nur dem Menschen eigene „Frag(e)-Würdigkeit“ und „Frag(e)-Fähigkeit“ als existentiellen Erkenntnisantrieb empfinden und dadurch schließlich mit Novalis ahnen, entdecken sowie verstehen lernen: „Das wunderbarste, das ewige Phänomen ist das eigene Dasein. Das größte Geheimnis ist der Mensch sich selbst“.

Aus dieser menschenbejahenden Sichtweise entsteht ihm auch ein reiferes, vertieftes Interesse für die immer wieder schwierigen, einmaligen, einzigartigen Krankheits-Schicksale seiner Patienten mit ihren persönlichen Ausweichverhalten und Entfremdungen gegenüber sich selbst bzw. der Umwelt.

Literatur

- Brandenburger, J.*: Psychotherapie und Ethik in Klinik und Praxis. Bericht über einen Kongreß der Gestalttherapeuten; in: Musiktherapeutische Umschau 2/1987
- Buber, M.*: Das dialogische Prinzip; Lambert Schneider, Heidelberg 1984
- Cermak, I.*: Ich klage nicht. Begegnungen mit der Krankheit in Selbsterzeugnissen schöpferischer Menschen, Almathe, Wien 1972
- Frankl, V.*: Das Menschenbild der Seelenheilkunde; Kritik des dynamischen Psychologismus; Hippokrates Verlag. Stuttgart 1959
- Gathmann, P.*: Über die Notwendigkeit und Schwierigkeit einer ganzheitlichen Medizin; in: Pöldinger W./Lange J./Kirchmayr A. (Hrsg.). Psychosoziales Elend, Herder, Wien 1981
- Jacoby, H.*: Jenseits von 'Begabt' und 'Unbegabt'; Christians, Hamburg 1980

- Keupp, H.*: Thesen zum Krankheitsbegriff; in: Musiktherapeutische Umschau 1/1980
- Kientle, G./Schily, K.*: Zur gegenwärtigen Diskussion des Krankheitsbegriffes; in: Musiktherapeutische Umschau 1/1980
- Krämer, J.*: Plädoyer für eine Debatte um einen Gesundheitsbegriff; in: Musiktherapeutische Umschau 3/1982
- Laing, R.*: Phänomenologie der Erfahrung; Suhrkamp, Frankfurt 1979
- Linke, N.*: Heilen durch Musik? Musikpädagogische Bibliothek, Heinrichshafen, Wilhelmshaven 1977
- Mitscherlich, A.*: Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin; Suhrkamp, Frankfurt 1968
- Morgenstern zit. in: Cermak, I.*: Ich klage nicht. Begegnungen mit der Krankheit in Selbsterzeugnissen schöpferischer Menschen, Almathe, Wien 1972
- Muthesius, D.*: Verführerin Musiktherapie oder: Die Gefahr eines Traumberufs; in: Musiktherapeutische Umschau 4/1987
- Nicklis, W.*: Heutige Kommunikationsmodelle und ihre Grenzen; in: Ringel E./Brandl, G. (Hrsg.), Situationsbewältigung durch Fragen. Das dialogische Prinzip im Lernprozeß, Herder, Wien 1977
- Novalis zit. in: Meyer, R.*: Novalis, Urachhaus, Stuttgart 1954
- Schmidbauer, W.*: Die hilflosen Helfer, über seelische Problematik der helfenden Berufe, Rowohlt 1986
- Schmölz, A.*: Aspekte der Ausbildung unter besonderer Berücksichtigung des Wiener Hochschullehrganges für Musiktherapie; in: Harrer (Hrsg.) Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie, Fischer Stuttgart 1982
- Schmölz, A.*: Das internationale Partnerspiel — Einzelmusiktherapie; in: Deckert-Voigt (Hrsg.), Handbuch Musiktherapie, Eres, Lilienthal/Bremen 1983
- Schmölz, A.*: Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen; in: Spintge/Droh (Hrsg.), Springer, Heidelberg 1985
- Schmölz, A.*: Jacoby, Musik, Gespräche — Versuche; Hoffentlich nicht nur ein literarisches Ereignis... vielmehr: Ein bedeutsamer Weg zur Selbsterfahrung; in: Musiktherapeutische Umschau 2/1987
- Strotzka, H.*: Psychotherapie und Tiefenpsychologie; Springer, Heidelberg 1984
- Tschulin, D.*: Therapeutenmerkmale in der Psychotherapie; in: Bastine, R. u. a. (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie, Edition Psychologie, Weinheim 1982

Alfred Schmölz, Prof., Studien an der Wiener Musikakademie (Kirchenmusik, Klavier, Theorie, Musikheilkunde). Ab 1965 div. Lehrverpflichtungen an d. Musikakademie bzw. Musikhochschule Wien innerhalb der Abt. Musikpädagogik und des Lehrganges für Musiktherapie (Praktikumsleitung a. d. Psychosomatischen Abt. d. Psychiatrischen Universitätsklinik Wien). Ab 1970 Leitung und Ausbau des Hochschullehrganges für Musiktherapie. 1974 Förderungspreis des „Theodor-Körner-Stiftungsfonds“, 1976 Hochschulprofessor. Adresse: Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien, Singerstraße 26, A-1010 Wien

Extract aus dem Kurzseminar, Kunsttherapie — Heidelberg

Gertrud Orff

Ausgehend von einem Novalis-Wort „Mensch werden ist eine Kunst“ wurde das darin enthaltene „Werden“ im Zusammenhang mit Kunst näher beleuchtet: das Vorgehen im Leben mit seinen Begegnungen, Anrufen, den Leiden, den Freuden, sie alle helfen zum Menschwerden. Der Bezug zur Therapie: sie ist ein Weg, beiseitig begangen, in Anrufen, in Not, in Frustration.

Therapie als Dreieck: von Kind, den Mitteln, dem Therapeut.

— Was kann ein Kind, ein Kleinstkind von 2 Jahren an Musik bringen, von Musik verstehen? Sie ist in ihm angelegt, dem jeweiligen Kulturkreis entsprechend, sie entwickelt sich, wird herausgeschält, am besten vom Kind selbst.

— Was vom Kind an 'Musik' kommt, ist vorerst nicht, z. B. im Lexikon, als 'Musik' definiert. Musik ist dort definiert als „bewußte Korrelation zweier Intervalle“, was zur Melodiebildung führen kann, bzw. ein bestimmter Rhythmus.

— Beide Phänomene erscheinen nicht beim Kleinkind, es produziert, — wenn man es läßt — am elementaren Instrument, i. e. am Instrument mit einer vor einem liegenden, bereiten Klangfläche, wie bei den Xylophonen z. B., aber auch am Klavier, Töne seines Ausdrucks, individuelle Impulse.

— Diese Impulse sind notwendig, damit schließlich eine erkannte Form daraus wird. Vorläufig ist dieser Ausdruck aus einem Impuls ein 'Praeausdruck', also: ungefähre Rhythmus, nicht genau zu wiederholen, ungefähre Taktgebilde, die nicht behalten werden können, ja sollen. Aus diesem spontan-musikalischen Spiel wird, nach Fähigkeit und Alter sich bestimmte Form entwickeln, ein Gebilde, ein Kunstgebilde.

„Beratungsarbeit“ — K. H. Menzen, Verschüttete Bilder — Aspekte der Beratungsarbeit —

Eine Rezension von Wolfgang Jacob, Heidelberg

„Einer will was, andere lassen ihn nicht. Einer sucht was, andere verstellen ihm den Weg. Einer sagt was, andere überdecken seine Worte. — Wir werden in den hier vorgestellten Lebens-Beratungs-Geschichten solche gehemmtten, überformten Äußerungen, solche zunächst äußerlich und dann innerlich abgewehrte Wunschproduktionen in Augenschein nehmen ...“ Dieser einleitende Satz zu dem Kapitel „Beratungsarbeit“ kennzeichnet wie kein anderer die sozialpathologische Situation unserer gesellschaftlichen Lebenswelt, in der die beschädigten Lebensbilder in übergroßer Anzahl entstehen. Die Situation des Beratenden ist die Situation des Beratenen. Das menschliche Leben ist wie eine Art Schicksalsgestalt, die sich — wie unsere Wachstumsgestalt — äußert: Das gestaltende und gestalthafte Schicksal ist nicht dem eigenen Willen nur, und es ist nicht allein der Gunst der Gesellschaft unterworfen, sondern die unendlich vielfältigen Störungen menschlicher Beziehungsformen sind selbst der Ausdruck einer sozialpathologischen Situation, die dem Berater ständig neue Sicht zeigt und in der der nächste Schritt der Veränderung eines in Not geratenen Lebensschicksals — nicht zuletzt wegen der Ungunst der sozialen Situation — fast vergeblich und von dem Beratenen als letztlich störend empfunden werden muß.

„Die Spannung zwischen den handlungsleitenden, der Erinnerung nur mühsam zugänglichen, *verschütteten Bildern* und den

Vorrangig in diesem 'Werde-Prozeß' hat der eigene Impuls eines (therapiebedürftigen) Kindes, das je nach Schwere seiner Behinderung sich entwickelt. Der Therapeut ist der Koordinator eines solchen Geschehens: er greift ein, wo er meint fördern zu können. Terminologisch ausgedrückt: er wird nach dem Erkennen des ISO eines mit ihm seienden Kindes durch die ihm nötige scheinende 'Provokation' — im Dazugeben oder Wegnehmen — weitere Entwicklung 'hervorrufen'.

Hat das Kind mit Hilfe der Therapie sich soweit entwickelt, daß es bestimmte Formen bringt, wird es diese behalten wollen, solange sie ihm etwas bringen. Ein Satz von Saint-Exupéry drückt dies so aus: „Und gewiß ist der Besitz eines Dinges beständig, nicht aber die Nahrung, die du daraus empfängst. Denn das Ding hat nur den Sinn, dich wachsen zu lassen, und du wächst nur dadurch, daß du es erobert, nicht aber durch seinen Besitz“.

So sollen wir den Wiederholungsdrang eines Kindes verstehen. Wiederholungen sind dann keine Stereotypen, sondern „Nahrung“ bis zur Sättigung. Und diese ist nicht mit unserem Maß zu messen.

Gertrud Orff entwickelte die Orff-Musiktherapie durch die klinische Arbeit mit gestörten, behinderten und mehrfach-behinderten Kindern, am Kinderzentrum in München. Derzeit Ausbildungskurse in dieser Therapie an der Akademie für Entwicklungsrehabilitation in München.

Adresse: Böcklinstraße 4a, D-8000 München 19

neu zu erarbeitenden Bildmustern unseres Handelns so lange wie möglich zu erhalten — das sollte eine Prämisse von Beratung sein.“ Und Menzen fährt fort: „Was für den Berater heißt, auf alle vorbildhaft präsentierten Verhaltensmuster im Laufe der Beratung zu verzichten!“

'Gefühle', in der Dynamik der Übertragung und der Gegenübertragung erlebt und beantwortet, sind nicht lästiges Beiwerk eines kognitiven Aktes, der eine soziale Frage zu lösen habe, sondern sie sind das tragfähige Fundament der Begegnung und Beratung, in ihnen treten die „verschütteten Bilder“ zutage und bilden den Grund der „neu zu erarbeitenden Bildmuster unseres Handelns“.

In den sog. „Fall-Geschichten“, d. h. in den sechzehn Kurzdarstellungen der Begegnung im Beratungsgespräch tritt die Ausweglosigkeit der ganz unterschiedlichen Lebensgeschichten in Erscheinung so, wie das Leben sie bringt, auch wenn eine tiefenpsychologische oder psychosoziale Diagnostik zugrunde gelegt werden kann, wie etwa „homoerotische Fixierung“ oder „phobisch-depressive Erschöpfung“ oder „depressiv-narzisstische Überlebensspiele“ oder „sado-masochistische Lebensverhältnisse“. Stets ist die Lebensgeschichte, stets ist die wahre Situation des Betroffenen für den Beratenden und für den Beratenen mehr als eine solche diagnostische Etikette! Die

Ausweglosigkeit und häufig die Vergeblichkeit und daher auch die Mühen, welche die psychosoziale Beratungsarbeit mit sich bringt, treten vielfach zutage und werden nicht verschleiert: Das so erlebte Leben ist schrecklich, seine Last und Vergeblichkeit drückt den Menschen zu Boden und die sozialen Anstrengungen, die notwendig wären, um die Lebenslage dieses Einzelnen zu verändern, fehlen meist. Es geht nicht nur um die vielberufenen „Traumen“ aus der frühen Kindheit, welche als ein ständiges sozialpathologisch wirksames Agens jenes grundlegende und fast existentielle Mißverständnis zwischen dem Kind, seinen Eltern und seiner menschlichen Mitwelt hervorrufen und dann ein Leben lang unterhalten, sondern es geht auch um die Vergeblichkeit der 'therapeutischen Bemühungen' in einer Welt, deren gesellschaftliche Mangelzustände allenthalben — auch in den objektiven Daten unseres sozialen Lebens — sichtbar werden! Soziale Schwerpunkttherapie kann nicht durch tiefenpsychologische Bemühungen im therapeutischen Einzelgespräch ersetzt werden. Das Desiderat der Bedürfnisse, welche aus der sozialen 'Hungersnot' folgen, ist — sehen wir uns die sozialen Schädigungen an, die durch die 'verschütteten Lebensbilder' entstehen — unendlich! Schlagartig zeigt sich die 'Verlassenheit' des nicht mehr Ratsuchenden in dem Satz: „Wo nur noch der Sargträger mit einer Handvoll Leidensgenossen und Helfer bei der Beerdigung anwesend sind, wo ... keine Angehörigen anwesend sind!“

Tief leuchtet Menzen hinein in das Problem der sog. „Stigmatisierung“ des Behinderten und Kranken: „Behinderung von uns leichthin unter dem Begriff des etikettiert-Seins fallend, wird als *Abspaltung* historisch konzipiert, wird als Partialisierung eines idealen, umfassenden, ausgewogenen Menschenbildes begriffen.“ Provokativ folgt der Satz: „Behinderung ist historisch ein *erzwungener Fetischismus*, der im Stand des nicht-Ideals, des nur partialen, des nur-Teil-Seins auf den idealen, vollkommenen Körper, Leib, den Blick ausgerichtet hat ... Die Grenzerfahrung, die der Behinderte macht, die Erfahrung, bloß ein Teil zu sein,

*Heidelberg so ruft es wieder
und ich dichte Abschiedslieder
und ich winke noch einmal
trotz der höchsten Seelenqual
und wenn neue Länder sind
in denen ich mich wiederfind
vergeß' ich nie die alte Stadt
die ein Stück vom Herzen hat.
Ich hab' in dir so viel gesehn,
da mag ich jetzt nicht von dir gehn
Adieu du schöne Stadt.*

Berichtigung zu dem im Mitteilungsheft Nummer 7 erschienenen Artikel „Zum Verhältnis von Kunst und Kunsttherapie“ von G. Schottenloher:

In diesem Artikel über eine Tagung an der Akademie der Bildenden Künste München wird Frau von Spreti mit der Bemerkung zitiert, sie habe als Kunsttherapie-Praktikantin unter sehr einschränkenden Bedingungen in der Psychiatrischen Universitätsklinik r. d. Isar München arbeiten müssen. Der dortige Direktor, Herr Prof. Dr. med. H. Lauter, hat in einem Brief an Frau von Spreti die zitierte Darstellung zurückgewiesen und betont, daß ihm selbst am Einsatz der Kunsttherapie an seiner Klinik sehr viel gelegen sei und er gerne auch weiterhin beste Arbeitsbedingungen für Praktikanten der Kunsttherapie zur Verfügung stelle. Frau Schottenloher und Frau von Spreti sehen den Verdienst der Psychiatrischen Klinik der Technischen

bloß einem Teil der Menschheit anzugehören, erzwingt den ganzheitlichen, den holistischen Wunsch, zu verschmelzen, eins zu sein mit jener Gesamtheit, die wieder in die gemeinsame Verfaßtheit einverleibt, die rekonstruiert, wieder absichert, wieder trägt. Aus all dem ist der Behinderte herausgefallen.“

Und nun die kulturell-ästhetische Konsequenz: „Die kulturellen Kodizes, die bildhafte wie die plastische Erfahrung des Ausgegrenzt-Seins wie des Wunsches, diese aufzuheben, greifen bis in die physiologische Repräsentanz der Vorstellung, lenken die Körperschemata, Verhaltenssequenzen des Behinderten (und Nichtbehinderten) auf ein kulturell ausgebildetes *Bild von Idealität*. Natur- und Kulturausdruck überlagern sich ... Die Stanzformen mit ästhetischem Blick dirigieren die Zugehörigkeit des gesellschaftlichen Bewußtseins ...“, dem sich der Behinderte und der Kranke zu unterwerfen haben, indem ihnen „das Stigma des ästhetisch Unpassenden, Asozialen, gesellschaftlich seiner nicht-Mächtigen“ anhängt. Nietzsche: „Die Krankheit ... hat mich herausgelöst!“

Dieses 'Wiedereinlösen' eines verletzten behinderten und geschädigten Lebensschicksals, diese Reintegration in die Gesellschaft kann nicht möglich werden, solange der sog. Gesunde einer „anderen Klasse“ angehört und sich nicht auch als den „noch-nicht-Beschädigten“ oder als den „noch-nicht-Behinderten“ erleben kann. Die 'Solidarität der Tode' (Viktor von Weizsäcker) — „alle Menschen müssen sterben“ — geht als Erlebnis der Frage nach der 'Behinderung als Verletzung des Gesamtkörpers' voraus! „Menschliches Dasein, wie es sich im vorliegenden versteht, ist das behinderte Ich in ihr“. Darum — so Menzen — steht am Beginn des Beratungsprozesses die Frage des Beraters: Was behindert, was krankt an ihm selbst?

Buchbesprechung:

Karl-Heinz Menzen: Verschüttete Bilder, Aspekte der Beratungsarbeit. Lambertus Verlag, Freiburg i. Br., 1988, 214 Seiten

(Gedicht eines 7-jährigen Kindes)

Universität in der schwierigen Pionierarbeit auf dem Felde der Kunsttherapie als unbestritten an. Der Bericht hatte lediglich die allgemein oft schwierigen Arbeitsbedingungen der Kunsttherapie im klinischen Bereich darstellen wollen. Die Autoren bedauern die mißverständlich erscheinende Äußerung. Auch von Herrn Hanus, dem Leiter des A. K. T. München, am dem Frau von Spreti Studentin war, wurden wir darauf hingewiesen, daß zwischen seiner Ausbildungsstätte und der Psychiatrischen Universitätsklinik beste Zusammenarbeit bestehe und er sich von der oben genannte Darstellung distanzieren.

nach Absprache mit den Beteiligten
die Redaktion

5. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie
vom 6. bis 8. Oktober 1989 in Salzburg

KUNSTTHERAPIE — PRAXIS UND THEORIE

Ort: Neue Naturwissenschaftliche Universität Salzburg

Wenn Sie sich aktiv an diesem Kongreß beteiligen wollen, so setzen Sie sich bitte umgehend mit uns in Verbindung
(Dr. Reiter, Universität Salzburg, Hellbrunnerstr. 34, A-5020 Salzburg und Herr v. Moreau, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 368, D-6900 Heidelberg, 06221 / 563843)

Ascona Gespräche

Monte Verità

31. 3. — 2. 4. 1989

17. Internationales Balint-Treffen

Psychosoziale Ausbildung und Weiterbildung

Thema: Der alternde Mensch und sein Arzt

Auskunfte: Balint-Dokumentationszentrum CH-6612 Ascona

4. Heidelberger Arbeitstreffen

„Brücken von der Allgemeinmedizin zur

Psychosomatik“

Das Philosophische und die praktische Medizin

3. und 4. Mai 1989

Auskunfte: Frau Kullik 06221 / 563013

5th International Congress:

Musik Therapy and Music Education for the Handicapped

August 23-27, 1989, Noordwijkerhout, The Netherlands,

Auskunfte: Stichting Muziektherapie, Henri Polaklaan 15,

NL-1018 CP Amsterdam

15. Internationale Sommerwoche in Bewegung und freiem Tanz

(nach Laban), 10.-16. Juli 1989 in Horw bei Luzern/Schweiz,

Auskunfte: Laban Tanzschule, Gotthardstr. 49, CH-8002 Zürich

MPE

16.-18. 6. 1989 Quellen der Kraft

22.-29. 7. 1989 Gestalterisches Wochenende im

Hochgebirge

4.- 6.10. 1989 Quellen der Kraft, Intensivkurs vor der

5. Jahrestagung der IAACT in Salzburg

Auskunfte: Dr. med. M. Schröder, Elbchausee 201,

D-2000 Hamburg 52

5. Postgraduate Seminar für Gestaltende Psychotherapie
und Ausdrucksanalyse

Psychoaesthetic Dynamics and Hermeneutics,

Leitung: A. Robbins, S. Robbins, M. Erismann

23.-29.7.1989 in Oberhofen am Thunersee (Schweiz).

Auskunfte: M. Erismann, Chräyigenweg 42, CH-3074 Muri

Fortbildungsseminar: „Der eigene Körper“;

Körperdarstellungen in Bild und Plastik des Patienten,

8.-9.7.1989 in Heidelberg,

Auskunfte: Ursula Böhler, Deutscher Arbeitskreis für

Gestaltungstherapie, Urbanstr. 88, D-7000 Stuttgart

Call for papers:

Die Redaktion bittet, die zur Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie eingereichten Artikel jeweils mit einer kurzen Autorenbeschreibung (Name, Tätigkeit, Adresse) zu versehen. Die Manuskripte sind außerdem mit einem deutschen und einem englischen Abstract einzureichen.

Einsendung an folgende Adresse:

Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie
z. H. Herrn von Moreau, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Im Neuenheimer Feld 368 D-6900 Heidelberg.

Fortbildungsseminar: *Musik in der Gestaltungstherapie*,
6.-7.5.1989 in Stuttgart.

Auskunfte: Helena Schrode, Deutscher Arbeitskreis für
Gestaltungstherapie, Urbanstr. 88, D-7000 Stuttgart

Neuerscheinungen:

Gerd Selle, Gebrauch der Sinne, eine kunstpädagogische Praxis,
rororo Hamburg 1988

Rudolf zur Lippe, Sinnenbewußtsein, Grundlegung einer
anthropologischen Ästhetik, rororo, Hamburg 1987

Gaetano Benedetti (Hg.), Welt der Symbole, Interdisziplinäre
Aspekte des Symbolverständnisses, Vandenhoeck & Ruprecht,
Göttingen 1988

Max Kläger, Phänomen Kinderzeichnung, Manifestation
bildnerischen Denkens, Burgbücher Schneider,

Baltmannweiler 1989

Charlotte Kollmorgen, Collagen-Therapie: bildnerische Arbeit
mit Herzinfarktpatienten in d. Rehabilitationsklinik, Marhold,
Berlin 1988

Alfons Reiter e. a., Gestaltungstherapie Almanach, Verlag
Dtsch. Arbeitskreis Gestaltungstherapie, Stuttgart 1988

Videokassetten zum Film „Bild ist Seele“, der bei unserer

4. Jahrestagung mit neuer Vertonung uraufgeführt wurde, sind
zum Preis von SFr. 80.— erhältlich bei Yvonne Escher,
Bodensee-Film, CH-8266 Steckborn.

Wir gratulieren:

Bei der Quadriennale 1987 in Prag — der Weltausstellung für
Bühnengestaltung, Theatertechnik und Architektur — waren
auch die bedeutendsten Hochschulen vertreten. Die Goldme-
daille errang die Hochschule „Mozarteum“ in Salzburg mit ih-
rem Ordinarius Prof. Heinz B. Gallée als die beste Ausbildungs-
stätte der Welt.

Impressum

KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE

Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung
und Therapie — International Association for Art, creativity and thera-
py (IAACT) — Association Internationale de l'Art-Thérapie — Associa-
zione Internazionale per l'Espressione Artistica nella Terapia

unter Mitarbeit von:

S. Arasa/Barcelona, Cl. Bahne-Bahnson/Fresno-USA, E. Briener/
Lugano, P. L. Eletti/Florenz, D. v. Engelhard/Lübeck, J. P. Fournier/
Bordeaux, B. Fugger/Heidelberg, W. Jacob/Heidelberg, B. Luban-
Plozza/Locarno, W. Pöldinger/Basel, E. Ringel/Wien, D. Ritschl/
Heidelberg, A. Schmölz/Wien, Y. Tokuda/Tokyo-Japan, O. G. Witt-
genstein/München

Sitz der Gesellschaft: Monte Verità, Ascona, Schweiz

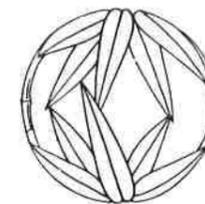
Geschäftsstelle:

Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 368, Postfach 101842,

D-6900 Heidelberg, Tel. 06221 / 563866 oder 563843

Redaktion: W. Jacob, M. Erismann, B. Fugger, K. B. v. Moreau

ISSN 1012-0432



INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR ART, CREATIVITY AND THERAPY (IAACT)

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE L'ART-THERAPIE

ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE PER L'ESPRESSIONE ARTISTICA NELLA TERAPIA

Mitteilungsblatt

8

März 1989

Editorial

Heidelberg, März 1989

Sehr verehrte Mitglieder und Freunde der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie!

Die 4. Jahrestagung unserer Gesellschaft, die vom 28. - 30. Oktober 1988 in Basel stattfand, liegt nun schon mehr als ein Vierteljahr zurück. Wir hatten mit etwa 200-250 Teilnehmern gerechnet. Indessen waren noch in den letzten Wochen vor der Jahrestagung die Anmeldungen so zahlreich, daß wir uns kurzfristig zu einer Umorganisation der Säle im Baerwart-Schulhaus in der Schule für Gestaltung in Basel entschließen mußten und schließlich konnten etwa 400 Teilnehmer die zahlreichen und hochinteressanten Vorträge und Kurzseminare besuchen. Das vornehmlich von Herrn Pöldinger und Herrn Waser ausgerichtete Tagungsprogramm fand ein so starkes anerkennendes Echo und Interesse, daß man von einem neuen Höhepunkt unserer Jahrestagungen sprechen kann; ihnen sowie Herrn Reist, dem Direktor der Schule für Gestaltung, die uns ihr schönes Schulhaus zur Verfügung gestellt hatte, sei an dieser Stelle noch einmal aufs herzlichste im Namen der Gesellschaft gedankt.

Die nächste Jahrestagung in Salzburg wird zusammen mit Herrn Priv. Doz. Dr. Reiter, Universität Salzburg, ausgerichtet. Wir haben uns aus Gründen der Salzburger Semesterferien entschlossen, diesmal die Jahrestagung vom 6. - 8. Oktober 1989 abzuhalten und hoffen, daß auch zu dieser Jahrestagung zahlreiche Mitglieder und Gäste erscheinen werden. Der vorgezogene Zeitpunkt wurde mit den Mitgliedern der Basler Mitgliederversammlung abgestimmt.

Der Aufbau der Forschungsstelle für Kunst, Gestaltung und Therapie konnte dank des unermüdelichen Einsatzes von Herrn von Moreau weiterentwickelt werden. Wir hoffen, bei der Jahrestagung in Salzburg die ersten Ergebnisse dieser Arbeit präsentieren zu können.

Die Mitgliederzahl der Gesellschaft ist weiterhin angestiegen. Auch die Basler Jahrestagung hat zahlreiche Gäste angelockt, die sich entschlossen haben, Mitglieder der Gesellschaft zu werden. Wir möchten Sie wiederum nachdrücklich bitten, aktiv an der Gestaltung der Salzburger Jahrestagung mitzuwirken und Ihre Vorschläge Herrn von Moreau einzusenden. Ich darf an dieser Stelle allen Mitgliedern für ihre aktive Mitarbeit herzlich danken und gleichzeitig die Hoffnung aussprechen, daß unsere Gesellschaft den inzwischen gewonnenen eigenen Charakter weiterhin entfalten kann.

Wolfgang Jacob