

# Die Künste als therapeutisches Medium in der Medizin

*Prof. Dr. med. Klaus Böhme*

Diesem Vortrag sind in der Reihe »Kunst und Therapie« der Patriotischen Gesellschaft in den Jahren 1997 und 1999 eine Reihe von Vorträgen mit ganz ähnlichen Titeln vorangegangen.

In diesen Beiträgen, sie liegen gedruckt vor, ist so viel Grundsätzliches und Treffliches gesagt worden, dass ich gar nicht erst den Versuch unternehmen will, nichts zu wiederholen. Ich werde mich in diesem Zusammenhang vielmehr mit der alten Spruchweisheit begnügen: »Repetitio est mater studiorum«, gemeinhin übersetzt mit »die Wiederholung ist die Mutter aller Studien«, zumal Studium ja auch bedeutet: Zuneigung, Liebhaberei oder Lust. Und wer hätte bei dieser Interpretation noch Einwände?

Der Herr Vorsitzende hat im Vorfeld dieser Veranstaltung die Frage gestellt, ob es bei der geplanten Podiumsdiskussion wohl eine spannende Kontroverse geben werde. Ich habe da so meine Zweifel. Denn wer traut sich schon in einem Kreis derartig geballter Professionalität, den Künsten und ihren therapeutischen Entsprechungen nicht das Wort zu reden, wenn er denn überhaupt eingeladen wurde. Aber manchmal ist es ja gerade der Narzissmus des kleinen Unterschiedes, der die großen Kontroversen erzeugt.

Die Krankenkassen, so habe ich mir sagen lassen, haben – sicherheitshalber? – abgesagt. Vielleicht nach dem alten und bewährten Verwaltungsgrundsatz »Unkenntnis schützt vor Bewilligung«. Schade, wo es doch, wie nicht erst heute bewiesen werden muss, wie sich aber auch heute wieder zeigen wird, um ein wichtiges und erprobtes Element therapeutischen Handelns geht.

Über eines sollten wir uns indes von Anfang an klar sein, so rundherum anerkannt und wohlgeleitet, wie es eine so schöne Veranstaltung wie diese jedem unvoreingenommenen Betrachter vermittelt, sind »die Künste als therapeutisches Medium in der Medizin« nun halt doch wohl nicht.

Wie sollte es sonst zu erklären sein, dass in einem neuen Standardwerk meines Faches – der Psychiatrie, die ja jeher als offen für diese Therapieformen gilt – die Stichworte Kunst und Kunsttherapie mit ihren Abwandlungen (Mal-, Musik-, Biblio- oder Tanztherapie) oder Kreativität nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Gerontopsychiatrie wenigstens erwähnt werden. Steckt dahinter nicht das Vorurteil: Na ja, die Kinder dürfen noch spielen und die Alten schon wieder?

Dieser letzte Satz ist übrigens kein Aperçu, das ich erfunden habe, weil es so schön herpasst, er gibt vielmehr die Meinung ökonomieorientierter Krankenhauskauflleute oder ressourcenorientierter Intensivmediziner wieder. Für sie hat es eben nicht dieselbe therapeutische Wertigkeit, wenn es um die Entscheidung geht, das neueste Sonografiegerät oder ein Orff'sches Instrumentarium anzuschaffen. Wer lange genug Krankenhausetats verteilen musste, kann ein Lied davon singen.

Am problemlosesten berühren sich die Künste und die Medizin dort, wo etwa die bildende Kunst als schmückendes Beiwerk für repräsentative Krankenhaus- oder Krankenkassenbauten erhalten muss, kein Feld therapeutischen Handelns, sondern Wirkungsstätte der lokalen Kunstlobby. Fairerweise muss man sagen, dass dieses Prinzip gelegentlich – so auch im alten Ochsenzoll – mit Erfolg durchbrochen werden konnte. Ich komme mit Vergnügen später noch einmal darauf zurück.

Beliebt sind auch Ausstellungen der Kunst psychisch Kranker oder geistig Behinderter oder ihr Theaterspiel. Nicht dass ich sie missen möchte. Ich habe oft genug bei Eröffnungen aus Überzeugung mitgewirkt. Aber mit Therapie hat das im Grunde wenig zu schaffen. Eher doch mit Gesundheits- und Behindertenpolitik oder mit der Darstellung der eigenen beruflichen Identität von Kunsttherapeuten oder Krankenhausdirektoren. Schelten Sie mich nicht wegen dieses Satzes. Alle ernsthaft betriebenen Berufe bedürfen der Außendarstellung und der Anerkennung, auch die therapeutischen. Aber das hat mehr mit den Therapeuten zu tun als mit den Künsten als therapeutischen Medien. Was zur Ausstellung geworden ist, hat seine therapeutische Funktion in aller Regel hinter sich, ist Beispiel und Geschichte geworden.

Sie werden vermutlich auch nicht widersprechen, wenn wir noch einen Schritt weiter gehen und an die ganz eindeutig von ästhetischen und wirtschaftlichen Aspekten bestimmte Vermarktung insbesondere grafischer und bildhauerischer Produktionen psychisch Kranker und geistig oder körperlich Behinderter denken, es sei denn, der Erlös kommt den Künstlern selbst zugute.

Nota bene! Ich bin hoch gespannt auf die Gugging-Sammlung, zumal ich sie bisher auch nur unvollständig aus Abbildungen kenne, und ich weiß, welche Verdienste sich die Schöpfer dieser Sammlung um die **Beachtung der Psychiatrie in der Öffentlichkeit erworben haben.**

Neben der beschriebenen, allenfalls auf einer Metaebene therapeutisch-medialen Außendarstellung von Kunst, Künstler und Kunsttherapeuten besitzen Malerei, Musik, Tanz, Theater und Poesie in Bezug auf kranke oder behinderte Menschen aber noch eine weitere Eigenschaft, die man von ihrer therapeutisch-medialen Funktion trennen und unterscheiden sollte.

Ich meine – hier spricht der Kliniker aus mir – **die erkennenden, die bewertenden, die beschreibenden Elemente, kurz all jenes, das zu einer guten, individuellen Diagnostik, Verlaufsbeschreibung und Therapiebeurteilung beiträgt.**

In praxi fließen selbstverständlich diagnostische und therapeutische Elemente im gestaltenden wie im erkennenden Prozess immer wieder zusammen, aber man muss sie auf der professionellen Arbeitsebene gut auseinander halten. Vielleicht kommen wir ja im Verlaufe des Symposiums darauf zu sprechen, dass auch auf der nonverbalen Ebene der Kommunikation im künstlerischen Tun Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse ablaufen, die in ihrer therapeutischen Wirkung erkannt und in die therapeutische Situation eingearbeitet werden müssen, auch wenn sie primär aus diagnostischen Gründen angestoßen worden waren.

Als Beispiel für die diagnostische Funktion, die wir damit aber auch schon wieder verlassen werden, sehen Sie hier eine kurze Serie von Bildern, die vor mehr als 25 Jahren an der Heidelberger Psychiatrischen Universitätsklinik auf einer Station für schizophrene Ersterkrankungen entstanden sind. (Abb. 1 – 3, diese Abbildungen wurden erstmals in Heft 3 u. 4/1978 des »medizinischen forums« veröffentlicht. – Alle Abbildungen Seite 19)

Viele von Ihnen wissen, dass die Beschäftigung mit der Bildnerie psychisch Kranker in Heidelberg mit der Prinzhornsammlung eine lange Tradition hat.

Die Prinzhornsammlung mit ihren 6.000 Einzelstücken ist für mich aber auch ein exzellentes Beispiel für die anschauliche Darstellung eines Risikos, das für eine therapeutische Nutzung künstlerischer Medien von diesem – wie man ihn nennen könnte – deskriptiv-psychopathologischen Ansatz ausgeht. Ein solcher Ansatz läuft immer auch Gefahr, zu einem Raritätenkabinett »erschrecklicher« Bilder aus den furchtbaren Tiefen der menschlichen Seele zu werden. Oft genug sind solche Erkenntnisse dann aber nicht viel mehr als die bescheidene Beute eines Fischzugs im seichten Gewässer banaler, populärpsychologischer Deutungen. Die Älteren unter Ihnen werden sich noch erinnern, wie beliebt diagnostische Zeichentests waren: Kein Krankenblatt ohne Baumzeichentest oder draw-a-man-Test. Es war halt so schön plausibel!

Aus unterschiedlichen Gründen besteht die Gefahr einer Fehlinterpretation. Die Spanne geht vom psychodynamischen Missverständnis besonders bei ungeübten Beurteilern auf der einen Seite bis zum schlichten künstlerischen Unvermögen des Probanden auf der anderen. Dazu eine kleine, naive Vignette:

Mit zehn Jahren musste ich für einige Wochen ins Krankenhaus. Wir schrieben das Jahr 1945. Einzige Unterhaltungsmöglichkeiten waren ein paar Bücher, Bleistift und Papier. Ich zeichnete »Holzfäller im Winterwald«. Stolz zeigte ich mein Werk dem Stationsdoktor. Seine erstaunte Reaktion: »Da sind ja keine Menschen zu sehen, wo sind denn die Holzfäller?« In der Tat lugte lediglich ein kleines Mondgesicht hinter der Fensterscheibe eines Holzhauses hervor. Ich wies auf dieses Gesicht und sagte: »Die machen gerade Pause!«

Was hätte man alles, etwa in Richtung posttraumatische Belastungsreaktion, bei einem Zehnjährigen zu Kriegsende in diese menschenleere Szene hinein interpretieren können. Nichts von alledem, ich konnte bloß keine Menschen zeichnen und kann es bis heute nicht. Lassen wir es damit bewenden: Ich könnte mir allerdings gut vorstellen, dass die Frage der Fertigkeiten und wie Therapeuten damit umgehen, in den Seminaren eine Rolle spielt. Goethe hat einmal sinngemäß gesagt, die Verschriftlichung habe der Sprache geschadet. Es stellt sich die Frage: Stehen Fertigkeiten beim Schreiben, Malen oder Musizieren den primärprozesshaften Abläufen in der therapeutisch eingesetzten künstlerischen Betätigung im Wege oder bringen sie mehr Expressivität ins Spiel?

Zurück zum Wesentlichen. Ich fasse noch einmal zusammen: **Wenn wir die künstlerischen Äußerungen unserer Patienten gleich welcher Art anschauen, dann neigen wir spontan dazu, die Position eines Röntgenologen einzunehmen, der ein Röntgenbild betrachtet. Das heißt, wir abstrahieren das Bild von der Person.** Wir suchen die Idee – in diesem Falle die Idee der Krankheit – hinter dem individuellen Inerscheintreten des Leidens in der Person des Patienten.

Das bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als dass wir bisher bei unseren ästhetischen, unseren deskriptiven und unseren interpretierenden Zugängen die Person des Kranken nur als Schöpfer des Objektes wahrgenommen haben. Davon, was diese künstlerische Äußerung für diesen Kranken bedeutet, in dieser Situation seines Lebens und seines Leidens, in der sie entstanden ist, davon war bisher nicht die Rede.

Wie aber ist denn nun der therapeutische Gehalt dessen, dem die Künste in der Medizin, also am Patienten, als Medium dienen können? »Medium«, lexikalisch als »Mittel«, als »vermittelndes Element« bezeichnet, besitzt im Altgriechischen eine grammatikalische Bedeutung, die im Zeitalter der Kommunikation etwas erfrischend Aktuelles und für unser Thema Passendes besitzt. Wir lesen: »Im Griechischen erhaltenes Genus verbi zur Bezeichnung der besonderen Beteiligung des Subjektes an einer Handlung, die sich am Subjekt selbst oder in seinem Interesse vollzieht.«

*Beispiele: »Ich male mir ein Bild«. »Ich male ein Bild für Dich«.*

Der Patient als Subjekt tritt in Beziehung zu sich und zu der Welt, die ihn umgibt. Dies geschieht in erster Linie durch die Sprache. Sie ermöglicht nicht nur den unmittelbaren Austausch, sondern sie schafft auch die Möglichkeit, Gedanken und Erfahrungen zu speichern und in einem diachronen – über die Zeit konstant bleibenden – Prozess Bewusstsein und Identität zu entwickeln: »Im Anfang war das Wort...«

So erscheint es gleichsam selbstverständlich, dass die Therapieverfahren, derer sich die moderne Medizin bedient, sofern sie nicht rein biologischer, physikalisch-chemischer Natur sind, und das ist der immer größer werdende Teil, ausschließlich oder weitgehend an das Wort gebunden sind. Das heißt im Umkehrschluss, dass derjenige am besten in den Genuss eines sprachgebundenen Therapieangebotes kommt, dem die Sprache in möglichst differenzierter Weise zu Gebote steht.

Was aber geschieht mit dem, der durch eine anlagemäßige Schwäche seiner geistigen Fähigkeiten, durch eine Verletzung oder Erkrankung seines Gehirns, durch eine seelische oder geistige Krankheit, auf Grund einer tiefgreifenden seelischen Entwicklungsstörung oder durch altersbedingten Verlust geistiger Funktionen diese sprachgebundenen Therapieformen nicht oder nicht mehr für sich nutzen kann? Dieser Mensch blieb in der Vergangenheit für die Dauer seiner Sprachlosigkeit, also oft zeitlebens, nicht nur von der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sondern zu allem Übel auch noch von den Hilfsmöglichkeiten, die diese Gesellschaft sich geschaffen hatte, ausgeschlossen. Ja, er wurde nicht nur aus-, sondern auch weggeschlossen und musste im schlimmsten Falle die Unwertvermutung, die sein Recht auf Leben anzweifelte, gegen sich gelten lassen.

Da die Selbstvertretungsmöglichkeiten dieser Kranken oder Behinderten durch eben diese Krankheiten oder Behinderungen in aller Regel stark eingeschränkt oder aufgehoben waren, konnten sie sich der gesellschaftlichen Sanktionen nicht erwehren, und es entstanden jene kustodial-paternalistischen Strukturen, ständig bedroht von Marginalisierung oder ökonomischer Restriktion.

Lassen Sie mich die Möglichkeiten der Überwindung von Ausgrenzung aus dem Recht auf Therapie an einem Beispiel aus meinem Fach, lassen Sie es mich an der **Entwicklung des sozialpsychiatrischen Gedankens** kurz erläutern.

Sozialpsychiatrie und die hier zur Anwendung kommenden Therapieformen lassen sich als die dritte von drei Säulen verstehen, auf denen das psychiatrische Therapiegebäude ruht, als der dritte Weg des therapeutischen Zugangs zum Patienten.

Sowohl die biologische, dem naturwissenschaftlich-medizinischen Krankheitsmodell verpflichtete Psychiatrie, wie die tiefenpsychologisch fundierten und die verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Psychotherapieverfahren orientieren sich in ihren Ansätzen in erster Linie am Symptom oder an Bündeln von Symptomen. Diese Symptome und nach Möglichkeit auch ihre Ursachen sollen durch die therapeutische Intervention verringert oder beseitigt werden. Der Patient spielt in diesem Therapiesystem oft sehr schnell nur die **Rolle des Symptomträgers**. Ein Ansatz, der sich auch mit dem psychoanalytischen Denken trifft. Auch Gruppentherapien erstrecken sich häufig eher auf eine Ansammlung von Individuen und deren individuelle Probleme (kollektive Einzeltherapie), denn auf die pathologischen Interaktionsmuster, die sich gruppenspezifisch abbilden.

Die Psychiatrie hatte sich aus historischen Gründen mehr als die somatischen Fächer mit der Frage auseinander zu setzen, was denn mit denjenigen ihrer Kranken geschehen solle, denen man nicht oder nicht auf Dauer von ihren Symptomen oder gar von den Ursachen ihrer Krankheiten helfen konnte.

Es entstand der sozialpsychiatrische Ansatz, bei dem nicht das einzelne Symptom die zentrale Rolle spielt, sondern der Mensch, der **durch das Symptom zum kranken Menschen wird** und so nicht nur Symptomträger bleibt, sondern der in seinen ganzen Lebensbezügen ergriffen und beeinträchtigt wird. Es geht jetzt auch darum, wie der Patient seine Krankheit erlebt, welche individuellen Folgen die Krankheit für den Betroffenen hat, welche Bewältigungsstrategien ihm zur Verfügung stehen, welche primären – von der Krankheit selbst ausgehenden – Handikaps und welche sekundären – aus der Umwelt kommenden – Handikaps i.S. von *Wing* auf ihn einwirken.

»No man is an island, intire of itself«, formulierte *John Donne* im 17. Jahrhundert.



1



2



3



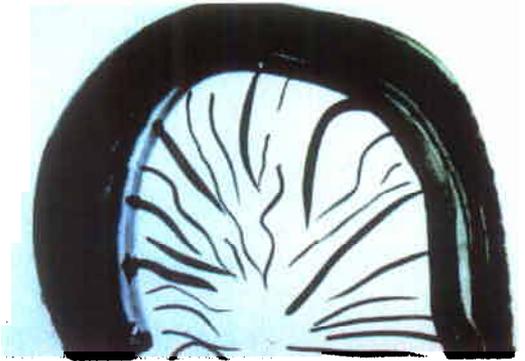
4



10



5



6



7



8



9

Die Texte zu den Abbildungen 1 – 4 stehen auf Seite 23.

Sozialpsychiatrie ebenso wie die anderen Bereiche der Sozialmedizin – denken Sie an das weite Feld der Rehabilitation – sieht den Patienten als Mitglied unterschiedlicher sozialer Gruppen, eingebunden in ein Netz von neutralen, von fördernden und von belastenden Beziehungen. Der Patient in der Sozialpsychiatrie ist nicht mehr nur ein Leidender, der die Segnungen der Therapie nur passiv hinnehmen oder sie verweigern kann. Seine Kontakte zu Mitleidenden beschränken sich nicht auf Wartezimmer-situationen.

Je mehr der Kranke aber aus der Passivität seiner Objektfunktion heraustritt, um sowohl am Krankheits- wie am Gesundungsprozess teilzuhaben, desto differenzierter müssen seine Möglichkeiten sein, zu kommunizieren.

Sprachabhängige Kommunikation ereignet sich – wie schon erörtert – überwiegend in der Patient-Therapeut-Dyade, und sie ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, etwa Introspektionsfähigkeit, Sprachverhalten und Symbolisierungsfähigkeit als Ausdruck psychischer Reife.

Das bedeutet, dass der Erfolg sprachgebundener Therapieverfahren nicht zuletzt vom Bildungsniveau der Patienten, von ihrer Vertrautheit mit differenzierten Kulturtechniken, abhängt. Viele von Ihnen kennen therapeutische Gruppensituationen, in denen eloquente Wortführer Zeit, Aufmerksamkeit und therapeutisches Interesse auf sich zu bündeln verstehen und fern jeder Solidarität den Schweigenden und den Unsicheren das Gefühl der Hilflosigkeit und der Unterlegenheit vermitteln.

**Wir sehen, dass diejenigen therapeutischen Techniken, die sich des gesprochenen Wortes als Medium bedienen, zwei wesentliche Einschränkungen in den therapeutischen Prozess einschleusen können: nämlich die Abhängigkeit von Bildung und Sozialisation.**

Wir sehen uns auch vor das Dilemma gestellt, dass ausgerechnet in der sprechenden Medizin, wie sie sich nicht frei von Narzissmus in Abgrenzung zur sog. »Apparatemedizin« gern selbst nennt, die Sprache in dem Augenblick, in dem sie zum entscheidenden oder zum ausschließlichen kommunikativen Medium wird, an therapeutischer Kompetenz einbüßen kann.

Was ist die Konsequenz?

Wir müssen uns nach anderen Medien umschaun, die geeignet sind, Kommunikation zwischen dem Patienten und seinem Behandler und Kommunikation des Patienten mit sich selbst zu ermöglichen und den therapeutisch zu nutzenden Beziehungs- und Begegnungsraum zu füllen.

Das hört sich sehr nach Ersatzlösung, nach einer Therapie zweiter Ordnung an. Ist es aber nicht!

Denn mit der Sprache haben sich ja auch andere kommunikativ wirksame Medien entwickelt, und ich möchte wissen, ob jemand eine Antwort auf die Frager weiß, hat eine unserer Urmütter oder einer unserer Urväter zuerst ein Strichmännchen mit Holzkohle an die Höhlenwand gemalt oder »ich« und »du« gesagt? Ich könnte mir denken, die »Maler« haben Recht.

Aber es geht ja hier nicht um einen kulturhistorischen Anciennitätenstreit, sondern um **die Feststellung, dass künstlerische Betätigung und damit Gestaltung und geistige Schöpfung die Menschheit seit ihren uns bekannten Anfängen begleiten.** Die Menschen malen, musizieren, tanzen, stellen dar und dichten, wobei die Verschriftlichung erst allmählich der mündlichen Überlieferung folgt. Wo immer sich Menschen zu beständigen Gruppen zusammenfanden, ersangen und ertanzten sie sich die Gunst der Naturgewalten und den Segen der Götter, spielend und deklamierend, gaben sie an ihre Kinder weiter, was ihnen übermittelt worden war und was sie selbst hatten in Erfahrung bringen können.

Magisches Denken ist auch ein Denken in Bildern und Symbolen. Der Mensch versucht auf einem Wege, den ich einmal »darstellende Erklärung« nennen möchte, die ihn umgebenden Welträtsel zu lösen. Er schafft sich dort Bilder, Symbole und Rituale, wo ihm begrifflich zu fassendes Wissen fehlt. Wenn ich fürchten muss, dass mir der Himmel auf den Kopf fallen kann, brauche ich mächtige Götter, beeindruckende Sinnbilder und wirkmächtige Zeremonien, um meiner Angst in der Welt Herr zu werden. Dazu bedarf es der Maler, der Bildhauer, der Musikanten, der Baumeister, der Dichter und der Zeremonienmeister.

Die Organisation des Ganzen lag lange bei den Priestern und/oder den Priesterärzten (Apollo). Priesterärzte, Schamanen, Medizinmänner, sie alle bedienten sich in der vorwissenschaftlichen Medizin, die sich als **Heilkunde** (Überlieferungen vom Heilen) und als **Heilkunst** begriff, künstlerischer Medien, etwa in Form von Amuletten oder Votivtafeln, teilweise bis in die Gegenwart. Denken Sie an die zahllosen Wachsabbildungen geheilter oder mehr noch zur Heilung anempfohlener Gliedmaßen, Herzen und vielfältiger Gebrechen in den Wallfahrtskirchen.

In dem Maße, in dem sich nach Renaissance und Aufklärung die Medizin von ihren scholastischen Fesseln befreite und immer mehr naturwissenschaftliche Erkenntnisse in ihr Grundlagenwissen, in ihre **Therapiekonzepte** und in ihre Erfolgskontrollen integrierte, in dem Maße konnten sich auch die Künste

von ihrem magischen Beiwerk, ihrem rituellen Missbrauch und ihrem spekulativen Ballast befreien und eine neue, ihrem wahren Reichtum und ihren natürlichen Fähigkeiten entsprechende Rolle in der Therapie einnehmen.

**Die Künste** standen nicht mehr für eine dubiose Scheinwissenschaft, sondern sie **ergänzten mehr und mehr in der psychologischen Medizin**, aber auch in der Rehabilitation, in Onkologie, Geriatrie und Pädiatrie, **die naturwissenschaftlichen und erfahrungswissenschaftlichen Elemente**.

Man darf wohl mit Fug und Recht behaupten, dass die Künste im Stande sind, die spröde Welt von DRG, ICD oder DSM für den Einzelnen annehmbarer, persönlich erträglicher und, auf das Therapieergebnis bezogen, erfolgreicher zu machen. Dabei ist die Vielfalt der Möglichkeiten, die die Künste an medialer Funktion in der modernen Medizin besitzen, mit Sicherheit noch nicht ausgeschöpft.

Und wenn ich jetzt mit Ihnen den Versuch machen möchte, an einigen ausgewählten Beispielen diese neue mediale Vielfalt zu erläutern, dann will ich damit nicht in Konkurrenz zu den Kunsttherapeuten der verschiedenen Künste treten. Zu Recht zöge ich da schnell den Kürzeren. Es geht mir vielmehr um die Darstellung alternativer, verstärkender und ergänzender Wirkungen in schwierigen therapeutischen Feldern.

### **Zunächst kurze Fallvignetten aus dem Bereich Depression und Schizophrenie:**

Der Depressionsbegriff ist in der Alltagssprache aufgeweicht worden. Nicht jeder Kummer, nicht jede Verstimmung sollte als Depression bezeichnet werden. Aber es gibt Krankheitszustände der Seele, die zu schwerster, tiefgreifender, von völliger Hoffnungslosigkeit gekennzeichneter Herabgestimmtheit führen, oft begleitet vom Gefühl völliger Leere und Anhedonie, zu einem Zustand, in dem der Tod nur noch das Ende einer großen Qual bedeuten kann.

Unsere Sprache besitzt keinen Begriff, der dieses depressive Leiden und Erleben zutreffend beschreibt. Man rettet sich in »als ob«-Formulierungen, behilft sich mit unscharfen Analogien.

Ein nervenärztlicher Kollege, den ich wegen einer derartigen Depression (in der älteren Literatur als »endogen« bezeichnet) behandelt habe, sagte zu mir: »Böhme, Sie haben keine Ahnung, was es heißt, depressiv zu sein, wie es in einem Depressiven aussieht. Ich habe es auch nicht gewusst, bevor ich krank wurde.«

Diesen Depressionskranken stellt sich häufig das Problem, dass sie sich – zu Recht! – außer Stande erleben, zu beschreiben, wie sie sich fühlen und was in ihnen vorgeht. Es quält sie zusätzlich, sich als unverstanden, ja als unverständlich zu erleben und die eigene Ratlosigkeit in den Augen der Partnerin oder des Partners wiederzufinden.

Unter diesem Druck, sich verbal nicht mehr mitteilen zu können, stand auch eine junge Lehrerin, zum ersten Mal depressiv erkrankt und von Berufs wegen eigentlich jemand, dem die Sprache zu Gebote stand.

Von ihr stammt das folgende Bild. Sie brachte es unter Tränen mit der Bemerkung, so sehe es in ihr aus. (Abb. 4)

Später erzählte sie, wie wichtig es in dieser Krankheitsphase für sie gewesen sei, ihrer Umgebung über diese Bilder ihren Zustand deutlich machen zu können, weil sich daran die Hoffnung geknüpft habe, Hilfe zu finden.

Die beiden nächsten Bilder stammen von einem jungen, an Schizophrenie erkrankten Mann. (Abb. 5 + 6)

So erlebte er (sich) in der akuten Krankheit. Er selbst konnte wenig dazu sagen. Natürlich können wir interpretieren: chaotisch, keine Mitte, kein Oben oder Unten, keine Grenze. Das alles konnte der Patient nicht sagen, außer: so ist es.

Das zweite Bild, Wochen später, noch immer düster. Aber ein filigranes Inneres ist von einer helmartigen Schale umgeben? eingeengt? bedrängt? Sein Kommentar: »Eigentlich besser«.

Wir sahen in den letzten drei Bildern Beispiele für extreme Beeinträchtigungen von Erlebnis- und Begegnungsräumen, in denen und aus denen heraus nichts mehr möglich erscheint. Gleichwohl bleibt über die bildnerische Darstellung eine brüchige Beziehung zur Welt erhalten.

Vergleichbares habe ich, wenn auch viel seltener, aus der Tanztherapie gehört. Ich denke an einen depressiven jungen Mann, schwer gehemmt, antriebsgestört und stumm, von dem keiner vermutet hätte, dass der Tanz für ihn eine Möglichkeit sein könnte, sich wieder einen Zugang zur Welt zu erschließen. Und doch ist es so gewesen.

Die nun folgende kleine Serie verdanke ich Frau Zeidler und Frau Laute, Kunsttherapeutinnen im Klinikum Nord. Es sind ganz neue Kalenderblätter.

Während bei den letzten Bildern der Eindruck vorherrschte, die bildnerische Darstellung sei die einzige überhaupt noch wirksame Kommunikationsschiene, das einzige noch verfügbare Medium, zeigt sich hier

in der Zusammenschau von Bild und kommentierendem Text des Künstlers die Erweiterung der medialen Möglichkeiten über den Alltagsgebrauch der Sprache hinaus.

**Martin L., 42 Jahre:** »Malerei bedeutet die Möglichkeit, aus unendlichen Formen und Farben immer wieder Neues zu Papier zu bringen. Dabei besteht die Möglichkeit, dass auch subtile Gefühle sichtbar werden. Gerade das Experimentieren mit verschiedenen Materialien ermöglicht das Aufdecken oft verborgener Gefühle. Das für meine Malerei eher untypische Bild mit den Gesichtern meiner Familie zeigt meine Geborgenheit in der Familie – aber auch meine große Isolation« (Abb. 7)

**Georg K., geb. 1971:** »Ich bin ein Sinti, und in mir sind zwei Künstler. Einer ist ganz freundlich und gut und einer wild und wütend. Der freundliche Maler heißt Herr Weiss, und auf seinen Bildern sind Häuser, Bäume und Blumen, Menschen und Tiere zu sehen. Meistens brauch' ich aber ganz viel rote und schwarze Farbe, sehr großes Papier und einen breiten Pinsel. Da geht es wild durcheinander und ich bin wirklich wütend und heiße Herr K...« (Abb. 8)

**Willi L., geb. 1940:** Früher habe ich nie gemalt und mich für Kunst nicht interessiert. Es hat vorsichtig auf kleinen Blättern angefangen. Heute arbeite ich am liebsten auf sehr großen Papieren und Leinwänden. Kunst ist für mich eine kreative Form, Gefühle wie Angst, Aggression, Wut, Frust, Fröhlichkeit, Freude und Niedergeschlagenheit auszuleben oder zumindest zum Ausdruck zu bringen. (Abb. 9)

Alle Beispiele für die **mediale Funktion der Künste**, die wir bisher betrachtet haben, sowohl die eingangs gezeigten Blätter aus der diagnostischen Perspektive, wie die Beispiele aus der Therapie, haben eines gemeinsam, sie **bilden innere Kommunikationsprozesse der Patienten oder Künstler ab** oder bewegen sich meist in dem eingangs erwähnten dyadischen Raum Patient/Therapeut. Der Patient ist mit seinem Blatt, seinem Modell, seiner Plastik beschäftigt. Die Kommunikation in der Gruppe der Gestaltenden ist fakultativ, eher zufällig, es sei denn, sie wird ganz bewusst von den Therapeuten gefördert und in den Gestaltungsprozess mit einbezogen. Dazu zwei Beispiele:

Unter der Leitung von Siegfried Neuenhausen entstanden im Beginn der 80er Jahre in Wunstorf und Ochsenzoll Projekte mit Skulpturen, die 1983 im Kunstverein Hannover ausgestellt wurden.

Das Hamburger Projekt war ein seltenes Beispiel von »Kunst im öffentlichen Raum«, bei dem die Patienten eines Krankenhauses, des damaligen AKO, in einer Gruppe aktiv in den künstlerischen Gestaltungsprozess einbezogen wurden. Anlass war der Bau des Sozialtherapiezentrum.

Um den konzeptionellen Mittelpunkt, eine Stele im Eingangsbereich des Zentrums, ordneten sich weitere Plastiken und große, in Gemeinschaftsarbeit entstandene Bilder. (Abb. 10)

Das Projekt hatte eine unglaublich positive Wirkung gerade auf schwer gestörte Langzeitpatienten, von denen es damals noch einige im AKO gab und denen man von Seiten der Mitarbeiter traditionell wenig zutraute, schon gar nichts Kreatives. Über mehr als drei Monate arbeitete diese Gruppe intensiv miteinander, und als alle zur Ausstellungseröffnung nach Hannover fuhren, war der Stolz auf das Geschaffene auf den Gesichtern zu lesen.

Ein älterer Patient, schizophreniekrank und seit vielen Jahren hospitalisiert, ein kauzig-verschrobener Eigenbrötler, blühte in seiner Kunstgruppe regelrecht auf. Er fuhr natürlich auch mit zur Eröffnung, und ich beobachtete ihn, wie er sich einem der anwesenden Journalisten zuwandte, ein Gespräch begann und zu meinem Entsetzen sogleich in ein Tonbandinterview verwickelt wurde. Ich trat dazu und machte lange Ohren. Was geschah? Der alte Herr machte seine Sache prima, und ich musste mich beschämt in die Reihe der Kleingläubigen einreihen.

Dass es sich bei derartigen Ansätzen keineswegs um Eintagsfliegen handeln muss, hat einige Zeit später ein weiteres Projekt, ich nenne hier Sabine Reiff und Andy Leutze, gezeigt, in dem Künstler mit Patienten aus Florenz und Hamburg gearbeitet haben. Die Ergebnisse dieser Arbeit aus Bildern, Skulpturen, Masken und Theater (einschließlich Bühnenbildnerie) wurden in Hamburg in einer Ausstellung gezeigt, die sich **Inselbegegnungen – kreative Wege zur Befreiung aus der Isolation** – nannte. Gerade in diesem Projekt wurden die multimedialen Möglichkeiten der künstlerischen Arbeit mit Kranken deutlich. Wobei für mich persönlich besonders eindrucksvoll belegt wurde, dass die einzelnen künstlerischen Medien einerseits bei den Patienten natürlich persönlichen Neigungen und Vorlieben folgen, dass aber auch eine erstaunliche Flexibilität zwischen den Künsten zu beobachten war, etwa im Wechsel zwischen Musik und Malerei, Musik und Bewegung, Darstellung und Sprache.

**Die Medizin, nicht nur die Psychiatrie, aus der ich eher zufällig meine Beispiele gezogen habe, weil ich Psychiater bin, wäre gut beraten, wenn sie sich auch in Zukunft der Künste als wirkungsvoller, therapeutischer Medien bedienen würde, und zwar nicht nur, um Krankheiten zu lindern oder**

**erträglicher zu machen, sondern auch, um Gesundheit zu fördern und Krankheit und Siechtum gar nicht erst entstehen zu lassen.**

Leider stehen die Zeichen für unsere Künste in der Medizin derzeit wenig günstig: Verkürzte Liegezeiten, beschnittene Rehabilitationsprogramme, knappe Ressourcen, schieben in der Krankenbehandlung alles, was man messen, wägen und abhaken kann, immer weiter in den Vordergrund und setzen die Künste auch in ihrer therapeutischen Wirksamkeit kurzerhand auf eine Stufe mit Zeitvertreib und Wellnessprogrammen.

Um so dankbarer muss man der Patriotischen Gesellschaft sein, dass sie sich dieses Themas nun schon zum wiederholten Male annimmt. Hoffentlich bleiben Sie bei der Stange!

Für dieses Symposium wünsche ich Ihnen viel Freude, gute Gespräche und Ermutigung für Ihre Arbeit.

Bildunterschriften zu den Abbildungen 1 – 4 von Seite 19

Abb. 1: 22jähriger Patient, Depression.

Thema: »Frau Holle«. – Der Patient sieht sich als Pechmarie, selbst schwarz unter dem schwarzbraun vergitterten Tor. Das Haus mit Frau Holle (Mutter) steht zerbrechlich im Hintergrund. Der Patient ist seinem Pech – der depressiv-negativierten Zukunftserwartung – hoffnungslos ausgeliefert.

Abb. 2: 31jähriger Patient, phobisch-depressives Syndrom.

Thema: »Mein Leben auf einer Bühne, welche Rolle möchte ich spielen?«. – Der Patient sieht sich ohne Arme, hilflos eingeschlossen und zu einer Säule erstarrt in einer leeren Welt (Bühne). Er traut sich keine Rolle zu, erlebt sich als hingestellt und verlassen ohne Zukunftsperspektive.

Abb. 3: 40jähriger Patient, depressive Entwicklung.

Thema: »Ein böser Traum«. – Der Patient stellt sich nur noch als Fragment dar (Nase und Auge), von ameisenähnlichen Insekten zerfressen, wie ein Kadaver.

Abb. 4: Tuschezeichnung einer depressiven jungen Frau, während einer tiefen Depressivität mit starker Selbstwertproblematik, massiven Zukunftsängsten und imperativen Suizidimpulsen entstanden.