

Veranstaltungen:

Kongresse:

- Jahrestagung des Dtsch. Arbeitskreises Gestaltungstherapie, 22.–24. 9. 1989, Stuttgart. Kontakt: DAGTP, Urbanstraße 88, D-7000 Stuttgart 1
- Intern. Musiktherapiesymposium, 29. 9.–1. 10. 1989, Wien. Kontakt: ÖBM, U. Hördler, Hartmannngasse 10, A-1050 Wien
- Norddeutsche Psychotherapie Tage Lübeck, 14.–20. 10. 1989, Lübeck
- International Musicmedicine Symposium, 25.–29. 10. 1989, Rancho Mirage, Cal./USA. Kontakt: Anneberg Center, 39000 Bob Hope Drive, Rancho Mirage, CA 92270 USA
- Gestaltwerdung — Gestaltzerfall, Jahreskongreß der Dtsch. Gesell. für Psychopathologie des Ausdrucks, 26.–29. 10. 89, München. Kontakt: Prof. Dr. M. Heuser, Theatinerstraße 44, D-8000 München 2
- Bad Rappenauer Balint-Studentagung, 27.–29. 10. 1989, Bad Rappenau. Kontakt: Dr. med. M. Stubbe, Schlopweg 65, D-3320 Salzgitter 51
- Psychosozialer Krebskongreß (Psychosoziale Nachsorge), 2.–4. 11. 1989, Heidelberg. Kontakt: Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung, Im Neuenheimer Feld 155, D-6900 Heidelberg
- Congres Francophone de Musicotherapie, 2.–5. 11. 1989, Paris-Bagnolet. Kontakt: PMV Musictherapie, 130 rue de Clignancourt, F-75018 Paris
- Angewandte Kunsttherapie in der BRD, Tagung der Dtsch. Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, 10.–12. 11. 1989, Kassel. Kontakt: DGKT, c/o Fritz-Perls-Inst., Wefelsen 5, D-5609 Hückeswagen
- American Art Therapie Conference, 16.–20. 11. 1989, San Francisco. Kontakt: 1202 Allanson Road, Mundelein, IL 60060, USA
- Süddeutsche Balint-Studentagung, 29. 11.–3. 12. 1989, Würzburg. Kontakt: Dr. med. M. Stubbe, Schlopweg 65, D-3320 Salzgitter 51
- Psychotherapietage Aachen, 5.–7. 1. 1990, Aachen
- Bonner Balint-Studentagung, 19.–21. 1. 1990, Bonn. Kontakt: Dr. med. M. Stubbe, Schlopweg 65, D-3320 Salzgitter 51

Wir gratulieren

- Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza wurde mit dem Albert-Schweizer-Preis für Humanistische Studien und mit der Ehrendoktorschaft der Universität Szeged/Ungarn ausgezeichnet.
- Prof. Dr. med. Walter Pöldinger wurde anlässlich seines 60. Geburtstages mit der Ehrenmitgliedschaft und mit der „pro meritis“-Medaille in Silber der Salzburger Ärzteschaft ausgezeichnet.

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.

Seminare und Workshops

- Quellen der Kraft, Intensivkurs vor der 5. Jahrestagung der IAACT in Salzburg, 4.–6. 10. 1989, Salzburg. Kontakt: Dr. med. M. Schröder, Elbchausee 201, D-2000 Hamburg 52
- Einführungsseminar in tiefenpsychologisch fundierte Gestaltungstherapie, 14.–15. 10. 1989, Bad Liebenzell. Kontakt: C. Lampart, Calmbacherstraße 23, D-7263 Bad Liebenzell
- Provokative Therapie (Frank Farrelly), 27.–29. 10. 1989, Heidelberg. Kontakt: Dr. F. Kröger, Med. Uniklinik, Bergheimer Straße 58, D-6900 Heidelberg
- Musiktherapie mit eßgestörten Patientinnen, 4. 11. 1989, Würzburg. Kontakt: D. v. Moreau, Petrinistraße 11, D-8700 Würzburg
- über Märchen das Leben — das eigene Märchen — zu verstehen versuchen, Workshop, 4.–5. 11. 1989, Hamburg. Kontakt: Dr. med. M. Schröder, Elbchausee 201, D-2000 Hamburg 52
- Musiktherapie im Rahmen von Psychosomatik und Psychotherapie, Workshop, 11.–12. 11. 1989, München. Kontakt: Freies Musikzentrum, Ismaninger Straße 29, D-8000 München 80
- Die selbstgefertigte Finger-, Handpuppe als Medium zum therapeutischen Dialog, Workshop, 18.–19. 11. 1989, Hamburg. Kontakt: Dr. med. M. Schröder, Elbchausee 201, D-2000 Hamburg 52
- Musiktherapie und Beziehung, Workshop, 18.–19. 11. 1989, München. Kontakt: Freies Musikzentrum, Ismaninger Straße 29, D-8000 München 80
- Einführungsseminar in tiefenpsychologisch fundierte Gestaltungstherapie, 18.–19. 11. 1989, Stuttgart. Kontakt: K. Schattmayer-Bolle, Blumenstraße 7, D-7447 Aichtal
- Symbolerfahrung und Symbolerfassung, Fortbildungsseminar, 25.–26. 11. 1989, Stuttgart. Kontakt: Dtsch. Arbeitskreis Gestaltungstherapie, Urbanstraße 88, D-7000 Stuttgart 1
- Collagen analysiert und therapeutisch genutzt, Workshop, 2.–3. 12. 1989, Hamburg. Kontakt: Dr. med. M. Schröder, Elbchausee 201, D-2000 Hamburg 52
- Musiktherapie mit behinderten Kindern und Erwachsenen, Workshop, 20.–21. 1. 1990, München. Kontakt: Freies Musikzentrum, Ismaninger Straße 29, D-8000 München 80
- Betrachtungen von bildhaften Gestaltungen auf Objektstufe und Subjektstufe, Fortbildungsseminar, 20.–21. 1. 1990, Stuttgart. Kontakt: Dtsch. Arbeitskreis Gestaltungstherapie, Urbanstraße 88, D-7000 Stuttgart 1

Impressum

KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE

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

unter Mitarbeit von:

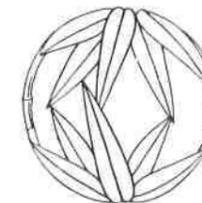
S. Arasa/Barcelona, Cl. Bahne-Bahnson/Fresno-USA, E. Briener/Lugano, P. L. Eletti/Florenz, D. v. Engelhard/Lübeck, J. P. Fournier/Bordeaux, B. Fugger/Heidelberg, W. Jacob/Heidelberg, B. Luban-Plozza/Locarno, W. Pöldinger/Basel, E. Ringel/Wien, D. Ritschl/Heidelberg, A. Schmölz/Wien, Y. Tokuda/Tokyo-Japan,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

Sitz der Gesellschaft: Monte Verità, Ascona, Schweiz

Geschäftsstelle:

Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 368, Postfach 101842,
D-6900 Heidelberg, Tel. 0 62 21 / 56 38 43

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-THERAPY
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE PER L'ESPRESSIONE ARTISTICA NELLA TERAPIA

Mitteilungsblatt

9

September 1989

Editorial

Heidelberg, September 1989

Sehr verehrte Mitglieder und Freunde der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie! Die Jahrestagung in Salzburg steht bevor mit dem vielversprechenden Thema: „Kunst — Therapie, Praxis und Theorie“. Erwartungsgemäß sind die von den Mitgliedern angebotenen Beiträge zur Jahrestagung diesmal wiederum so reichhaltig erfolgt, daß wir alle Mühe hatten, sie in den zur Verfügung stehenden Zeitrahmen der Jahrestagung einzubringen. Das ist dank der vorzüglichen organisatorischen Vorarbeit von Herrn Univ. Doz. Dr. Alfons Reiter und Herrn Karl Benedikt von Moreau sehr zufriedenstellend gelungen, wofür schon hier den Organisatoren der Tagung besonders gedankt sei. Es wäre zu der Vielfältigkeit und Bedeutung der einzelnen Beiträge etwas zu sagen; schon anhand der Themenstellung wird deutlich, wie sehr in der Kunsttherapie Praxis und Theorie miteinander verbunden sind. Durch die Mitwirkung der Universität Salzburg und der Hochschule „Mozarteum“ Salzburg, die besondere Architektur des Universitätsgebäudes, in dem wir tagen, und durch sieben Ausstellungen, die in den Räumen der Salzburger Universität zu sehen sein werden, gewinnt die Salzburger Jahrestagung schon jetzt ihr ganz eigenes Gesicht, welches der genius loci der Orte, an denen wir tagen, in einer ganz besonderen Weise unterstreicht. Daß wir die Jahrestagung um zwei Wochen vorverlegt haben, eine Terminverschiebung, der sicher nicht alle Mitglieder zustimmen konnten, ist einerseits bedingt durch den früheren Semesterbeginn an der Salzburger Universität, zum anderen durch die Reize der Stadt und der umgebenden Landschaft, durch die wir uns, so hoffe ich, erfreuen können.

In dem vergangenen Jahr hat sich nicht nur die Mitgliederzahl, sondern auch das aktive Leben in der Gesellschaft in sehr erfreulicher Weise fortentwickelt. Das verdanken wir vornehmlich unseren Mitgliedern, deren Beiträgen in den Mitteilungsblättern, den Fachbeitragsitzungen der Gesellschaft und nicht zuletzt Ihrer aktiven Mitarbeit bei den Programmen der Jahrestagung.

Auch die organisatorischen Grundlagen der Gesellschaft haben sich dank des unermüdelichen Einsatzes unseres Sekretärs, Herrn Karl Benedikt von Moreau, konsolidiert, so daß wir die unmittelbaren Kontakte zu den einzelnen Mitgliedern erheblich intensivieren konnten. In der Zukunft wird es darum gehen, den Ort und die Kooperation mit den uns nahestehenden Gesellschaften zu verstärken, d. h. auch unser Mitteilungsblatt steht allen wichtigen Beiträgen, Erfahrungen und Anregungen offen und ich würde mich freuen, wenn Sie weiterhin durch Ihre aktive Mitarbeit und persönliche Meinungsäußerungen und Vorschläge auch die zukünftige Arbeit der Gesellschaft aktiv unterstützen und beleben!

Wolfgang Jacob

KUNSTTHERAPIE UND KOMMUNIKATION

Wolfgang Jacob

Die Bedeutung der kommunikativen Wirkungen verschiedener Formen der Kunsttherapie bedarf einer systematischen Betrachtung; laufen wir doch Gefahr in unserer Gesellschaft immer größere Herde der Einsamkeit in unserem gesellschaftlichen Leben zu produzieren! Massenveranstaltungen, Massentourismus, Massenkonzerte, Massenversammlungen sind vornehmlich an die Stelle echter kommunikativer, mitmenschlicher Beziehungen getreten. Die sozialen Bindungen und Verpflichtungen der Familie, der Weggenossenschaft, des zwanglosen und fröhlichen Miteinanderlebens in kleinen gesellschaftlichen Gruppen oder Veranstaltungen wird zunehmend ersetzt durch eher anonymisierte Beziehungen der einzelnen Menschen zueinander. Lockere, wahllose Kontakte, die meist dem Zufall überlassen bleiben, treten an die Stelle lebenslanger Freundschaften, eines ehelichen Zusammenlebens oder einer familiären Gestaltung des Alltags. Freiwilliger oder erzwungener Ortswechsel fördert ebenfalls diese Entwicklung, in der eine bestimmte *Formation des Miteinander* sichtbar wird, nicht unbedingt nachteilig für das menschliche Zusammenleben, aber einer besonderen Ausformung und Pflege, ja sorgfältiger Aufmerksamkeit bedürftig, damit sie nicht in sog. „Leerformeln des Zusammenlebens“ ausartet und eher ein schales Gefühl einer depressiven Einsamkeit zurückläßt, gefolgt von Krankheit und Depression, welche wie kein anderes Übel den Mangel eines erfüllten mitmenschlichen Daseins zum Ausdruck bringen.

Es gibt vielfältige Hinweise in der Sozialmedizin, welche eine derartige Annahme nahelegen, wie z. B. die Tatsache, daß vor allem ältere Männer, deren Frauen sterben, kein glückliches oder langes Leben mehr vor sich haben, weil sie sich an andere Partner nicht mehr gewöhnen können oder weil die eigene Familie sich ihrer in einer befriedigenden Weise nicht anzunehmen vermag. Die Life-Event-Forschung von Rahe und Theorell hat ergeben, daß der Tod des langjährigen Partners eine Lücke läßt, die nicht ohne weiteres durch ein eigenes und neues Leben ausgefüllt werden kann. Der sog. „Pensionstod“ (A. Jores) ist ein anderes Phänomen eines sehr negativ empfundenen Kommunikationsverlustes. Häufig sterben Menschen, die zuvor in ihrem Beruf engagiert und anderen Menschen zugewandt ihre Tatkraft eingesetzt hatten, weil sie die durch die Berufslosigkeit entstandene Leere nicht in einer geeigneten Weise überbrücken können. Ein plötzlich eintretender Mangel an beruflicher Kommunikation führt in eine Lebenskrise, die nicht selten durch Krankheit und Tod beendet wird.

Auch für Kinder scheint eine plötzlich eintretende Kommunikationslosigkeit — etwa durch den Tod beider Eltern — in eine Lebenskrise zu führen; der plötzlich eintretende Kommunikationsmangel zu den nächsten Mitmenschen läßt sich nur schwer wältigen. Schließlich dürfte ein langes Siechtum oder Krankheitsschicksal bei chronischer Erkrankung in eine Lebenssituation ausmünden, in der alle zunächst in der Gesellschaft üblichen Kommunikationsmöglichkeiten stark eingeschränkt sind, bis eine an die Grenzen des Erträglichen führende Vereinsamung die entstandene Kommunikationslücke mehr und mehr fühlbar oder gar erschreckend wirksam werden läßt. Die Resignation des alternden Menschen ist hier sprichwörtlich.

Indessen scheint es doch nicht nur ein unabänderliches Schicksal des kranken oder alten Menschen zu sein, in Pflegeheimen

oder Anstalten an dem eigenen Siechtum zugrunde zu gehen; vielmehr würde eine adäquate Lebensaufgabe oder ein neu zu entdeckender Lebenssinn das eigene Leben wie das der Mitmenschen, mit denen der kranke oder behinderte oder der alte Mensch zusammenlebt, nicht nur erleichtern, sondern es würden neue Inhalte für ein gemeinsames Leben entstehen können, wenn man nur rechtzeitig darauf Bedacht nimmt, dieses in veränderter Form notwendig werdende Zusammenleben durch entsprechende Anregungen, vielleicht auch geeignete therapeutische Interventionen neu zu gestalten und die neue Lebensphase sorgfältig vorzubereiten!

Nichts deutet in unserer gegenwärtigen Gesellschaft daraufhin, daß derartige Zusammenhänge klar gesehen oder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des gesellschaftlichen Zusammenlebens gerückt werden! Im Gegenteil, die durch die Isolationstendenzen unserer naturfernen, technologisch und leistungsstark ausgerichteten Gesellschaft sich ergebenden *Mängel eines mitmenschlichen Zusammenlebens* werden eher zunehmend und krasser wirksam als dies in früheren Jahrzehnten sichtbar geworden wäre.

Selbstgewählte Einsamkeit, die vor allem der alternde Mensch produktiv zu gestalten vermag, stellt eine Art Alternative zu diesen hier nur kurz und unzureichend geschilderten gesellschaftlichen Kommunikationsmängeln dar! Der in seinem Lebensschicksal erfüllte, mit sich und anderen in einer sehr lebendigen Beziehung stehende alte Mensch fühlt sich nicht einsam, nicht ratlos, nicht vom Schicksal verlassen oder zurückgesetzt! Er weiß sich in Zeiten der Einsamkeit und des Alleinseins sehr wohl Lebensinteressen zuzuwenden, die ihn ganz erfüllen und ihm unter Umständen erst in höherem Lebensalter eine angemessene kulturelle Anerkennung verschaffen. Er hat eine besondere Fähigkeit, sich anderen, auch schwächeren oder kranken Menschen, nicht zuletzt alten und einsamen Menschen zuzuwenden. Er hat stets — bis ins hohe Alter — eine sinnvolle Aufgabe und Tätigkeit, die er ausübt. Da bleibt weder für Depressionen noch für das Gefühl, auf dieser Welt ganz unnütz geworden zu sein, Zeit und Raum; derartige Krisen sind längst überwunden. Jeder Tag, den das Leben oder die anderen Menschen bringen, erscheint wie ein glücklicher Tag, der garnicht enden sollte.

Andere Lebensschicksale sehen ganz anders aus; sie führen in ein unglückliches Leben, das mehr oder weniger seinen Sinn verloren zu haben scheint; sie werden durch langes Siechtum und Tod beendet.

Es ist keine Frage, daß gerade die langwierigen Lebenskrisen im Alter einer mitmenschlichen Hilfe und Zuwendung, man kann auch sagen, eines mitmenschlichen Dienstes oder — es ist das gleiche Wort — einer „Therapie“ bedürfen. Gerade hier scheint das, was wir heute mit einem nicht ganz glücklich gewählten Wort „Kunsttherapie“ kennen, sinnvoll und anwendbar zu sein.

Der bisherige Einsatz verschiedener Formen der Kunsttherapie beschränkt sich weitgehend auf den medizinischen Bereich, und hier wiederum vornehmlich auf die Psychiatrie. In diesem Fach ist die Kunsttherapie in ihren verschiedenen Ausformungen der Musiktherapie, der Mal- und Gestaltungstherapie, der Tanz- und Bewegungstherapie, der darstellenden Künste und schließ-

lich auch der Bibliotherapie am meisten und am längsten angewendet worden.

Auch in anderen medizinischen Fächern — vor allem in der Psychosomatik — haben sich die Möglichkeiten einer Kunsttherapie in ihren verschiedenen Ausfaltungen nach und nach verbessert; in der Behandlung chronisch Kranker beginnt man, erste vorsichtige Schritte zu tun. Dieses Zögern ist erklärlich, nicht zuletzt weil der Schritt von einer rein medizinischen Auffassung des organischen Krankheitsgeschehens zu einer mitmenschlichen Interpretation und Sichtweise des Krankheitsverlaufes zu gewaltig erscheint und zunächst alle therapeutischen Anstrengungen sich auf die Wiederherstellung der Organfunktion konzentrieren müssen. Auch in der Rehabilitationsmedizin hat sich die Kunsttherapie bisher so gut wie garnicht etabliert; insbesondere eine modifizierte Beschäftigungs- und Ergotherapie hat ihre Chancen noch nicht so recht erkannt!

Eine gesonderte Betrachtung zur Anwendungsweise der Kunsttherapie in den verschiedenen medizinischen Disziplinen muß an dieser Stelle unterbleiben, obgleich meines Erachtens — wie bei jeder gezielten Therapie — eine bessere Kenntnis der Indikationsbereiche für die verschiedenen Arten der Kunsttherapie zu den Gebieten gehört, die einer dringenden und systematischen wissenschaftlichen Erforschung bedürfen!

Überall dort, wo der chronisch Kranke entweder durch seine Krankheit oder durch sein Lebensschicksal von einer besonderen mitmenschlichen Isolation bedroht wird, sollte daher nachgedacht werden, ob hier nicht die Anwendung der Kunsttherapie in der einen oder anderen Form notwendig oder geboten erscheint. Ihr therapeutischer Nutzen mag von manchen in Zweifel gezogen werden. Auf jeden Fall aber schafft die Kunsttherapie — in welcher Form auch immer — eine grundlegende Veränderung des mitmenschlichen Kommunikations-Klimas, sobald sie fachgerecht eingesetzt wird!

Nur unter einer Grundbedingung freilich kann eine derartige Forderung sinnvoll sein: Das, was der Kranke oder der Behinderte oder der alte Mensch oder der besonderen Bedingungen der Isolierung unterworfenen Mensch in jedem Fall brauchen, ist eine sehr anspruchsvolle und gediegene Ausübung der Kunsttherapie! Kein lediglich animierender oder mediengeschmackleischer Charakter einer kunsttherapeutischen Veranstaltung kann bewirken, daß eine Krankheitskrise oder ein depressiver Zustand eines alternden oder einsamen Menschen wirksam überwunden werden kann. Nur eine tiefgreifende Einsicht in die mitmenschlichen Zusammenhänge einer Lebenskrise vermag einen Menschen, der lange Zeit schwankt, ob er sich nicht das Leben nehmen soll, zu einem neuen Lebenssinn oder neuen Lebensaufgaben den Weg zu bahnen oder einer mit schwerwiegender Erkrankung stets verbundenen Lebenskrise durch den Einsatz eines kunsttherapeutischen Mediums in der Musiktherapie, in der Mal- und Gestaltungstherapie usw. zu überwinden und insbesondere die mitmenschliche Isolierung, die schwere Krankheit meistens mit sich bringt, zu vermindern.

Wir müssen uns also zunächst fragen, warum die Kunsttherapie in besonderer Weise geeignet sein soll, schwerwiegende Kommunikationsstörungen zu überwinden. Schließlich, warum soll gerade ein kunsttherapeutisches Medium sich dazu eignen, in einer bedrohlich erscheinenden Lebenskrise hilfreich zu sein?

Versuchen wir, diese Frage vor allem in Hinsicht auf die Wirksamkeit kommunikativer Kräfte in der Kunsttherapie näher ins Auge zu fassen. Gleichzeitig fragen wir, ob das Kreativwerden im künstlerischen Prozeß mit der Kommunikationsfähigkeit des Menschen etwas zu tun hat. Dabei erscheint wichtig, ja ausschlaggebend, in welcher Weise sich eine Kommunikation zwi-

schen den Beteiligten durch eine kunsttherapeutische Anregung überhaupt herstellen läßt!

Über zwei Patienten mit schwerwiegenden Kommunikationsstörungen möchte ich berichten:

Bei dem ersten Patienten handelt es sich um einen jungen Bildhauer, der wegen einer Schizophrenie mit stark aggressiv-destruktiven Zügen in die geschlossene Abteilung einer Psychiatrischen Klinik eingewiesen werden mußte. Dort waren wegen einer schweren Katatonie zunächst Elektroschockbehandlungen notwendig. Als die Katatonie sich besserte schickte man ihn in die Beschäftigungstherapie. Die Therapeutin ließ plastizieren und legte jedem Patienten einen Lehmklumpen vor mit der Aufforderung, ein Tier zu machen. Der Patient ließ seinen Lehmklumpen unberührt, sprach kein Wort und schien gänzlich verschlossen. Man befürchtete einen neuen Schub der Katatonie. Der den Patienten begleitenden Psychotherapeut erfuhr folgendes: Der Patient war höchlichst gekränkt darüber, daß man ihm in der Beschäftigungstherapie eine Aufgabe zugemutet hatte, der sich zwar jeder Laie kritiklos unterzieht, die jedoch für einen fertigen Bildhauer, der an der Kölner Kunsthochschule absolviert hat, eine Zumutung, ja geradezu eine Kränkung bedeutet.

Die dadurch neu entstandene und den behandelnden Ärzten sogar prognostisch bedenklich erscheinende Kommunikationsstörung hatte sich in Wirklichkeit als eine durchaus vermeidbare Kränkung mit einer fast normal zu nennenden Reaktionsweise des Patienten erwiesen. Hätte die Therapeutin ihn besser gekannt, so wäre es ein Leichtes gewesen, ihn zu einer qualifizierten bildhauerischen Tätigkeit anzuregen. Doch hatte die Beschäftigungstherapeutin selbst weder an irgendwelche biographischen Zusammenhänge der Handlungsweise des Patienten gedacht noch sich überhaupt um biographische Kenntnisse bei ihren Patienten bemüht.

Bei dem anderen Patienten handelt es sich um einen ebenfalls schizophrenen Patienten mit einer starken Neigung zur Autoaggression! Er hatte sich mehrfach auf scheußlichste Weise mit schneidenden Instrumenten Wunden beigebracht und konnte jedesmal im letzten Moment gerettet werden. Bei ihm schien ein aggressiv-destruktiver Tenor aller seiner Äußerungen, bis hin zur Lebensgefahr derer, die er bedrohte, von nicht unerheblicher Brisanz zu sein; jeder ernsthafte Kommunikationsversuch wurde drastisch abgewehrt. Er erfuhr, daß andere Kranke zur Maltherapie gingen und entschloß sich schweigend und völlig passiv bei den maltherapeutischen Stunden anwesend zu sein. Als man ihm Zeichenbogen und Kreide hinlegte, nahm er sie wie selbstverständlich und fing an Häuserskizzen zu malen, was ihm offensichtlich leicht fiel und auch behagte. Aus diesen Anfängen heraus wurde nach und nach eine ganze Bilderserie mit lebensgeschichtlich bezeichnenden Szenen, die auch seine Einsamkeit darstellten. Dieser Patient konnte sich während der Maltherapie von seinen autodestruktiven Tendenzen so gut wie völlig befreien und sein kommunikatives Verhalten kann inzwischen als ziemlich normal bezeichnet werden.

Man muß vor einer anfänglich wahrgenommenen Isolation des Patienten nicht kapitulieren, wie die kunsttherapeutische Erfahrung im Umgang mit dem Kranken deutlich zeigt! Das Medium der Kunsttherapie in ihren verschiedenartigen Ausfaltungen ist wie kein anderes geeignet, auch schwerere Kommunikationsstörungen des Kranken zu überwinden und zu bessern.

Man darf aus einer solchen Krankengeschichte freilich nicht schließen, daß jede Form der Kommunikation, die sich in der Maltherapie eröffnet, ohne weiteres heilsam sei und eine oft schwerwiegende Kommunikationsstörung zu beseitigen ver-

möge. Ein schizophrener Patient tarnt sich nicht und zeigt seine Kommunikationsstörungen unmittelbar.

Ganz anders verhalten sich schwer organisch Kranke, z. B. Krebskranke. Die innere Isolation des Kranken wird hier nicht selten übertüncht! Außerdem leidet der Kranke oft jahrelang schweigend und — an diesem Punkt für keinen Mitmenschen zugänglich — unter dem Verlust einer ihm nahestehenden Person, den er nicht verschmerzen kann. Weder eine körperliche Therapie noch eine Gesprächstherapie oder eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie nach Art einer normalen psychoanalytischen Intervention erscheint geeignet, diesen Zustand zu bessern oder zu überwinden. Die besondere Form der Kommunikationsstörung muß konkret ins Auge gefaßt und es muß kundige therapeutische Hilfe geleistet werden, um ihr überhaupt beikommen zu können!

Dem in der Behandlung organisch Kranker weitgehend unerfahrenen Psychoanalytiker zum Beispiel erscheint ein solcher Krebskranke „gefühlslarm oder gefühllos“. Dieser als „Alexithymie“ bezeichnete Zustand ist jedoch — wie entsprechende Gottschalk-Gläser-Untersuchungen gezeigt haben — nur ein der Person des Psychoanalytikers gegenüber zur Erscheinung gebrachtes Symptom, das im Gottschalk-Gläser-Test nicht mehr nachzuweisen ist: Hier äußert der Krebskranke seine Emotionen nicht anders als jeder Neurosepatient, der einem solchen Test unterzogen wird.

Findet der Kunsttherapeut durch den Einsatz eines für den Patienten geeignet erscheinenden Mediums Zugang zu dem Kranken und entsteht ein gefühlsmäßiger Kontakt und eine Art Vertrauenssituation, so kann erwartet werden, daß die kreativ künstlerische Tätigkeit den Patienten nicht nur anregt, sondern daß zugleich Ansätze zu einer Überwindung seiner kritischen Lebenssituation entstehen, welche von einer Besserung des Krankheitsprozesses gefolgt sein können. Der Kranke lernt auf neue Weise, sich der Welt und den Dingen zuzuwenden, sie neu zu empfinden und zu erleben und zu den Mitmenschen neue Kontakte zu knüpfen!

Die Kreativität eines Menschen scheint also abhängig zu sein von seiner Weise mit der Welt und den Mitmenschen zu kommunizieren!

Außer in der Psychotherapie und Psychiatrie ist der Charakter der Kommunikationsstörung bei einzelnen Krankheiten und Kranken weder systematisch untersucht noch einer zureichenden therapeutischen Bemühung unterworfen worden. Die Furcht vor Ansteckung bei den sog. Seuchen, wie der Pest, der Cholera oder dem Aussatz war solange verständlich, als äußere Lebensgefahr oder Tod mit ihnen verbunden war. Bei dem Laien mag man es verstehen, wenn auch heute noch Furcht vor Krankheit die Kommunikationswilligkeit des Gesunden dem Kranken gegenüber einschränkt. Doch hier vermischt sich bereits Angst vor Ansteckung mit der Angst, das Schicksal des Kranken teilen zu müssen. Eine Reihe von Krankheiten und auch Behinderungen, die nach heutiger Lehrmeinung nicht oder nicht mehr „ansteckend“ sind, werden auch heute zu einem *sozialen* Verhältnis für den Erkrankten! So gehörten früher Kranke mit einer Lungentuberkulose, heute gehören oft Krebskranke, vor allem aber Aids-Kranke zu den sog. ‘Outcasts’ der Gesellschaft!

Aber auch alte Menschen und Arbeitslose werden vielfach im gesellschaftlichen Leben als *zweitrangig* eingeschätzt, weil sie der Gesellschaft „zur Last fallen“, anstatt „Leistung“ zu erbringen. Sie gehören ebenfalls in den Bereich der gesellschaftlich „stigmatisierten“ (Goffman), der gesellschaftlich „Gezeichneten“! Hier aus der Not eine Tugend zu machen, gelingt nur

schwer, auch wenn der Kranke oder der Behinderte oder auch der alte Mensch oder der Arbeitslose dem Gesunden eines voraushaben: Sie alle haben ein *Übermaß an Zeit!* Freilich wirkt sich dieser Zeit-Überfluß wie ein *Mangel* aus, indem man sich die Zeit „vertreibt“ oder sie „totschlägt“, anstatt sie sinnvoll zu nutzen, weil man nicht gelernt hat, ihren grundsätzlichen Wert für das menschliche Dasein zu erkennen und zu schätzen!

Das hängt einerseits mit unserem mitmenschlich, d. h. *sozial derangierten*, aus dem naturwissenschaftlichen Denken abgeleiteten *Zeitbewußtsein* zusammen, andererseits haben wir alle nicht gelernt, grundsätzlich sog. „*freie Zeiten*“, zu denen keine eigentliche Lohn- oder Arbeitsleistung erbracht werden muß, so zu gestalten, daß sie einem *Kreativitätsbedürfnis* gerecht werden, das ausnahmslos j e d e m Menschen innewohnt!

Man kann und muß in der heutigen menschlichen Gesellschaft von einer *sozialpathologischen Devianz* oder *Destruktion des menschlichen Umgangs mit der Zeit* in vielen, ja den meisten Bereichen unseres mitmenschlichen Zusammenlebens sprechen; stellt doch die sog. *freie Zeit*, wenn wir sie nutzen, einen unschätzbaren, weil ungeschätzten Reichtum dar, dessen „Selbstzweck“, auf die einfache Formel der „Selbstverwirklichung“ gebracht, uns nicht vollauf zu befriedigen scheint.

Erst wenn ein zureichendes Bewußtsein für diese *sozialpathologisch wirksame Destruktivität brachliegender, ungenutzter oder auch unentwickelter kreativer Kräfte* geschärft worden ist, werden wir auf das wahre Ausmaß verschleuderter kreativer Energien des Menschen aufmerksam! Wir werden erst dann beginnen, uns zu fragen, was in der menschlichen Gesellschaft geschehen soll oder geschehen muß, um diesen kreativen Kräften und Bedürfnissen des Menschen adäquate Aufgaben zu stellen, sie mehr als bisher in einer sorgfältigen Erziehung zu pflegen und wach zu rufen, sie zu schützen und zu fördern, und ihnen adäquate Betätigungsfelder — für jeden Menschen erreichbar — zu öffnen!

Der Beginn einer solchen Entwicklung zeichnet sich ab: Die Volkshochschulen und andere Institutionen der Erwachsenenbildung haben, seitdem für die elementaren Grundbedürfnisse des Lebens nicht mehr gesorgt werden muß, eine hochrangige Bedeutung für die sog. Freizeitgestaltung erhalten. Alle Bereiche des menschlich-kulturellen Lebens, worin der Mensch sich unterrichten lassen kann, werden — unterschiedlos — von jungen und alten Menschen aufgenommen, als sei hier ein besonderer Durst zu stillen!

Von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung ist die kommunikationsbildende Kraft der Anregung zu Kreativität, die Respektierung und Erfüllung kreativer Bedürfnisse zwischen Gesunden und Kranken, Behinderten und alten Menschen, vor allem in den Bereichen der *Rehabilitation* und *Prävention!* Über alles bisher gesagte hinaus sollte der *kreativen Tätigkeit* des Menschen eine *grundsätzliche Bedeutung für die Gesunderhaltung des eigenen Lebens*, d. h. für eine schöpferische, ideen- und inhaltsreiche Gestaltungsmöglichkeit der eigenen Lebensbereiche eingeräumt werden!

Was unterscheidet unter all diesen Aspekten die Bemühungen um einen kundigen Einsatz der *Kunsttherapie* von den Bereichen der *Kunstpädagogik?*

Kunsttherapie und Kunsterziehung werden herkömmlicherweise dadurch unterschieden, daß dem Kunsttherapeuten die Aufgabe zufällt, mit kranken Menschen tätig zu werden, während der Kunsterzieher Gesunde und allenfalls Behinderte erzieht. Eine

derartige Unterscheidung verliert ihre strenge Gültigkeit dort, wo — gerade aus Gründen der Therapie — anzustreben ist, daß sich das *Kommunikationsverhältnis von Gesunden und Kranken* verbessert! Der Kunsterzieher also könnte das Kind und den jungen Menschen dazu erziehen, den eigenen kreativen Bedürfnissen, über die jeder Mensch verfügt, mehr Aufmerksamkeit zu widmen und ihnen besser gerecht zu werden, als es in der Regel geschieht, indem sie sog. *‘freie Zeit’* für die verschiedenen Fähigkeiten, diesen Bedürfnissen zu entsprechen, stärker genutzt wird!

In einer gemeinsamen künstlerischen Bemühung mit dem Kranken zusammen könnte der gesunde Mensch erfahren und lernen, daß dem kranken oder behinderten Menschen als dem im gesellschaftlichen Leben herkömmlicherweise Benachteiligten in der künstlerischen Betätigung ein Wirk-Feld sich eröffnet, in dem er sehr bald eine Möglichkeit entdeckt, sich dem Gesunden gegenüber als fähiger, ja sogar erfolgreicher zu erweisen. Das wäre ein nicht unwichtiger Ausgleich im Sinne gesellschaftlicher Parität, welche die Zufriedenheit des Menschen wesentlich bestimmt!

Kommunikationsprozesse als die wesentlich strukturierenden Elemente einer tragfähigen Gesellschaftsordnung bedürfen einer sorgfältigen Beachtung kreativer Bedürfnisse im mit-

KUNST ALS THERAPIE

Walter Pöldinger

Wenn wir in der Geschichte der Heilkunde die Anfänge suchen, so stoßen wir sehr früh auf das Phänomen Kunst als Therapie. Im alten Testament wird uns überliefert, daß der junge David die Melancholie des Königs Saul dadurch heilte, daß er ihm auf der Leier vorspielte. Diese Geschichte zeigt uns aber nicht nur, daß Kunst schon sehr früh als Therapie eingesetzt wurde, sondern auch, daß Heilkunde schon immer Heilkunst war, nämlich über das technische Wissen hinaus intuitiv zu erfassen, welche von verschiedenen gegebenen Möglichkeiten wohl die beste sei. David mußte auch um qualitative und quantitative Aspekte der Depression gewußt haben, denn eigene Untersuchungen haben gezeigt, daß es für einen schwer Depressiven sogar eine Qual ist, Musik hören zu müssen. Es besteht nämlich ein Unterschied zwischen Traurigkeit als Gemütszustand und Depression als Krankheit. Während sich der traurige Mensch noch freuen kann, ist dies dem depressiven Menschen vollkommen unmöglich. Um diesen Unterschied besser zu erfahren, müssen wir nur an einen Todesfall und an eine Bestattung denken. Wir erleben hierbei oft in relativ kurzer Zeit, daß die nahen Angehörigen am Grabe fast zusammenzubrechen drohen und dann eine Stunde später beim sogenannten Totenmahl, wenn über den Verstorbenen gesprochen wird, und vielleicht auch eine Anekdote aus seinem Leben erzählt wird, können diese tief erschütterten Angehörigen lächeln, vielleicht sogar lachen. Dies kann der Depressive nicht, und er kann sich daher auch nicht über schöne Musik freuen, was beispielsweise einem Trauernden nach einiger Zeit wieder möglich ist. Um auf die eigenen Untersuchungen zurückzukommen, habe ich wiederholt depressive Patienten, welche a) musikliebend waren und b) ein Instrument, meist das Klavier beherrschten, so instruiert, daß sie sich nahe ihrem Bett einen Plattenspieler oder ein Tonbandgerät aufstellten und eine ihre Lieblingsplatten oder Tonbänder bereitstellten. Durch einen einfachen Knopfdruck war es ihnen möglich, ihre Lieblingsmu-

menschlichen Zusammenleben. Von wesentlicher, ja ausschlaggebender Bedeutung sind sie für jeden Form der P r ä v e n t i o n. Durch eine besondere Pflege dieser Bedürfnisse in Kunsterziehung und Kunsttherapie können nicht nur Lebenskrisen und Isolationstendenzen einzelner Personen überwunden werden, sondern es lassen sich auch die Isolationstendenzen der im normalen gesellschaftlichen Leben benachteiligten Gruppen, damit verbunden die vielfältigen Stigma-Probleme der chronisch Kranken, der Schwerbehinderten, der Alten und nicht zuletzt der Invaliden oder Arbeitslosen einschränken und zum Teil überwinden. Die Bedeutung der kommunikativen Kräfte der Kunsttherapie in der Rehabilitation wurde bisher wesentlich unterschätzt!

Kommunikative Destruktivität als ein beachtliches Merkmal einer sozial-pathologisch sich veränderten Freizeitgesellschaft dürfte von so hoher gesellschaftlicher Bedeutung sein, daß den Wegen zu ihrer Vermeidung — etwa durch Kunsterziehung und Kunsttherapie — eine sehr viel größere Aufmerksamkeit und Tatkraft als bisher zugewendet werden sollte.

Prof. Dr. med. Wolfgang Jacob,
Thoma Straße 30, D-8204 Brannenburg

sik hören zu können. Ich forderte diese Patienten dann weiters auf, die Tage zu notieren, an welchen sie diesen Knopf betätigten und ließ sie auch registrieren, wie lange sie diese Musik hören konnten. Dabei zeigte sich, daß relativ schwer Depressive diesen Knopf kaum je tätigten. Man kann einen depressiven Zustand heute mittels verschiedener Fragebögen quantifizieren und die Depressivität mit Punkten bewerten. Dabei zeigte sich, daß eine depressive Verstimmung etwa ein Drittel der Punkte des Ausgangswertes verlieren muß, ehe der Depressive in der Lage ist, Musik auch nur anzuhören. Dies ist im Beginn aber auch nur für kurze Zeit, meist nur für Minuten möglich, dann stellt er das Gerät wieder ab. Es dauert dann weitere Tage, wenn nicht Wochen bis der Patient so weit ist, sein eigenes Musikinstrument zu betätigen. Sowie er vorher die Aufgabe hatte, sobald er Lust dazu habe, sein Gerät einzustellen, hat er auch von Anfang an die Aufforderung, sobald er Lust dazu habe, sein eigenes Instrument zu betätigen. Als Gesamtergebnis zeigte sich, daß die Depression eine eindeutige Besserung erfahren muß, ehe der depressive Patient in der Lage ist, Musik überhaupt zu ertragen, und daß er dann einer weiteren sehr wesentlichen Besserung bedarf, ehe er überhaupt in der Lage ist, sein gewohntes Instrument zu spielen. Dies ist nicht nur von theoretischer sondern auch von praktischer Bedeutung, denn es ist eine der wichtigsten Aufgaben, die Angehörigen Depressiver darüber zu informieren, daß sie nicht an den Willen der Patienten appellieren sollen und sich mit Zusammenreißappellen zurückhalten müssen. Denn durch die Aufforderung etwas zu tun, wird dem Patienten erst bewußt, daß sie ja nicht wollen können, daß auch ihr Wille krank ist, und diese Erkenntnis treibt sie dann meist noch mehr in die Verzweiflung.

Es ist in diesem Zusammenhang aber auch ein qualitativer Aspekt zu berücksichtigen. Musik hat jeweils einen subjektiven

Stellenwert für den einzelnen Menschen, und es gibt Situationen, wo ein Mensch eine bestimmte Musik ertragen kann oder auch nicht. Oft ist es gerade die schönste Musik, die er zu bestimmten Zeiten nicht hören kann, besonders dann, wenn er sich in einer schlechten seelischen Verfassung befindet und beispielsweise nicht an Zeiten erinnert werden will, indem es ihm sehr gut gegangen ist und ihn gerade ein bestimmtes Musikstück sehr viel bedeutete. Besonders wenn man mit jungen Leuten spricht, die ihre ersten Liebesenttäuschungen hinter sich haben, kann man erfahren, wie selektiv sie in der Wahl ihrer Tonbänder oder Platten sind, wenn es z. B. darum geht, mit einer Liebesenttäuschung oder einer Trennung fertig zu werden.

Als ich einmal einen Patienten, der gerade aus einer Depression herauskam, fragte, ob er sich einsam fühle, antwortete er, wie kann man sich einsam fühlen, wenn man ein gutes Buch zum wiederholten Mal liest und sich im Kreise wohlbekannter Gestalten bewegt. Ich glaube, dieses Beispiel zeigt sehr deutlich, welchen Stellenwert ein entsprechendes Buch haben kann, wenn es darum geht mit seelischem Schmerz, mit Depressionen fertig zu werden. Es ist daher kein Wunder, daß heute die Bibliothek wieder recht großes Ansehen genießt, und daß man heute die Patientenbibliotheken von Kliniken sehr wohl überlegt aufbaut und sich nicht mehr damit begnügt, dem Patienten das anzubieten, was andere Patienten zurückgelassen haben oder was durch Wohltätigkeitsaktionen, gelegentlich auch durch gezielten Ankauf an Büchern vorhanden ist. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, welchen Vorteil das Buch gegenüber dem Film oder dem Fernsehen hat. Der Schriftsteller vermittelt den Faden der Handlung aber es bleibt der Phantasie, d. h. der Aktivität des Lesers überlassen, die abstrakte Handlung mit Leben zu erfüllen und die geschilderten Gestalten, Gestalt annehmen zu lassen. Dies ist wahrscheinlich auch der Grund warum so viele Menschen enttäuscht sind, wenn sie ein gutes Buch, das sie schon wiederholt oder auch nur einmal intensiv gelesen haben, als Film oder Fernsehspiel wieder erleben. Der Phantasie bleibt hier überhaupt kein Raum und aus der aktiven Auseinandersetzung mit dem Buch, mit dem Kunstwerk, wird ein rein passiver Vorgang.

Wenn ich hier einladend von der passiven und aktiven Auseinandersetzung mit Kunst spreche, so meine ich natürlich nicht nur den leidenden und kranken Menschen, sondern den Menschen schlechthin. So gibt es zwar Menschen, die ohne Literatur auskommen aber nur sehr wenige Menschen, welche ohne Musik auskommen, wobei hier natürlich dem Geschmack keine Grenzen gesetzt sind. Aber auf jeden Fall versuchen fast alle Menschen, ihre jeweilige Stimmung oder auch ihr Aktivierungsniveau durch Musik als passives Musikerleben zu beeinflussen oder versuchen dies auch indem sie selbst aktiv Musik machen. Ich denke dabei natürlich nicht an den professionellen Musiker, sondern an jene Menschen, die zu ihrem Lieblingsinstrument greifen, wenn es darum geht, ein Zwiegespräch mit sich selbst mittels des Instrumentes zu führen, um mit Problemen des Lebens besser fertig zu werden; und gerade dem Hobbymusiker, der vielleicht nicht so perfekt spielen kann, wird dabei sehr wohl bewußt, da er ja heute den Vergleich mit der Schallplatte und anderen Tonträgern hat, daß es beim aktiven Musizieren um seiner Selbstwillen nicht so sehr auf das Ziel, sondern auf den Weg ankommt.

Wenn wir uns jetzt aber weiter den Anfängen der Heilkunde und Heilkunst zuwenden, so finden wir an den Quellen, vor allem der Psychotherapie auch den Tempelschlaf. Was haben wir uns unter dem heilenden Tempelschlaf vorzustellen? Die zu behandelnden Personen wurden gebadet, gesalbt und dann in Tücher eingewickelt, in welche auch wohlriechende Kräuter und Essenzen mitverpackt wurden. In diesem verpackten Zustand

schliefen sie dann in der Wärme ein, und nicht zuletzt dank der beigepackten Kräuter und Essenzen wurde versucht, ihre Traumaktivität anzuregen und das eigentliche therapeutische bzw. psychotherapeutische Vorgehen war das anschließende Gespräch mit den Priestern über die Träume, wobei natürlich die Symbolik der Träume damals ganz anders verstanden wurde als heute, nämlich schematisch vom Symbol her und nicht wie heute in der Psychoanalyse und den Folgetherapien als eine Auseinandersetzung des Bewußten mit der unbewußten Botschaft der Träume.

Wenn wir uns aus heutiger naturwissenschaftlicher Sicht mit den frühen Phänomenen der Kunst als Therapie und dem Tempelschlaf bzw. deren Träumen auseinandersetzen, so können wir die Zusammenhänge besonders seit den neurophysiologischen Erkenntnissen über das Gehirn der letzten Jahrzehnten besser verstehen.

Während sich die Forschung lange Zeit auf die Zusammenhänge zwischen Kreativität und seelischen Krankheiten beschränkte, wozu dann als eine ganz bedeutende Theorie die Psychoanalyse hinzukam, welche in dem Kunstwerk vor allem sublimierte Libido sah, kam es dann von *Leo Navratil* in Gugging bei Wien und *Alfred Bader* in Lausanne zur Herausarbeitung von drei Gestaltungsmerkmalen schizophrener Kunst, welche aber auch Gestaltungsmerkmale der Kunst überhaupt darstellen. Diese drei Gestaltungsmerkmale sind:

- das Ausdrucksbedürfnis im Sinne der Physiognomisierung;
- die Ordnungstendenz im Sinne der Formalisierung;
- das Symbolbedürfnis im Sinne der Symbolisierung.

Eine ganz neue Seite der Kreativitätsforschung wurde aber durch die Arbeiten des australischen Neurophysiologen und Nobelpreisträgers *John Eccles* geschaffen, der heute im Tessin lebt. Besonders wichtig war aber für die Kreativitätsforschung auch die Zusammenarbeit von *John Eccles* mit dem Begründer des kritischen Rationalismus *Carl Raimund Popper*.

Wenn wir diese neuen Forschungsergebnisse zusammenfassen, so sehen wir, daß die dominante und die nichtdominante Hemisphäre des Gehirns sehr unterschiedlich arbeiten. Die beiden Gehirnhälften unterscheiden sich dadurch, daß sich die linke, dominante Hemisphäre (beim Rechtshänder) vor allem durch das lineare Verarbeiten von Informationen — in der Art und Weise wie ein Computer arbeitet — auszeichnet. Dagegen werden in der rechten, nichtdominanten Hemisphäre (beim Rechtshänder) Informationen simultan verarbeitet.

Wenn wir die beiden Funktionsweisen konzentriert zusammenfassen wollen, dann ergibt sich, daß die dominante Hemisphäre vor allem verbal, analytisch, reduktiv zerlegend, sequentiell, rational, zeitorientiert und diskontinuierlich arbeitet. Die nichtdominante Hemisphäre, also beim Rechtshänder die rechte, arbeitet nichtverbal, holistisch-synthetisch, visuell-räumlich, intuitiv, zeitlos und diffus. Vereinfachend kann man auch sagen, die dominante Hemisphäre arbeitet wie ein Computer, die nichtdominante Hemisphäre mit Symbolen, Bildern und Visionen. Daraus ergibt sich natürlich, daß es vor allem die rechte Hemisphäre ist, in welcher neue Zusammensetzungen erfolgen, wo neue Ideen geboren werden und Intuitionen und Visionen ihren Anfang nehmen. Natürlich in Zusammenarbeit mit der dominanten Hemisphäre, von welcher ja vor allem die gespeicherten Informationen und die rationale Verarbeitung und Kontrolle ausgehen.

Wichtig dabei ist natürlich, daß auch die nichtdominante Hemisphäre jene Hemisphäre ist, von der die Emotionalität ausgeht, und es ist daher kein Wunder, daß man in der Erziehung seit jeher versucht, Persönlichkeiten eine humanistische Prägung dadurch zu geben, indem man die künstlerischen Aktivitäten fördert.

Dies ist natürlich vor allem für Patienten sehr wichtig, und zwar nicht nur für solche, welche in psychiatrischer Hinsicht eine Rehabilitation brauchen, sondern auch für alle jene, die aufgrund von Funktionsstörungen ein gewisses Maß an Invalidität erreichen und sich, dieser eingedenk, auf eine neue Art von Lebensführung umstellen müssen. Und dabei kommt es eben nicht nur auf das Üben, auf die Aktivierung körperlicher Leistungsfähigkeit an, sondern auch vielfach auf eine Neueinstellung. In der Psychiatrie spielt dies insofern eine besondere Rolle, da wir ja Patienten erleben, die immer wieder in der gleichen Art und Weise Schiffbruch erleiden und so aus ihrer krankheitsbezogenen Rückfälligkeit nicht herauskommen. Hier ist es vielfach nötig, daß diese Menschen dazu angeregt werden, wirklich einmal darüber nachzudenken und sich darauf einzustellen, etwa mit neuen Vorsätzen und neuen Zielen ihr Leben zu gestalten. Um solche neue Ziele und solche neuen Ideen und Visionen zu ermöglichen, ist es gerade wichtig, vor allem die nichtdominante Hemisphäre anzuregen. Deswegen wird das Kreative im Rahmen der Beschäftigungstherapie psychischer Behandlungen heute so gefördert, denn mit der Kreation neuer Bilder, der Zusammensetzung neuer Bildelemente und vielleicht sogar einer fast visionären Sicht wird auch die Möglichkeit geschaffen, für die zukünftige Lebensplanung so zu denken.

In diesem Zusammenhang sind die zahlreichen Schreibtisch- und Pultunterlagen zu erwähnen, die gesammelt wurden und die zum Teil beweisen sollen, daß berühmte Leute bei wichtigen Konferenzen eigentlich gar nicht bei der Sache waren, weil sie Männchen und Figuren auf die Pultunterlagen malten. Heute wissen wir, daß diese Menschen eben ganz besonders bei der Sache waren und wahrscheinlich unbewußt deswegen zu zeichnen begannen, um ihre nichtdominante, ihre kreative Gehirnhälfte anzuregen, um so vielleicht die Voraussetzung zu schaffen, auch der Konferenz eine neue und entscheidende Wendung zu geben.

Wenn wir einmal die Geschichte der Heilkunst betrachten, so sehen wir in den zahlreichen medizinischen Entdeckungen und Erfindungen wieder die Kreativität walten. Wie viele Zufallseinfälle haben zu neuen Entdeckungen geführt? Es war nicht immer die systematische Forschung, sondern fast immer auch der kreative Einfall, der in entscheidender Richtung weitergebracht hat.

Als besondere intuitive Eingebung sei zum Beispiel die Entdeckung des Benzolringes durch *Kekule* genannt. Er suchte lange Zeit verbissen nach der chemischen Strukturformel des Benzols. Und wie kam er auf die Ringformel? Indem er sie in der Nacht träumte! So sehen wir, daß eigentlich die ganze organische Chemie, welche nicht nur die Welt, sondern auch die Heilkunst veränderte, auf einem Traum beruht. Wenn wir uns mit den heutigen Fragen der Oekologie beschäftigen müssen, so können wir letztlich nur hoffen, daß dieser Traum schließlich ein guter Traum war.

In Parenthese sei vermerkt, daß die moderne Atomphysik zeigt, daß das Atom eigentlich viel mehr der platonischen Idee entspricht als dem Atommodell des Leukippos, das uns *Demokrit* überliefert hat. Denn das Atom ist alles andere als das gänzlich unteilbare Teilchen, und besonders durch die Heisenbergsche Unschärferelation wurde es ja immer mehr der platonischen „Idee“ ähnlich.

Wir sehen also, daß wir der Kreativität nicht nur bedürfen, um die medizinische Wissenschaft voranzubringen, sondern auch, um den einzelnen Patienten zu helfen, ihren Weg besonders nach überstandener Krankheit und eventueller Invalidität zu finden. Leider sehen wir uns ja in der Medizin, auch in der Psychiatrie immer mehr mit chronischen Krankheiten konfrontiert, bei welchen es weniger um das Heilen geht als vielmehr um die ärztliche Begleitung des Menschen mit seinem Leiden, mit dem ständigen Versuch, die Entwicklung zu einem Besseren zu wenden. Bei allen Fortschritten erkennen wir ja gerade bei diesem Leiden, daß wir nicht, wie es einer romantischen Idee entsprach, dem Patienten sein Leiden wegnehmen können, sondern daß es vor allem darauf ankommt, ihn zur Hilfe zur Selbsthilfe anzuregen, damit die gesunden Seiten seiner Persönlichkeit in die Lage kommen, die kranken Seiten zu überwinden. Damit aber kommen wir den Ideen von *Carl Gustav Jung* nahe. In diesem Sinne müssen wir auch verstehen lernen, daß unter Umständen Krankheit einen Sinn haben kann, nämlich dann, wenn der Individuationsprozeß eines Menschen zum Stehen kommt und es einer tiefen Anregung bedarf, diesen wieder in Gang zu setzen. Wie variabel dieser Individuationsprozeß sein kann, sehen wir besonders tragisch, aber auch deutlich bei Kindern, welche sterben müssen. Kinder weisen oft, bevor sie sterben, eine menschliche Reife auf, um die sie mancher Erwachsene beneiden könnte.

Wenn wir uns jetzt fragen in welcher Form Kunst zur Therapie werden kann, so möchte ich dies wie folgt zusammenfassen:

1. Die passive Entwicklung von Kunstwerken verschiedenster Art kann menschliches Befinden und Verhalten verändern, sowohl im gesunden als auch im krankhaften Bereich, wobei wir im krankhaften Bereich wissen müssen, daß eine gewisse Schwere einer Gemüts- oder Geisteskrankheit es verunmöglicht, Kunst zu perzipieren oder gar zu aperzipieren.

2. Im Bereich der affektiven und emotionalen Störungen besteht ein Unterschied darin, daß man traurigen Menschen durch Kunst relativ früh Ablenkung verschaffen kann. Depressive, melancholische Menschen erleben aber in der Tiefe ihrer Depression, Darbietung von Kunst als etwas Unerträgliches und die Auseinandersetzung wird ihnen erst dann möglich, wenn sich die Depression auflöst.

3. Im Rahmen allgemeiner Rehabilitationsmaßnahmen können künstlerisch tätige Menschen, auch wenn sie diese Fähigkeiten erst spät und vielleicht in der Klinik entdeckt haben, in dem Sinne rehabilitiert werden, daß sie durch ihre künstlerische Tätigkeit, eine gewisse Selbständigkeit erlangen und unter Umständen dann auch selbst für ihr Leben aufkommen können. Dazu wurden beispielsweise spezielle Rehabilitationseinrichtungen geschaffen, wie das berühmte „Haus der Kunst“ in dem niederösterreichischen Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Kloster Neuburg/Gugging. Die Schaffung dieses Hauses wird der bleibende Verdienst von *Leo Navratil* bleiben und all jener, die ihn bei diesen Bemühungen unterstützten. Das Haus der Kunst ist eine Heimstätte, eine richtige Rehabilitationsstätte und auch ein Begegnungszentrum für künstlerisch Tätige und auch betagte Patienten, welche an chronischen zum Teil sehr schweren Krankheiten leiden, dieser Klinik geworden.

4. Kreative Therapie im Sinne der Anregung von Aktivität, Kommunikation und Kreativität zur Produktion verschiedener Werke. Nicht das Ziel, der Weg ist wichtig. Es geht im Prinzip um die Anregung der Kreativität aus der Vorstellung heraus, wenn man Menschen zur Kreativität anregt, so stimuliert man ihre nichtdominante Gehirnhälfte, sie können neue Ideen, neue Kompositionen formulieren und so vielleicht auch kreative Gedanken haben, wie sie ihr Leben von nun an selbst und anders

gestalten wollen. Auf die Spezialindikationen verschiedener Therapien kann hier nur verwiesen werden.

5. Ein besonderes Problem der kreativen Therapien besteht darin, wenn man die Produkte dieser Therapien beispielsweise Zeichnungen, Malereien und ähnliches wie Träume zu deuten versucht, um mittels dieser Kreativität einen psychotherapeutischen Prozeß im Gange zu halten. Es ist dies eine sehr wesentliche Form aber gerade bei dieser Form muß gesagt werden, daß jemand der Leute derart kreativ beschäftigt und sich dann aber auch mit der Deutung der erarbeiteten Ergebnisse im Sinne der Psychodynamik auseinandersetzt natürlich die entsprechenden Voraussetzungen zum Psychotherapeuten haben muß.

Hans Strotzka, der bekannte Wiener Psychotherapeut und Sozialpsychiater hat im Jahre 1982 Psychotherapie wie folgt definiert:

„Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (aufgrund einer standardisierten Ausbildung) zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leideszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormalen Verhaltens.“ Von dem gleichen Autor stammt auch die Zusammenstellung der psychologischen Mittel, welche innerhalb der Psychotherapien zur Anwendung kommen:

1. Lernen, üben, konditionieren
2. Persuasion
3. Suggestion
4. Beratung
5. Einsicht
6. Gruppenwirkung
7. Katharsis, Ekstase und Meditation
8. Konfrontation mit Paradoxa

Von Hans Kind stammen auch die folgenden drei Stufen der Ausbildung zum Psychotherapeuten:

1. Selbsterfahrung des Kandidaten in der betreffenden Methode
2. Besuch von Kursen und Seminaren, in welchen die theoretischen Kenntnisse vermittelt werden.
3. eigene praktische Tätigkeiten unter Supervision eines in der Methode erfahrenen Fachmanns.
4. Es ist auch interessant, daß eigentlich immer nur von den positiven Effekten der Psychotherapie gesprochen wurde und daß erstmals Strupp et al. 1977 eine Zusammenstellung der möglichen negativen Effekte einer Psychotherapie publiziert haben:

1. Die Exazerbation vorhandener Symptome, wie Depression, Angst, Selbstvorwürfe, Aggressivität, paranoide Einstellung u. a.
2. Das Auftreten neuer Symptome, indem z. B. somatische Symptome von einer Beeinträchtigungs- und Vorwurfshaltung abgelöst werden, die aber sozial störender ist; oder bisher solide zwischenmenschliche Bindungen werden gelockert und konflikthaft; Drogen- und Alkoholmißbrauch können neu auftreten; eine maligne Regression stellt sich ein oder im Extremfall ein Suizid oder eine psychotische Dekompensation.

3. Die Psychotherapie wird mißbraucht, indem sie Ersatz für tätiges Handeln im Alltag wird; das Suchen nach unbewußten Motiven blockiert konstruktives Handeln.

4. Aus Abhängigkeit vom Therapeuten oder aus falschen Erwartungen an ihn werden unrealistische Ziele im Leben anvisiert, was zu Enttäuschung und Resignation führt.

5. Eine erfolglose Therapie, für die alle finanziellen Mittel aufgebraucht wurden, kann zu einem vollständigen Vertrauensverlust gegenüber dem Therapeuten und jeglicher Therapie überhaupt führen mit negativen Auswirkungen auf die ganze Lebensgestaltung.

Diese Zusammenstellung war deswegen so wichtig, weil eigentlich die Möglichkeit derartiger negativer Aspekte immer verharmlöst worden ist, wir andererseits aber wissen, daß alle wirksamen Therapien Nebenwirkungen haben, so daß diese Negativliste gerade für die Wirkung der Psychotherapie spricht.

Wenn wir im folgenden die wichtigsten Ergebnisse der modernen Psychotherapieforschung zusammenfassen wollen, so könnte man diese Ergebnisse wie folgt tabellarisch zusammenstellen:

1. Von entscheidender Bedeutung ist die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten, besonders deren Emotionalität.

2. Therapieerfolge korrelieren mit den Therapeutenkriterien, die Carl Rogers zunächst für den nichtdirekten Gesprächspartner aufgestellt hat.

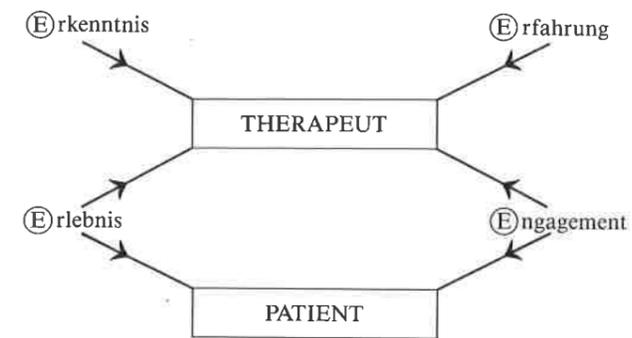
- a) Akzeptanz: Der Therapeut muß den Patienten vorurteilslos akzeptieren wie er ist.
- b) Empathie: Der Therapeut muß die Fähigkeit haben, den Patienten nicht nur zu verstehen, sondern seine Gefühle auch mizuerleben und dies den Patienten fühlen zu lassen.
- c) Kongruenz: Der Therapeut muß in dem, was er sagt, und dem, was er auch selbst tut, übereinstimmen.

3. Therapieerfolge korrelieren auch mit Patienteneigenschaften. Am bekanntesten wurde der Yavis-Patient:
Y = young
A = attractive
V = verbalisation (kann seine Probleme gut in Worte ausdrücken)
I = intelligent
S = successful

4. Therapieerfolge korrelieren nicht mit den über den Therapien stehenden Theorien, dagegen scheint es für den Therapieerfolg wichtig, daß der Patient überzeugt ist, daß der Therapeut über eine Theorie verfügt, die die Beschwerden und die Probleme des Patienten erklären kann.

Ich selbst habe vor Jahren für die Therapeuten-Klienten-Beziehung den Begriff des „kontrollierten Engagements“ eingeführt. Unter kontrolliertem Engagement ist das persönliche Engagement des Therapeuten zu verstehen, welchen in Beziehung zu dem Begriff der Gegenübertragung analytischer Prägung und zur Empathie dem Gemeinschaftsgefühl zwischen Patienten und Therapeuten der Gesprächstherapie zu verstehen ist. Zum Engagement gehört natürlich auch das gegenseitige Erleben, womit aber der Rahmen des Abstinenzprinzips der klassischen Analyse gesprengt wird. Um aber den Rahmen der therapeuti-

Kontrolliertes Engagement



THERAPIE MIT MASKEN

Renate Schweizer

Begegnung mit dem therapeutischen Element der Maske als Mittel und Weg zur Konfliktbewältigung, ausgehend von dem Spannungsfeld *Suchtpatient + Gesellschaft* (Kunst- und Ausdruckstherapie auf der Drogenentzugsstation einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz).

Im Vergleich zu den klassischen Psychotherapieformen und der Medizin im Allgemeinen ist die Therapie mit künstlerischen Medien, wozu Puppen und Masken gehören, noch jung, erfährt oft nur wenig Unterstützung, wird zu leicht als Spielerei abgetan, in ihrer therapeutischen Wirkung nicht ernstgenommen, obwohl schon seit jeher das Bedürfnis im Menschen bestand, das, was ihn innerlich bewegt, in Form von Malen, Gestalten, Formen und Symbolen nach außen zu bringen, auszudrücken.

Diese junge und noch so wenig anerkannte Therapieform basiert also eigentlich auf einer Jahrtausende alten Tradition, die damals so selbstverständlich in das Alltagsleben integriert war wie Essen und Trinken, Jagen und Sammeln, Bewegung und Schlaf, etc. — mit dem Unterschied, daß sie damals dazu dienen sollte, Gefahren von außen (wilde Tiere, Dämonen, Geister und Götter) zu beschwichtigen, abzuhalten oder zu versöhnen, sie also ein Kommunikationsmittel zwischen Mensch und 'höheren Mächten' war, während es heute — ja — wie anders ist es heute?

Im heutigen Industriezeitalter sind unsere 'Götter' Computer, Maschinen, Panzer, Raketen, unbarmherzige Regel- und Moralvorstellungen, Paragraphen und vor allem dicke Bankkonten, die wir dadurch zu 'beschwichtigen' versuchen, indem wir unsere Innenwelten, unsere inneren Bewegungen unterdrücken. Die neuen 'Götter', seelenloses, totes und gleichzeitig toterzeugendes Material stehen dem beseelten und geistigen Lebewesen, wie auch der Natur, also dem Leben an sich gegenüber und fordern von ihm, sich selbst aufzugeben, wenn er überleben möchte. Die 'Götter' sind greifbar, sichtbar und anfaßbar, also Materie geworden, Körper ohne Geist und Seele, demgegenüber der Mensch als beseeltes Wesen steht und nun anstrebt, diesem 'Gott' zum Ebenbild zu werden, also Materie, die nur noch für den Fortschritt funktioniert, ohne zu merken, daß er sich dadurch seines Lebens beraubt.

Sie werden sich jetzt vielleicht fragen, was dieser Vorspann mit dem Thema 'Therapie mit Masken' zu tun hat. Meiner Meinung nach sind Entwicklung der Gesellschaft nicht

schen Situation in private Beziehungen zu verhüten, muß dieses Engagement durch die theoretischen Erkenntnisse, aber auch die therapeutischen Beziehungen und Erfahrungen bzw. Selbsterfahrungen kontrolliert werden. Diese wiederum müssen natürlich weiter durch Kontrolle gesichert sein, daß man die eigenen diesbezüglichen Probleme beispielsweise in einer Lehranalyse oder in einer Selbsterfahrungs- und Balint-Gruppe kennen- und in Kontrolle halten gelernt hat. In Abbildung 1 habe ich versucht, die wesentlichen Voraussetzungen des kontrollierten Engagements nämlich die „vier E“, schematisch darzustellen.

Prof. Dr. med. Walter Pöldinger, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Wilhelm Klein Str. 27, CH-4025 Basel

von der Entstehung von Krankheiten und Entwicklung von Heil- und Therapieformen zu trennen. Daß in den vergangenen Jahrzehnten die Therapie mit kreativen Medien entstand und die Therapie mit Puppen und Masken in bestimmten Kreisen immer mehr Beachtung findet, zeigt das Bedürfnis auf, der Machtergreifung todbringender Waffen und Geräte sicht- und spürbarwerdende, lebensfreundliche Kräfte entgegenzusetzen, dieser tödlichen Magie Grenzen zu setzen.

Denn trotz aller unterschiedlichster Bemühungen vieler heutiger Menschen, sich seiner selbst zu entsorgen, sich lästiger und leistungshemmender Gefühle und Selbstwahrnehmungen zu entledigen, die Kontrolle über sich selbst fest einzementiert in Kopf und Hand zu bewahren, kann er sich seiner Natur (Natur = Leben) als Ursprung seiner Herkunft nicht entziehen.

Und dieses Leben kämpft um Beachtung und Überleben — in Form von psychischen und somatischen Beschwerden und Krankheiten. Wir suchen Mittel und Wege, diese Krankheiten zu bekämpfen und in den Griff zu bekommen, statt die Bot-schaften zu entschlüsseln und verstehen zu lernen, die sich hinter diesen Krankheiten verbergen.

Die Krankheit, welche wir als Vorboten des Todes erkennen, wird nun zum Zeichen unserer ursprünglichen lebendigen Teile in uns, die uns auffordern, unsere selbstentfremdenden und zerstörerischen Handlungen und Wege zu unterbrechen und uns zu uns selbst und zum Leben zurückzuführen.

Das ist nicht leicht, denn wir stehen zwei in uns und außerhalb von uns entgegengesetzt verlaufenden Energien gegenüber: Dem Drang zur totalen Vernichtung (aus welchen ursprünglichen Gründen auch immer) = entseelter Fabrikationsmensch = Leistungsmensch, mit all seinen Folgen (Umweltkatastrophen, Kriegsgefahr, etc.), um in der Gesellschaft leben zu können (mit allem Komfort) und gleichzeitig dem Drang zum Leben, welcher sich in Form von psychischen und somatischen Krankheiten und Suchtkrankheiten ausdrücken kann.

Die Angst vor dem Leben, bzw. Überleben- und Bestehenkönnen in der Gesellschaft und der Welt nimmt immer stärker zu, was verständlich ist, wenn wir deren Entwicklung betrachten. Der Weg in die Sucht (gleichgültig welcher Art) ist oftmals der verzweifelte Versuch, sich seine (Gegen-) Welt zu bewahren,

(oder die nach Leben und Beachtung schreienden Teile in sich zu unterdrücken, unhörbar zu machen), was tragischerweise letztendlich schneller, tiefer und stärker in die Selbstentfremdung und somit Selbstzerstörung führt.

Sich zwischen den Extremen — Forderungen der Gesellschaft, dem Bedürfnis, in der Gesellschaft integriert und akzeptiert zu sein und dem natürlichen Bedürfnis des Individuums nach Entwicklung und Entfaltung — so bewegen zu können, daß ein ausgewogenes Verhältnis entsteht, setzt einen sich innerlich gefestigten Menschen voraus, der sich in den Suchtpatienten, aber auch in den anderen psychisch Leidenden nicht bzw. noch nicht gebildet hat. In diesem Konflikt, zwischen den Gegensätzen leben, sich entwickeln und wachsen zu können, befindet sich jeder Mensch und stets sind wir dazu aufgefordert, eine für uns gesunde Balance zu finden und zu halten.

Da ein Suchtpatient oder ein Mensch mit neurotischer Persönlichkeitsstruktur sein inneres Zentrum und Kräftepotential, von oder mit dem er zu gehen, zu handeln und gleichzeitig sein inneres Gleichgewicht zu bewahren lernt, nicht spürt oder noch nicht entdeckt hat, setze ich in meiner therapeutischen Arbeit mit Puppen und Masken den Schwerpunkt auf die Begegnung und Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Gegensätzen, wodurch die einen sich durch die anderen bedingen. Beide Extreme in ihrer Kraft zu spüren, sie miteinander vertraut machen, sie so miteinander in Verbindung zu bringen, daß sie als Lebenspotential, als nutzbare Lebenskraft gesund zu erfahren sind, ist das Ziel meiner Arbeit.

Die Begegnung mit den Gegensätzen, Innenwelt und Außenwelt, Licht und Schatten, gut und böse, Himmel und Erde, Freund und Feind, weiblich und männlich, Mr. Jekyll und Mr. Hyde, etc., und deren Wahrnehmung wird durch Verdrängung und Verleugnung eines der vorhandenen Extreme erschwert.

Um im sozialen Umfeld, oft auch innerhalb der Familie akzeptiert und anerkannt zu werden, ist mancher oft gezwungen, nur seine Sonnenseite zu zeigen. In schlimmen Situationen bemühen wir uns 'das Gesicht zu wahren', aber hinter oder neben diesem Gesicht existieren noch andere im Menschen. Die 'Schattenseite', das 'Häßliche' zu betrachten und in seiner Sinnhaftigkeit zu verstehen, ist mit sehr viel Angst verbunden. Das oft unausgesprochene Gebot, nicht sein zu dürfen wie man ist, entfremdet den Menschen von sich selbst — er spielt mit sich selbst ein trügerisches Maskenspiel, ohne sich in diesem Spiel als Akteur zu erkennen. (Und dies ist oft der Dummheit für Feindbildprojektionen).

Doch *wie* und *wo* gefahrlos und angstfrei dieser dunklen, häßlichen Seite in sich begegnen und als Wesensbestandteil so in sich akzeptieren, daß sie gewinnbringend, d. h. lebensbejahend wird? Im sicheren, vertrauensvollen und moralischen Rahmen einer Therapie, in einer therapeutischen Situation, kommt der Konflikt mit dieser negativ-behafteten Persönlichkeit, die Angst vor diesem eigenen Gesicht, die Abneigung und verzweifelte Bemühung, diesen Teil zu unterdrücken, zu vernichten, weil er (aus verschiedenen Gründen) nicht in das eigene Selbstbild passen darf, deutlich zutage.

Ich kann häufig feststellen, welche Befreiung es für einen sich selbst unterdrückenden Menschen es ist, diesen Teil endlich einmal herauszulassen, ausdrücken zu können, sei es in Gestalt einer Maske, einer Puppe, eines Bildes oder von Musik, ohne deswegen dabei verurteilt zu werden.

Für meine therapeutische Arbeit und die Arbeit in der Ausdruckstherapie ist die medizinische Diagnose eines Patienten weniger wichtig. Viel wichtiger ist der Mensch, seine inneren Kämpfe, Zwiespälte und Sehnsüchte (letzteres kann immer ein

Ausgangspunkt zum Entdecken neuer Wege und Kräfte sein) und diesem inneren Druck konstruktiven Ausdruck zu geben.

Gerade die Suchtpatienten, die wie alle Randgruppen ein Spiegel unserer Gesellschaft sind, haben den Weg und die Möglichkeit für einen gesunden Ausdruck — und sich ausdrücken trägt immer den Wunsch nach Kommunikation und Kontakt mit anderen in sich — nicht gelernt. Von daher können sie diese Möglichkeit weder spüren noch sehen und haben sich aus dieser Unfähigkeit heraus — sich selbst als Ganzes, die Lebendigkeit in sich zu bewahren — in ihrer ganzen Person niedergedrückt (unterdrückt) gehalten, betäubt. Durch die Betäubung aber, werden weder psychische Vorgänge, emotionale Bedürfnisse noch geistige und körperliche Entwicklungen wirklich wahrgenommen. Dieser Mensch hat sich eingepanzert, um sich selbst, seine Schmerzen, Enttäuschung, Wut, Angst, etc. — für die er keinen Ausdruck findet, nicht mehr spüren zu müssen. Allerdings bringt menschliche Verpanzerung auch den Verlust schöner, positiver Empfindungen und Erfahrungen mit sich, so daß dieser Mensch, durch die anfänglichen Problemlösungsmittel = Suchtmittel, beide Seiten der Erlebnisse, negative und positive, und sich selbst, seine ganze Persönlichkeit verloren oder abgetötet hat. Die innere Persönlichkeit wird durch die Droge ersetzt. Die Droge ist zum einzigen inneren und äußeren Halt geworden.

Nach einem körperlichen Drogenentzug kann ein Suchtpatient das Gefühl haben, sich selbst entzogen worden zu sein. Er kennt sich selber ja nicht und fürchtet sich deshalb vor jeder inneren und äußeren ihm unbekanntem Regung. Wenn wir uns vorstellen, wie wir oft Fremdes, Andersartiges zumindest mißtrauisch beäugen oder wie uns unerwartete Situationen und Ereignisse überwältigen, hilflos und handlungsunfähig machen können, können wir vielleicht ein wenig nachvollziehen, mit welcher Angst und Qual ein Suchtpatient erfüllt sein muß, mit sich selbst, mit all den für ihn fremden Regungen und Empfindungen, die für den gesunden Menschen selbstverständlich sind, konfrontiert zu werden. Haben wir ein wenig Gespür für diese überwältigenden Schwierigkeiten und Ängste eines Suchtpatienten entwickelt, so werden wir seine oft zahlreichen Rückfälle eher verstehen und werden diese nicht verurteilen. Die Droge, gleich welcher Art, ist für den Süchtigen Halt, Sicherheit, Geborgenheit, Vertrauen, etc., also Ersatz für all seine ganz menschlichen Sehnsüchte. Ein Suchtpatient muß, nach seinem körperlichen Drogenentzug, lernen, in sich selbst und in die Welt hineinzuwachsen wie ein Kind — mit dem Nachteil daß er (häufig zumindest) kein Kind mehr ist. Er muß in sich eine innere Festigkeit entwickeln, die den Wirrnissen seiner selbst und die unserer heutigen Zeit standhalten kann. Dies ist eine äußerst schwierige und auch zeitaufwendige Aufgabe für den Patienten, wobei ihm ein wohlwollender Therapeut nur äußerer Begleiter, Helfer und Halt sein kann. Der Halt, den solch ein Patient braucht, ist enorm, was bei einer stationären Behandlung, bei der es für einen Patienten mehrere Bezugspersonen geben kann, weniger auffällt als bei einer ambulanten Therapie. Ein solcher Halt kann für einen Patienten eine Figur werden, ein Musikinstrument, eine Puppe (für die er sich vor dem Therapeuten nicht zu schämen braucht) oder die Erfahrung, sich kreativ betätigen, ausdrücken zu können (Schreiben, Modellieren, Malen). Alles kann zur Figur werden, an dem sich der Patient orientieren und halten kann, um sich damit dem Therapeuten und dadurch auch sich selbst mitteilen und verständlich machen zu können. Der sicherste Platz für Kinder, zu lernen, sich zu entwickeln und die Welt zu entdecken, ist das Spiel, welches für Kinder immer eine ernsthafte aber auch freudige Angelegenheit ist.

Und so sehe ich eine Art von Spieltherapie auch für den Erwachsenen oder besser für das ältergewordene Kind oder den Menschen, der als Kind seine Kindheit nicht leben durfte oder konnte und aus diesem Grund seine altersgemäße Reife nicht

entwickelt hat, als günstigsten Rahmen an, diese kindlichen Teile sicht- und spürbar werden zu lassen, die kindliche Spielfreude (= Lebensfreude) aus der Vergangenheit wieder lebendig werden zu lassen, zu fördern und zu entwickeln.

Ich bin der Meinung, daß in einem Erwachsenen sich nur diese Seiten und Teile entwickeln können, die 'Kind' geblieben sind. Die Erfahrungen und Prägungen eines Erwachsenen können nicht rückgängig gemacht werden, sie können nur erweitert, d. h. bereichert werden und, wenn er seine unentwickelten Seiten in sich entdeckt und nährt, vielleicht so, daß er nicht in der alten, gewohnheitsmäßigen und selbstzerstörerischen, frustrierenden Weise weiterverfährt.

Die therapeutische Arbeit mit Puppen und Masken bietet, neben den anderen kreativen Medien, einen vielseitigen, reichen und nährenden Weg zur Selbstfindung und Stabilisierung der Persönlichkeit eines (Sucht-) Patienten an, der allerdings, bedingt durch die Rahmenbedingungen — Patienten, Gruppe oder Einzeltherapie, zeitliche und räumliche Begrenzung, äußere Situation — stationär oder ambulant, etc. — nur begrenzt ausgeschöpft werden kann.

So hatte ich auf einer Drogenentzugsstation in der Schweiz (3-Monatstherapie, bzw. Entzugskur) nur maximal 6 Wochen zur Verfügung, um mit den Patienten intensiv zu arbeiten. Zu der Zeit, als ich mit Frau Mohr gemeinsam auf dieser Station gearbeitet habe und später alleine, kam immer wieder die Frage nach Sinn und Ziel unserer Therapie auf. Die meisten unserer Patienten waren zu dieser Entzugskur gezwungen worden (Gefängnis oder Therapie), doch Therapie unter Zwang führt selten zu Erfolg. Von daher war uns von vornherein klar, auch bedingt durch die kurze Zeit, daß die meisten Patienten nach Ablauf der Kur früher oder später wieder ihren alten Weggefährten (Droge, Alkohol, etc.) aufsuchen würden, da eine Heilung — sofern man von Heilung sprechen kann — von einer Sucht, die stets von tiefsten neurotischen Störungen begleitet ist, innerhalb so kurzer Zeit einfach kaum möglich ist.

Ich mußte also lernen, mich hinsichtlich meiner therapeutischen Ziele zu bescheiden, diese immer wieder neu zu hinterfragen und Abstriche zu machen, meine Wahrnehmung bis in's kleinste Detail zu schulen. Die Therapie mit Masken hat sich innerhalb der oben genannten Situation als bewährt gezeigt. Waldtraudt Mohr-Goldmann hatte diese auf der Station eingeführt, ich habe sie später fortgesetzt und erweitert. Da wir es bei einem Suchtpatienten immer ganz offensichtlich mit zwei Teilaspekten der Persönlichkeit zu tun haben (der Sucht und dem Willen, gesund zu werden), bietet sich die Arbeit mit Gegensätzen hier nahezu an.

Die Arbeit mit Masken ist in allen Schritten — Gipsabdruck vom Gesicht bis zur Interaktion mit der fertig hergestellten Spiel-Maske — eine Begegnung und Erfahrung mit sich und Wahrnehmung von sich selbst über unsere Sinne (taktile, visuelle, sensometrisch, auditiv).

Praktisch sieht die Arbeit mit Masken folgendermaßen aus:

1. Gipsabdruck vom Gesicht (Das Gipsnegativ)

Teilnehmer bzw. Patienten kommen paarweise zusammen und kaschieren sich gegenseitig mit Gipsbinden das Gesicht ab. Schon bei dieser ersten Begegnung wird jeder Beteiligte einzeln stark (und für manche Patienten teilweise Ungewöhnliches) gefordert:

— Konzentration, Einfühlung + Verantwortung = Durchhaltevermögen von dem, der abgipst

— Vertrauen, Hingabe, Öffnen der Sinne (Hören, Fühlen, Tasten), von dem, der abgegipst wird. Hierbei kann der Therapeut mit vorher unbewußten Phobien, wie z. B. Platzangst konfrontiert werden, mit denen er umgehen können muß.

2. *Wahrnehmungsspaziergang* — mit der Maske auf dem Gesicht
Der Maskenträger entdeckt blind seine Umgebung, tastet den Raum ab, die Menschen, die ihm begegnen, die Möbel, etc. Er 'liest' mit den Händen, 'sieht' mit den Ohren, 'schmeckt' mit der Nase...

3. Gipsportrait

Mit Hilfe des Gipsnegativs wird das Gipsportrait hergestellt. Hierbei begegnet der Teilnehmer seinem Gesicht, welches er ablehnen oder annehmen, mit Hilfe von Raspeln, Feilen, Schleifpapier und Gips verschönern und korrigieren kann. Bei dieser Arbeit kann der Therapeut viel vom Umgang des Patienten mit sich selbst erfahren. Ich hatte z. B. einen Patienten, der so lange an seinem Gesichtspportrait herumraspelte, bis kaum mehr etwas davon übrig blieb. Ein anderer hämmerte sich einen Aschenbecher daraus. Wieder andere wurden durch ihr Portrait an Mutter oder Vater erinnert, was unterschiedlichste Reaktionen hervorbrachte. Häufig kommt durch diese Begegnung mit dem eigenen Gesicht ein erstes tieferes Gespräch zwischen Therapeut und Patient in Gang.

4. Modellieren einer Maske mit Ton

Herstellung einer negativen und einer positiven Maske
Das Gipsportrait dient als Grundlage, als Kern für die Fertigung der Maske aus Ton. Das Portrait wird mit Ton bedeckt, was zuerst einmal für viele Patienten wieder eine Beruhigungsphase ist — das sichtbare Gesicht wird wieder zugedeckt.

Nun hat der Gestalter die Möglichkeit, all seine negativen, schlechten, böartigen, angestauten Empfindungen und Gefühlen in den Ton hineinzumodellieren oder seinen Sehnsüchten, Wünschen in Form einer Maske Ausdruck zu geben. Es ist bemerkenswert, welche Erleichterung es einem Patienten verschafft, seinen negativen und spannungsgeladenen Energien auf einen Punkt konzentrieren und gefahrlos ausdrücken zu können. Demnach fällt es ihm oft leichter, dem Negativen, Aggressiven, Wüsten Ausdruck und Gestalt zu geben als dem Positiven, Angenehmen, Schönen, welches er oft nicht sieht und spürt.

5. Abkaschieren der Maske

Papierstreifen, mit Kleister bestrichen, werden in mehreren aufeinanderfolgenden Schichten auf das Tonmodell aufgetragen.

Während dieser Phase wird von dem Gestalter der Maske ein gehöriges Maß an Disziplin und Durchhaltevermögen abverlangt. Außerdem bietet ihm diese Arbeit eine eindeutige Struktur (Form der Maske und Arbeitsmethode), an die er sich festhalten kann, wodurch nebenbei intensive, tiefe und offene Gespräche möglich werden. Es kann natürlich auch sein, daß ein Patient gegen diese starre und eintönige Arbeit rebelliert, was auf verschiedene Art therapeutisch angegangen werden kann. Allerdings wären Zwang und Druck hier fehl am Platze.

6. Bemalen der Maske

Das Bemalen der Maske, das Wählen der Farben setzt weitere Emotionen frei, gibt den Empfindungen noch mehr Gewicht. Meist sind beide Masken, die negative und die positive, so 'vollgepfropft' mit Emotionen, wird auf diesen Masken häufig ein derartiges Gefühlschaos sichtbar, daß ein Patient, der so stark auf Klarheit und Halt von außen angewiesen ist, überfordert wäre, sich schon jetzt damit bewußt auseinanderzusetzen. Er geht deshalb häufig auf Distanz (bezeichnet sie als Faschingsmaske, zieht sie ins Lächerliche, wendet sich an anderen Dingen zu).

7. Interaktionen mit den Masken

Im vertrauensvollen und behutsamen Rahmen beginnt jeder Einzelne einen Dialog mit seiner/n Maske/n.

Mit Hilfe der Gruppe, im künstlerisch gestalteten Feedback, wird es dem Gestalter möglich, die Aussage seiner Maske, die Botschaft an ihn zu entschlüsseln (wie ein Bild). Dabei kann er selbst entscheiden, was er davon annehmen möchte, was nicht — Kunst, ein künstlerisch gestaltetes Antworten (Feedback) ist eine Antwort, ohne zu richten, ohne zu verurteilen.

Nach dieser Interaktion — was eigentlich bereits ein intermediärer Transfer* ist — die für jeden Beteiligten sehr eindrucksvoll und bewegend ist, ist es notwendig, von der Maske wieder Distanz zu nehmen, sich wieder zu beruhigen, das Erlebte zu verarbeiten. Dies kann auf verschiedenen Wegen geschehen, z. B. durch Musizieren, Malen, Gespräche oder ein sonstiges gemeinsames Gruppenerlebnis.

(* Wenn wir in einem bestimmten Ausdrucksmedium arbeiten und dann direkt zu einem anderen Medium übergehen, wobei wir die Resultate des vorangegangenen Prozesses miteinbeziehen, wird der Wechsel "intermediärer Transfer" genannt. — nach P. Knill)

8. Szenisches Spiel — Rollenspiel

Ein szenisches Rollenspiel halte ich dann für geeignet, wenn die Masken klare, eindeutige Charaktere oder Eigenschaften ausdrücken und dadurch bereits zu einer Struktur, zu einem sicheren Rahmen beitragen.

Unstrukturiertheit, d. h. keine klare Linie, kein Halt, erzeugt Orientierungslosigkeit, Angst und Hemmung. Häufig wird Struktur von außen, hauptsächlich von den Drogenabhängigen (harte Drogen wie Heroin), als Einengungsmöglichkeit empfunden, jedoch zeigt die Erfahrung, daß, je klarer die äußere Struktur (= äußere Halte- und Orientierungspunkte), umso eher ist ein Eintauchen, Hineingehen in die tieferen Empfindungen möglich.

Das szenische Rollenspiel stellt an den Therapeuten eine neue und verantwortungsträchtige Herausforderung, d. h. er muß sich selber, seinen inneren Figuren, Wesen, Gestalten und Energien bewußt sein und damit umgehen können. Es ist notwendig, daß der Therapeut eine klare, innere Trennung zwischen sich und den Darstellern vollziehen kann. Es kann passieren, daß die tatsächliche Wirkung der Masken, von dem Therapeuten unterschätzt wird und er deshalb restlos überfordert werden kann, falls er den 'Geistern', die er durch die lebendig werdenden Masken ruft, selbst nicht gewachsen ist.

Deshalb ist es für den Therapeuten und für die Akteure besonders wichtig und hilfreich, wenn vor dem Spiel ganz klare Regelungen erstellt werden.

Beim szenischen Maskenspiel besteht die Möglichkeit der totalen Identifikation mit der Figur, die man spielt. Je nachdem wie tief sich der Einzelne einläßt in seine Rolle und je weniger Grenzen er in sich entwickelt hat, d. h. je ungescheiter seine Persönlichkeit ist, umso schwieriger wird es für ihn, die Trennung zu vollziehen — mit Maske/ohne Maske. Es ist wichtig, daß der Akteur die Trennung Spiel/Realität vollziehen kann, deshalb ist eine Rückführung vom Spiel in die Gegenwart der realen Situation unbedingt notwendig.

Gerade bei Menschen, die mit der Realität des Alltags nicht zurechtkommen und ihr zu flüchten versuchen, besteht die Gefahr der Vermischung von Spiel und Realität, daß das

Spiel Realität wird, aus deren Welt der Spieler nicht mehr zurück oder heraus will. Deshalb ist Behutsamkeit und Verantwortung, auch das Wissen darüber, was in solch einem Rollenspiel an Emotionen wachwerden kann, für den Therapeuten unbedingt notwendig. Auch muß er wissen, wie er aufkommende Krisensituationen bewältigen kann. Deshalb ist es oft besser, lieber weniger an Aktionen und Szenenbegegnungen zu machen als zuviel. Denn wenn Patient und Therapeut den Boden verlieren, können beide ein Trauma erleben, welches Sinn und Ziel dieser Art von Therapie zunichte machen kann.

Auf der Drogenzugsstation habe ich das szenische Rollenspiel mit den selbst geschaffenen Masken nicht durchgeführt. Es wäre zu riskant gewesen.

Falls sich die Möglichkeit bot, kam in dieser Form von Begegnung für mich eher das Medium Musik in Betracht.

Auf jeden Fall ist es wichtig, daß ein Suchtpatient, der sich in unserer Gesellschaft mit derart unerträglichen Versagergefühlen quält, sobald er anfängt, sich selbst zu fühlen, immer wieder und schnell sichtbare Ergebnisse vor sich sieht. Von daher ist es gut, ihn beim Schaffen einer Maske oder eines Bildes zum Durchhalten zu bewegen, ihm die Einsicht zu ermöglichen, daß er etwas zustande bringen kann, um ihn auf seinem (therapeutischen, sich-heilenden) Weg immer wieder mit ihm gemeisterten Situationen, wie eine von ihm gefertigte Maske, zum Weitergehen ermuntern zu können.

Es gibt keine Schlußworte; wir kommen nicht zum Schluß, so lange wir leben. Therapie bedeutet immer nur ein Abschnitt, eine Strecke auf dem Weg dessen, der Hilfe braucht. Viele Suchtpatienten suchen in ihrem Leben das 'Paradies' und verzweifeln daran, daß unsere Zivilisation, unsere Welt, die Menschheit immer mehr der 'Hölle', der Zerstörung zusteuert und anscheinend keinen anderen Weg mehr sieht. Positive Leitbilder, Spiegelungen in der Alltags- und Umwelt zu finden, ist für sie fast unmöglich.

In der Schaffung von Masken und Puppen, in der Schöpfung von für sie lebenskräftigen und -bejahenden Figuren und Symbolen, die sie aus sich selbst zu gestalten und zu beleben lernen, kann in ihnen, in kleinen Schritten, die Kraft und der Wille wachsen, — ein winzig kleiner Rosengarten; ihre Passivität und selbstzerstörerische Haltung zu verlassen, sie in ein aktives und schöpferisches Handeln und Empfinden zu verwandeln.

Die Begegnung mit der eigenen schöpferischen Kraft, kann für einen Patienten, der sich selbst aufgegeben hatte, sein, wie das unerwartete Aufleuchten eines Glühwürmchens in der Nacht. Dieses kleine Leuchtwesen strahlt nur für kurze Zeit im Jahr, doch wir wissen, daß es wieder (noch!) kommt. Ob ein Patient diese Gewißheit in sich verinnerlichen kann und für wie lange, kann ich als Therapeutin nicht ermesen. Hat ein Patient wenigstens einmal dieses Licht gesehen, so haben wir schon viel erreicht.

Den Raum, die Möglichkeit und die begleitende Unterstützung dafür zu schaffen, wird in unserer heutigen Zeit immer notwendiger — für Kinder, Jugendliche aber auch für Erwachsene. Damit wir nicht zu einem Haufen Papiermenschen erstarren, der in Aktenordnern zu verstauen ist, Computern als Futtermittel oder einem möglichen Höllenfeuer als Nährstoff dient.

Frau Renate Schweizer, Ausdruckstherapeutin, M. A.
Obere Schloßstraße 12, D-7527 Kraichtal 4

5. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie

vom 6.– 8. Oktober 1989 in Salzburg

Kunsttherapie – Praxis und Theorie

Ort: Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Salzburg, Hellbrunner Str. 34

Freitag, 6. Oktober 1989

16.00 — 17.30 Uhr **Kurzseminare I** (Gruppe 1-10)

- | | |
|---|--|
| 1. Bild-Sprache. Bild-Gestaltung und Bildinterpretation: Praxis und theoretischer Hintergrund. (S. Burger, München) | 6. Collage-Therapie (Ch. Kollmorgen, Berlin) |
| 2. Kunsttherapie als Rehabilitationsmethode bei Krebserkrankungen. (A. Specht, Friedland) | 7. Therapeutische Wirkung der Naß-in-Naß-Malerei bei MS-Patienten (S. Fitz, München) |
| 3. Naß-in-Naß Technik, Selbsterfahrung durch Farbe. (K. Renken; W. Krahl, Bremen) | 8. Musikmeditation als Hilfe zur Selbstfindung. In Musik und Wort. (E. Erkel, Zürich) |
| 4. Übungen zur Verdeutlichung von Projektion. (L. Seyfried; B. Held, München) | 9. Klangbilder: Zeichnen mit Musik. (H. Hofer, Mauthen) |
| 5. Sehnsucht nach einer Ganzheit und ihre alltägliche Entzweiung. (B. Zeller; U. Sandkühler-Stahnke, Bielefeld) | 10. Die bildnerische Vergegenwärtigung von Entscheidungskonflikten und deren gestaltungstherapeutische Durcharbeitung. (R. Bühlmann, Zürich) |

18 Uhr Festliche Eröffnung

Bläser-Quintett des Mozarteums
Begrüßung und Eröffnung

Dr. Hans Katschthaler Landeshauptmann von Salzburg
Univ.-Prof. Dr. Wolfram Köhler Rektor der Universität
Univ.-Prof. Dr. Georg Amthauer Dekan der Naturw. Fakultät
Univ.-Prof. Dr. Urs Baumann Vorstand des Institutes für Psychologie
Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Jacob Präsident der Gesellschaft

Bläser-Quintett des Mozarteums

Festvortrag: **Univ.-Prof. Dr. Claus Bahne Bahnsen** »Kunst-Therapie und Psychotherapie«

Klaversonate: Wandererphantasie von Franz Schubert

Am Klavier: **Claus Bahne Bahnsen**

Anschließend Empfang im großen Foyer

Samstag, 7. Oktober 1989

8.00 — 8.15 Uhr Auditorium Maximum (beginnt pünktlich!)

Meditative Einstimmung in den Tag mit Musik, Bild und Text (H. B. Gallee, Salzburg)

8.15 Uhr Kunst, Psychologie, Behandlung (W. Salber, Köln)

Gestalten und gestaltet werden durch die Architektur (W. Holzbauer, Wien)

9.30 — 10.00 Uhr Pause Während der Pause Führung durch die Ausstellungen (Foyer)

10.00 — 12.00 Uhr **Referate** (parallel in drei Hörsälen)

Auditorium Maximum

Kunst und Vernunft als Voraussetzungen kunsttherapeutischer Theoriebildung. (P. W. Rech, Köln)

Polyästhetische Erziehung. (W. Roscher, Salzburg)

Zur Dialektik von Erfahrung und Darstellung im Umgang mit Kunst. (CH. G. Allesch, Salzburg)

Kunsttherapie zwischen theoretischer Vorstellung und praktischem Erleben. (E. Hünnebeck, Nürnberg)

Blauer Hörsaal

Der Ottersberger Ansatz in der Kunsttherapie (R. Pütz, Ottersberg)

The Role of Creativity in Art Therapy Education (C. A. Malchiodi, Salt Lake City, USA)
(M. K. Cattaneo, Cambridge, USA)

Gibt es einen Platz in der Kunsttherapie für die Verhaltenstherapie? (Glenn T. Koppel, Heidelberg)

Grüner Hörsaal

Physiologische Stufen der Kreativität (W. Pieringer, Graz)

Der Gestaltkreis (V. v. Weizsäcker) und die Sinngestalten in der bildnerischen Gestaltung. (W. Jacob, Heidelberg)

Die Entwicklung von Verlaufsgestalten beim spontanen Malen. (G. Schottenloher, München)

Die Hermeneutik des Bildes (M. Erismann, Bern)

12.00 — 14.30 Uhr Mittagspause

12.15 Uhr Mittagessen in der Mensa

14.30 — 16.00 Uhr **Kurzseminare II** (Gruppe 11-24)

11. »Schneeweißchen und Rosenrot« – Ein Märchenspiel als Hilfe in der Rehabilitation. (B. Klement, Wien)
12. Bildhafte Illustration einer persönlichen Entwicklung von Therapeuten und Patienten. (M. Ploog, Fl. v. Spredi, München)
13. Theorie und Praxis der Orff-Musiktherapie. Darstellung mit optisch-akustisch-unterstützten Beispielen. (G. Orff, München)
14. Kunsttherapie mit Rheumapatienten. Ein Beitrag zur Bedeutung der Kunsttherapie in der Psychosomatik. (K. Dannecker, Berlin)
15. Die Bedeutung der Vorstellungskraft in der Tanztherapie. (W. Kaechele, Monheim)
16. Diagnostische und therapeutische Aspekte in psychiatrischen Malgruppen. (M. Steinbauer, Graz)
17. The Use of Image Making in Art Therapy Supervision. (C. A. Malchiodi, Salt Lake City; M. K. Cattaneo, Cambridge, USA)
18. Die Bewältigung der Angst mit Literatur-Therapie. (G. Gschwend, Luzern)
19. Im Leben wie im Märchen. Figurativ-dramatisches Verfahren mit Puppen und Ton. (J.-P. Gonseth, Liestal; R. Kaissling-Koschnik, Herrsching)
20. Kunsttherapie in der Klinik: Arbeit mit Encephalomyelitis-disseminata Patienten. (E. Groschup, Mannheim)
21. Spezielle Aspekte der Selbstdarstellung im topographischen Bild. (M. Strittmatter, Krohnbühl)
22. Kunst geistig behinderter Menschen als »Therapie des sozialen Umfeldes« (R. Wollschlaeger, Rotenburg)
23. Kunst in der Psychiatrie — Theorie und Praxis. (R. Buxbaum, Baden/Schweiz; J. Feilacher, Klosterneuburg)
24. Einführung in einen Gruppenmalprozeß mit Gruppensupervision. (I) (Nur in Verbindung mit Seminar 30) (Ch.-B. Kraft, Berlin; C. R. Lampart, Bad Liebenzell)

16.45 – 18.15 Uhr **Kurzseminare III** (Gruppe 25-39)

25. Maltherapie bei einem Borderline-Patienten. (H. Dellisch, Klagenfurt)
26. Die Arbeit der Kreativen Werkstatt Stetten und die Auswirkungen einer europäischen Ausstellungstätigkeit. (A. D. Spellenberg, Stetten)
27. Bibliothherapie in der Psychiatrie (K.-H. Reger, Lübeck)
28. Zum Umgang mit schöpferischen Gestaltungen von Patienten im psychoanalytisch-psychotherapeutischen Alltag. (H. Baudach, München)
29. Erfahrungen in Musiktherapie (A. Schmözl, Wien)
30. Einführung in einen Gruppenmalprozeß mit Gruppensupervision. (II) (Nur in Verbindung mit Seminar 24) (U. Böhler, Heidelberg; G. Waser, Basel)
31. Die Funktion der Gestaltungstherapie und Kunsttherapie in der stationären Psychotherapie (W. Walz; S. Lütcher, Tägerwilten)
32. Zur Phänomenologie einer Menschenkunde der plastisch-therapeutischen Gestaltung. (F. Marburg, Niefern)
33. Kunsttherapie in der psychiatrischen Krisenintervention. Ansatzpunkte und Wirkweisen. (M. Fabra; Ch. Hesse, Hamburg)
34. Kunsttherapie in der Geronto-Psychiatrie. (R. Hagemann, Köln)
35. Körpererfahrung und Körperbewußtsein als Voraussetzungen eines offenen kreativen Gestaltungs- und Therapieprozesses. (L. Müller-Mouvée, Hofheim-Lorsbach)
36. Der Kunstgesang (Belcanto) in der Musiktherapie. Chancen und Risiken im Spannungsfeld zwischen Praxis und Theorie. (R.-M. Frei, Bern)
37. Heileurythmie bei körperlichen Krankheiten (M. Treichler; P. Ollilainen, Filderstadt)
38. Die pädagogisch-therapeutische Wirkung der Kunst in der beruflichen Bildung. (R. Peter, Ottersberg)
39. Eine theoretische Fundierung auf der Grundlage der kabbalistischen Symbolik. (U. Tappolet, Genf)

19.15 Uhr Das Werk von Prof. Myer Speer. Synthese von Form und Farbe in der Architektur. (L. Oberascher, Salzburg)

20.00 – 21.00 Uhr **Mitgliederversammlung**. Alle Mitglieder sind dazu herzlich eingeladen.

Sonntag, 8. Oktober 1989

8.00 – 8.15 Uhr Auditorium Maximum (beginnt pünktlich!)
Meditative Einstimmung in den Tag mit Musik, Bild und Text (H. B. Gallee, Salzburg)

8.15 Uhr Künstlertum als Therapie (E. Fuchs, Wien)
Die Bedeutung des Nonverbales in der Therapie (D. Ritschl, Heidelberg)

9.30 – 10.00 Uhr Pause Während der Pause Führung durch die Ausstellungen (Foyer)

10.00 – 12.00 Uhr **Referate** (parallel in drei Hörsälen)

Auditorium Maximum

Wie Kunst therapeutisch wirksam wurde. (K.-H. Menzen, Freiburg)

Theoriefindung in der Kunsttherapie. Eine Spieldisziplin der Imagination. (P. J. Knill, Arlington, USA)

The Idea of Integration in the Arts Therapies (K. St. Levine, Ontario, Canada)

Wie begegne ich Dir? Der Dialog als integrales Element von Therapie. (P. Petersen, Hannover)

Blauer Hörsaal

Gestalten und selber Gestalt-Werden. (E. Wellendorf, Hannover)

Zur Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Gestaltungsprozeß. (G. Waser, Basel)

Bezugssysteme als »haltende Umwelt« im therapeutischen Prozeß (A. Reiter, Salzburg)

Umgang mit Destruktivität. Zur Funktion des »Dritten« in der therapeutischen Beziehung. Ein Beitrag der Musiktherapie. (S. Jochims, München)

Grüner Hörsaal

Bildnerische Symbole im kulturellen Gebrauch (R. Hampe, Bremen)

Sinn und Qualität der Pause in der Musik und der Musiktherapie. (R. Spitzner, Wien)

Jugendtheater und Laienspiel als therapeutischer Weg zur Kunst. (B. Haselbach, Salzburg)

Erfahrung von Natur und seelischer Gesundheit (U. Gebhard, Hannover)

12.15 – 13.00 Uhr Plenumsdiskussion im Auditorium Maximum

13.00 Uhr Schlußworte: Univ.-Prof. Dr. med. W. Pödlinger (Basel), Univ.-Prof. Dr. med. W. Jacob (Heidelberg)

Paul Christian: Anthropologische Medizin. Theoretische Pathologie und Klinik psychosomatischer Krankheitsbilder, Springer Verlag 1989, 323 Seiten.

Wer sich gediegen über die anthropologischen Dimensionen der psychosomatischen Krankheitsbilder informieren möchte, ohne das Denken der Medizin als Wissenschaft zu vernachlässigen, der suche Rat in der 'Anthropologischen Medizin' Paul Christians. Christian, einer der herausragenden noch lebenden Mitarbeiter Viktor von Weizsäckers und eigenständiger Autor zahlreicher Arbeiten, die sich mit dem Gestaltkreis-Thema Viktor von Weizsäckers befaßt haben, hat in dem Buch 'Anthropologische Medizin' erneut die Frage aufgeworfen, wie sich im Rahmen der Medizin als Wissenschaft eine neuzeitliche Theorie der Verschränkung von 'Leib' und 'Körper', eine Theorie der psychotherapeutischen Methoden bei psychosomatischen Erkrankungen ausnimmt. Wir verdanken P. Christian auch grundlegende experimentelle Untersuchungen über die Zweipersonenbeziehungen in psychophysiologischer Sicht. Diese Zweipersonenbeziehung, ein Grundbestandteil aller sozialen Beziehungen des Menschen wurden von den Soziologen kaum, von den Psychosomatikern nur gelegentlich und von den Physiologen fast nie einer wissenschaftlich-analytischen Betrachtungsweise unterworfen. Die schon Jahrzehnte zurückliegenden experimentellen Untersuchungen Christians waren bahnbrechend. Sie werden heute von ihm ergänzt durch ein Kapitel über "Interaktion in hirneurophysiologischer Sicht", verbunden mit dem Problem der "Konsensualität". Auch die zwischenmenschlichen Beziehungskrisen sind aus dem psychosomatischen Krankheitsgeschehen nicht wegzudenken, ebenso wie man die Beziehungen zwischen Patienten und Therapeuten — z. B. während des psychoanalytischen Erstinterviews — einer psychophysiologischen Experimentalsituation unterwerfen kann.

Man erfährt in der Anthropologischen Medizin von Paul Christian etwas über die Schwerpunkte psychosomatischer Krankheitsbilder, über die Anorexia nervosa oder die Autoimmunkrankheiten, auch über Geschwückerkrankungen des Darms oder die Erkrankungen der Schilddrüse, über psychosomatische

Zusammenhänge bei Infektionskrankheiten oder über die Psychosomatik der Allergien. Als ehemaliger Kliniker weiß Christian etwas mitzuteilen über die Krankheitsbewältigung, über die Erlebnisweisen der akuten Coronarinsuffizienz, die Behandlungs- und Rehabilitationsphase des Herzinfarktes oder auch über das Asthma bronchiale.

Die Verschränkung individueller und gesellschaftlicher Krankheitsprozesse wird am Beispiel rheumatischer Erkrankungen erläutert.

Christian versucht im theoretischen Teil der Anthropologischen Medizin die Sprache, den menschlichen Leib und die Überwindung des Leib-Seele-Dualismus in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen zu stellen.

Sehr interessant ist das letzte Kapitel seines Buches, in welchem er zunächst die sog. neurobiologischen Auffassungen der Kommunikation und Interaktion kritisch diskutiert, dann Kommunikation und Handlung als sozialwissenschaftliche Themen aus systemtheoretischer Sicht betrachtet und in einem umfangreichen Unterkapitel über die gegenwärtige Leib-Seele-Diskussion die Intentionalität jeglicher menschlicher oder mitmenschlicher Handlung in einem bipersonalen Kontext abhandelt. Unter Berufung auf Viktor von Weizsäcker und Carl Friedrich von Weizsäcker geht es Christian nicht um eine "Leib-Seele-Diskussion", die eine antiquierte Diskussion über Psyche und Soma wiederbeleben soll, sondern es geht um "Wege eines differenzierten Verständnisses", die eine Metatheorie der Psychosomatik, welche das Handeln, die Sprache und den Leib, kurzum die wichtigsten Kategorien menschlicher Existenz und menschlicher Wirklichkeit in eine Lehre vom gesunden und kranken Menschen einbezieht.

"Als Symbol der inneren und äußeren Lebenswelt ist aber nicht nur die Sprache zu verstehen, sondern die Symbole unserer Lebenswelt schließen auch Werke der bildenden Kunst, Musik, Dichtung, Mathematik, Gestik und Zeichensprache mit ein."

W. Jacob

Neuerscheinungen

P. Christian: Anthropologische Medizin, Theoretische Pathologie u. Klinik psychosomatischer Krankheitsbilder, Springer Verlag 1989

G. Schottenloher: Kunst- und Gestaltungstherapie (Eine praktische Einführung), Kösel Verlag 1989

R. Hampe (Hrsg.): Aurora II und das Pferd im 4. Stock (Zur Klinischen Psychosomatik und Integrierten Psychosomatik), Universität Bremen 1988

G. Bergmann: Psychosomatische Grundversorgung, Springer Verlag 1989

J. Alvin: Musik für das behinderte Kind und Musiktherapie für das autistische Kind, Gustav Fischer Verlag 1988

P. Klein: Tanztherapie, Eres Verlag 1989

H.-H. Decker Voigt (Hrsg.): Zur Wechselbeziehung zwischen persönlichem Menschenbild und musiktherapeutischem Handeln, Eres Verlag 1988

G. Gschwend: Mehr Selbstvertrauen, Profil Verlag 1989

W. Harmann/ H. Rheingold: Die Kunst, kreativ zu sein, Scherz Verlag 1987

B. Schwertfeger/ K. Koch: Der Therapieführer. Die wichtigsten Formen und Methoden, Heyne Verlag 1989

H. Wadson: Advances in Art Therapy, Wiley Verlag 1989

D. Niedecken: Namenlos. geistig Behinderte verstehen, Piper Verlag 1989

W. Zander: Neurotische Körpersymptomatik. Zum Verständnis der psychosomatischen Medizin, Springer Verlag 1989

Themenheft „Eßstörung“ der „Musiktherapeutischen Umschau“, Gustav Fischer Verlag 1989

P. Bianchi (Hrsg.): Bild und Seele, Kunstforum International, 1989

R. Weisberg: Kreativität und Begabung, Spektrum der Wissenschaft Verlag 1989

R. v. Laban: Die Kunst der Bewegung, Heinrichshofen Wilhelmshaven 1988

M. Schuster (Hrsg.): Nonverbale Kommunikation durch Bilder, Verlag für angewandte Psychologie 1989

C. Crist/ W. Sprenger: Theater und Psychotherapie, Bock Verlag 1989