



Karolina Sarbia

Bildwahrnehmung als kunsttherapeutische Praxis

Was es in der Kunsttherapie heißt ein/e Betrachter/in zu sein

Ob Künstler/in, Kunsttherapeut/in oder Patient/in, im Betrachten artikulieren sich spezifische Sichtweisen. Und doch ist nicht jeder, der sich Kunst ansieht, gleichzeitig ein/e Betrachter/in, behauptet Rauterberg (2011, S. 175). Für ihn ist ein/e Betrachter/in, wie das Wort andeutet, jemand, der nach etwas trachtet: der sucht, wünscht, verlangt. Und er/sie betrachtet durch seine/ihre Augen, mit seinen/ihren Empfindungen, seinen/ihren Wahrnehmungsmustern und gedanklichen Konzepten. Während bei der traditionellen Kunstbetrachtung die Frage nach der Bedeutung des Kunstwerks dominiert, liegt im Unterschied dazu der Fokus in der Kunsttherapie darauf, was das Kunstwerk bei uns Betrachtern/innen bewirkt. Schon Aristoteles stellte als ureigenste Aufgabe der Kunst ihre Wirkungsweise heraus. Er spricht ihr im Gegensatz zu Plato einen therapeutischen Wert zu. Sie ist nützlich in einem medizinischen Sinne, da sie gefährliche Emotionen zutage fördert und uns Betrachter/innen läutert (Aristoteles zitiert in Sontag 2009, S. 11). Manchmal kann die Frage nach der Bedeutung des Kunstwerks so übermächtig werden, dass die Kunst hinter ihr zu verschwinden droht, weil das Deuten wichtiger ist als das Sehen. Genauso in der Kunsttherapie: das Bild tritt hinter die Person zurück, hinter das Störungsbild, hinter die Krankheit. Oft werden Bilder interpretiert in der Hoffnung, darüber Zugang zum ‚wirklichen Material‘ zu finden, zu den verborgenen Inhalten der Psyche des Patienten, den ‚blinden Flecken‘.

Im Folgenden möchte ich anhand von zwei Gegenüberstellungen eines Kunstwerks mit einem Patientenbild zeigen, dass die Wahrnehmung als Instrument in der Kunsttherapie nutzbar werden könnte, wenn sie sich primär auf das im Bild sichtbar Dargestellte bezieht und nicht mit dem ‚Subtext‘ des Unsichtbaren operiert. *Begleitende Wahrnehmung* soll als potentielle kunsttherapeutische Arbeitsweise angedeutet werden. Es geht nicht darum, einen rezeptiven Ansatz darzustellen, sondern die eigenen Wahrnehmungsmechanismen im Zugriff auf Bilder zu untersuchen.





Abb. 1 Johann H. W. Tischbein, Der lange Schatten, um 1805



Abb. 2 Patientin, o. T., o. J.

Ein Krankheitsbild – zwei Sichtweisen am Beispiel Depression

Ausstellungsbesuch Nationalgalerie Berlin, „Melancholie. Genie und Wahnsinn in der Kunst“. In einem abseits gelegenen Kabinettraum hängt eine unspektakuläre Zeichnung, etwas größer als DIN A4, karge Gestaltungsmittel, spröde in der Darstellung, aber ungeheuer präzise in der Beschreibung eines Krankheitsbildes, das heute als Depression bekannt ist: „Der lange Schatten“ von 1805, gemalt von Johann Tischbein. Der Betrachter blickt in einen schmucklosen, rundherum geschlossenen halbdunklen Raum ohne Zugang. Am Kamin lehnt ein junger, in Gedanken versunkener Mann in einfacher Kleidung mit verschränkten Armen, der mit einer Hand den gebeugten Kopf im Gestus der Melancholie stützt. Ein Zugang zum Raum ist im Bild nicht existent. Das Kaminfeuer, die einzige Lichtquelle im Raum, dringt so weit in den Raum vor, dass der Schatten des Mannes sichtbar wird, der über den Boden, die gegenüberliegende Wand hinauf über die Decke zu seinem Ausgangspunkt zurückkehrt. Der Schatten, der seinen Ursprung und sein Ende in der Person hat, symbolisiert die Gedanken eines verzweifelten Menschen, der sich ohne Ausweg im Kreis dreht. Neben dem Schatten ist es vor allem die Raummetapher, die das dunkle und leere Seelenleben des Mannes darstellt. Sie besagt, dass ein Ausgang, ein Weg aus der Einsamkeit heraus, wenn überhaupt, dann auf der Seite des Betrachters liegen müsste. Dieses Bild schenkt dem/r Betrachter/in eine maßgebliche Rolle in der Bildwahrnehmung zu. Er/Sie wird zum/zur heimlichen Voyeur/in eines Geschehens, das normalerweise hinter verschlossenen Türen abläuft, und er/sie ist es, der/die in die Verantwortung genommen wird, seine/ihre Augen nicht zu verschließen (Abb. 1 und Abb. 2).





Ortswechsel. Psychosomatische Klinik, Gruppensitzung Kunsttherapie. Ein Bild in Pastellkreiden, schwarz-transparent, von den Maßen nur wenig größer als die Tischbein-Zeichnung. Eine Frau in Schulterpose mit langen Haaren steht mit dem Rücken zum Betrachter und mit Blick zu einer Tür. Durch den Türrahmen dringt strahlenförmig gelbes Licht von außen. Merkwürdigerweise ist die Tür jedoch nicht in schwarzer Farbe wie die noch verschlossene Türe auf der rechten Seite gemalt. Ist sie offen? – Dafür spräche das Licht. Oder ist sie verschlossen? – Dafür spräche die Türklinke. Es scheint jedenfalls ein heller Ausgang zu sein und eine strahlende Außenwelt erwartet sie jenseits der Tür. Die Raummetapher auf dem Bild der depressiven Patientin ist ähnlich zwingend wie die von Tischbein. Ein schmaler Gang mit rechts und links abgehenden Türen läuft perspektivisch auf eine frontale Tür zu. Auf welche Weise ist der/die Betrachter/in an der innerbildlichen Kommunikation beteiligt? Er/sie ist nicht der/die Akteur/in, wohl aber in der gleichen Betrachterposition wie diese/r. Er/Sie sieht mehr als die Frau im Bild, sieht den sich verengenden Raum und die Frau. Die dargestellte Frau hingegen sieht den/die Betrachter/in nicht. Von vielen Werken aus der Kunstgeschichte kennen wir diverse Figurationen des/der Betrachters/in im Bilde, sogenannte Identifikationsträger, die auf etwas blicken oder zeigen, um den Betrachterblick in dieselbe Richtung zu lenken. Caspar David Friedrich benutzte bei seinen Bildern immer auch Bildfiguren, die mit dem Rücken zum/zur Betrachter/in stehen, um seine/ihre Identifikation mit dem Anzuschauenden zu intensivieren (Kemp 1988). Ähnlich, doch sicher unbewusst, macht es die Patientin. Ferner sehen wir einen Bildausschnitt, der zentralperspektivisch organisiert ist, mit einem Fluchtpunkt in der Tiefe. Das heißt, wir werden als Betrachter/innen zum Bild hin situiert, sozusagen in Position gebracht, um einen einzigen Standpunkt einzunehmen, nämlich den der Akteurin. Aber weil wir hinter ihr stehen, sehen wir nicht nur wie sie selbst den Fluchtweg, der vielleicht den Weg aus der Krankheit symbolisiert, sondern wir haben auch die Akteurin selbst vor uns im Blick. Wir als betrachtende Therapeuten/innen werden von der Patientin ganz direkt aufgefordert, nicht nur ihre Sichtweise einzunehmen und nachzuempfinden, sondern sie auch als Akteurin in dem Raumkubus zu sehen, um den Weg, den sie zu gehen hat, sicher und gut begleiten zu können. So sagt es das Bild.

Kunstwerke als assoziationsauslösende Objekte

Das Betrachten von Originalen im Museum oder in Krankenzimmern findet im kunsttherapeutischen Zusammenhang sehr wohl, aber eher selten statt (Niederreiter 2005, S.30f.). Franzen bildet mit seinen Museumsbesuchen eine Ausnahme (Franzen 2001), obwohl es für Patienten/innen sehr ertragreich wäre – wie in dem oben dargestellten Beispiel – zu sehen, dass sich die Kultur, in der sie leben, schon viele Bilder von einem Krankheitsbild gemacht hat, von dem sie glauben, dass sie die Einzigen sind, die darunter leiden. Dennoch ist es in der klinischen Praxis nicht unüblich, Werke der bildenden Kunst in kunsttherapeutische Settings einzubeziehen. Das geschieht in der Regel mit Reproduktionen in Form von Farbkopien oder Kunstpostkarten. Meines Wissens gibt es in der Literatur keine systematische Erforschung über Einsatz und Zielsetzung von Kunstproduktionen im klinischen oder





ambulanten Setting. Obwohl Alter-Muri in ihrem Aufsatz „Kunsttherapie und ihre Beziehung zur Kunstgeschichte“ vorgibt, einen Überblick zu geben, sind ihre Darstellungen weniger systematisch als vielmehr erfahrungsorientiert und nicht validiert. Sie spricht sogar von einer kunstgeschichtlich orientierten Kunsttherapie als einem „wertvollen Behandlungsinstrument“ (Alter-Muri 2003, S.164), ohne es theoretisch zu begründen. Es sind empirische Erfahrungen von Kollegen/innen, die belegen, dass Abbildungen von Kunstwerken Klienten/innen inspirieren, größere Risiken einzugehen, um ihr bildnerisches Repertoire zu erweitern und damit versuchen, eingefahrene Gewohnheiten zu überwinden (Dannecker 2006, S. 107). Kunstwerke benutzt man demnach als stimulierendes Mittel in einem therapeutischen Prozess, der ins Stocken geraten ist. Das Einbeziehen von Kunstwerken unterliegt immer einer sorgfältigen Auswahl und muss immer dem/der einzelnen Patienten/in angepasst werden. Darauf legt Petzold im Rahmen seines integrativen Therapieansatzes großen Wert. Er benutzt eine Mappe mit inhaltlich bedeutsamen, affinen Kunstdrucken, um z. B. spezifische Familienproblematiken aufzudecken und im anschließenden Gespräch zu bearbeiten. Seine Methode ist konfliktzentriert ausgerichtet (Petzold 1999). Auch Franzen nutzt in Einzel- und Gruppentherapien mit psychisch kranken Patienten/innen die Kunst als ein Mittel, verbale Prozesse in Gang zu setzen und die Kommunikation miteinander anzuregen (Franzen 1997). Niederreiter orientiert sich bei ihrem Projekt mehr an theoretischen Überlegungen zum Wirklichkeitsverständnis in der Kunst, das psychotischen Patienten/innen, die an Realitätsverlust leiden, bei der notwendigen Neustrukturierung der verloren gegangenen Wirklichkeit Hilfestellung geben kann (Niederreiter 2005).

Dass Kunst Heilwirkung hat, ist insbesondere in außereuropäischen Kulturen unumstritten. In der europäischen Tradition ragt der Isenheimer Altar von Mathias Grünewald (1513-1515) als ein besonderes Kunstwerk heraus. Es wurde für kranke Menschen als ein Symbol für christliche Heilsversprechen gemalt, in dem Kraft, Trost und therapeutischer Beistand zu finden waren. Leuteritz war es, der an diesem Beispiel das erste Mal die therapeutische Relevanz von Kunst für die Kunsttherapie herausgearbeitet hat (Leuteritz 1996). In der Kunsttherapie und Psychologie wurden in den vergangenen 20 Jahren verschiedene Ansätze entwickelt, die über die Rezeption von Kunstwerken eine Freisetzung von heilenden Kräften intendierten. Pöppel hat die verschiedenen Methoden systematisch aufgelistet und in ihren Grundlagen untersucht (Pöppel 2006). Alle Theoretiker/innen der Kunsttherapie sind sich darüber einig, dass im Rezeptionsvorgang für den/die Betrachter/in etwas erfassbar wird, das er/sie andernorts nicht so erfahren würde. Der/die Betrachter/in wird von dem Künstler/der Künstlerin an Prozessen beteiligt, die nicht seine/ihre eigenen sind, wohl aber in der Auseinandersetzung eigene anregen können. Es werden kommunikative Prozesse angestoßen, seelische Resonanzen erkundet, Erkenntnisse gewonnen. Immer ist das Kunstwerk ein geeignetes Medium für Projektionsvorgänge. Und immer wird der/die Künstler/in zur Identifikationsfigur für kranke Menschen stilisiert. Bei Franzen ist er/sie der/die „exemplarisch Leidende“, wie Van Gogh oder Camille Claudel. Bei Leuteritz ist er/sie der „sensible Seismograph“ für seelische Prozesse, seiner/ihrer Zeit immer ein bisschen voraus wie Grünewald oder Beuys, befähigt, tiefe Empfindungen ästhetisch zu gestalten, mit denen sich der/die Betrachter/in identifizieren kann.





Festzuhalten ist, dass bei all den Ansätzen das spezifische Wahrnehmungsangebot, welches das Werk ausmacht und das es zu eruieren gilt, zu wenig beachtet wird. Auf den Bildern wird wenig gesehen und viel in sie hinein projiziert. Umgehend ist die Kunst bei Seite gelegt, und der/die Betrachter/in mit seiner/ihrer Biographie im Fokus. Wo ist der Raum, der entsteht, wenn Wahrnehmungsbemühungen in der Absicht ansetzen, etwas sehen zu wollen, das man nicht schon kennt, bevor man es angeschaut hat? Anhand der folgenden Gegenüberstellung werde ich aufzeigen, welche Strategie der Aneignung die Patientin in ihrer bildnerischen Reaktion auf ein Kunstwerk wählt. Eingesetzt wurde das Kunstwerk am Anfang der Stunde als assoziationsauslösendes Objekt. Im ersten Schritt ist es das Ausgangsmaterial, um psychische Prozesse in Gang zu setzen, im zweiten, weit wichtigeren Schritt ist es das Auseinandersetzungsmaterial, an dem die Wahrnehmung sich entzündet und geschärft werden kann.

Gegenüberstellung: Giacometti – Patientinnenbild

In einer klinischen Gruppensitzung wählte eine anorektische Patientin die Abbildung der Bronzefigur „Le chariot“ des Schweizer Künstlers Alberto Giacometti (1901-1966) aus dem Jahre 1950 (Abb. 3). Eine goldene Frauenfigur steht auf einem Plateau, getragen von einem großen einachsigen Wagen, der wiederum auf zwei Holzsockeln ruht. Wie bei allen Figuren von Giacometti ist das Auffälligste der langgestreckte, im Verschwinden begriffene Körper. Eine Leichtigkeit scheint die Figur zu durchdringen. Der eine Fuß ist vorgestellt. Schreitet sie? Verharrt sie? Man hat den Eindruck, als verkörpere die Skulptur die eingefrorene Momentaufnahme einer innegehaltenen Bewegung. Der Wagen ist schmucklos, reduziert auf eine podestartige Platte sowie zwei vierspeichige Räder. Eine einfache und durchsichtige Konstruktion. Die überdimensionierten Reifen sind ähnlich schmal wie die Silhouette der Figur. Wie die Figur scheint der Wagen zu schweben und tatsächlich hat er keinen Bodenkontakt. Vielmehr stehen seine Räder auf zwei Sockeln, die in ihrer Massivität mit dem Wagen kontrastieren. Aus dem Zusammenspiel von Figur und Wagen entsteht eine Konstellation, die im Zwischenraum von Ruhe einerseits und Bewegung andererseits angesiedelt ist. Man ist geneigt auf die Folge der Armbewegung zu warten, auf das Losrollen des Wagens. Wir erleben einen Balanceakt zwischen Ruhe und Anspannung. Es entsteht die Befürchtung, jede kleinste Bewegung könne den Zusammenbruch der Skulptur, den Fall vom Wagen bedeuten. Der Balanceakt ist perfekt, das Gleichgewicht zwischen Ruhe und Bewegung genau austariert.

Was hat die Patientin aus der Giacomettifigur gemacht? Die in grau gehaltene Abbildung (Abb. 4) hat die Patientin in eine Bleistiftzeichnung übersetzt. Aus der langgestreckten Körperform wurde eine von den Proportionen her menschenähnliche Figur, in Andeutung zarter Striche an Brust, Nabel und Scham eine weibliche nackte Figur, mit erhobenem Haupt, einem Kopf ohne Haare und Strichen für Augen, Ohren, Nase. Sind die Augen offen oder geschlossen? Können sie sehen? Sprechen jedenfalls kann die Frau nicht, denn der Mund fehlt. Das Markante an der Figur ist das ausgesparte Körperinnere. Dadurch bekommt sie etwas Scherenschnitthaftes. Offen





Abb. 3 Alberto Giacometti, Le chariot [„Der Wagen“], 1950

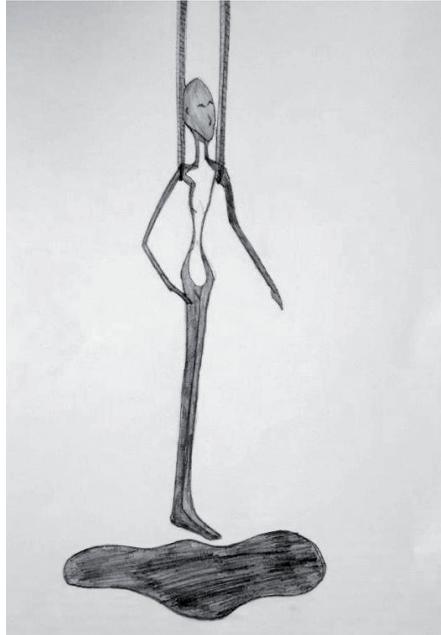


Abb. 4 Patientin, Reaktionsbild auf Giacometti, o. J.

ersichtlich wird die Auffassung vom Körper als Gegensatz zwischen innen und außen, zwischen innerer Leere und äußerer Hülle, zwischen Schwarz und Weiß. Während Giacomettis Figur mit dem „Streitwagen“ verschmolzen ist, hängt die federleicht wirkende Figur der Patientin wie eine Papierschablone frei schwebend in der Luft, ohne Bodenkontakt, knapp über einer kräftig gemalten schwarzen Wolke. Diese hat ziemliches Gewicht, ein Gewicht, das der Figur fehlt. Aufgehängt ist die Figur an zwei Seilen, so dick wie die Arme dünn, die vom oberen Blattrand unter den Achseln durchlaufen und die Figur halten. Tut diese Art der Aufhängung nicht weh? Sichtbar wird der Schmerz jedenfalls nicht. Spontan fallen dem/der Kunsttherapeuten/in viele Fragen und noch mehr Interventionen ein, um mit der Zeichnung bildnerisch weiter zu arbeiten: Wo sind die Seile befestigt? Was ist das für eine Konstruktion? Wer hält sie? Kann die Figur abgehängt werden? Könnte sie überhaupt stehen? Alleine? Was würde sie sagen, wenn sie sprechen könnte? Anders als bei Giacometti gibt es hier viele offene Fragen, die einer Antwort bedürfen.

Der pathologisch eingeschränkte Blick auf Giacometti

Nicht zufällig greift die essgestörte magersüchtige Patientin nach einer Figur, die sich in einem Schwebезustand und gleichzeitig auf der Kippe befindet. Wie magnetisch fühlen sich anorektische Patientinnen von Giacomettis Arbeiten angezogen. Doch anstatt nach den Gründen zu forschen, ist es entscheidender zu beobachten, was die Patientin aus der künstlerischen Arbeit macht. Das Gleichgewicht, um das der





Künstler intensiv und ausdauernd in all seinen Skulpturen immer wieder ringt, ist verschwunden. Mehr noch: Die Patientin hebt die Figur aus den Angeln. Obwohl sie das bestimmt nicht mit Bedacht tut, rekuriert sie auf etwas, das sie sicher nicht bewusst wahrgenommen hat: das Gleichgewicht. Während Giacometti der Figur die Fähigkeit gibt, die Balance zu halten, um gerade nicht zu kippen, verkehrt die Patientin diesen Balanceakt in sein Gegenteil. Giacometti arbeitet mit Gegensätzen, das unterläuft ihm nicht zufällig, ebenso wie auch die Patientin nicht zufällig die Bodenhaftung verliert. Der Verlust des Gleichgewichts hat sich im bildgebenden Medium nicht einfach eingeschlichen. Das lässt sich aus dem Akt der Umgestaltung ablesen. Dieser transformatorische Akt ist für das Krankheitsbild unglaublich treffsicher. Doch das positivierende Wahrnehmungsangebot, das ihr die Kunst hätte geben können, hat sie nicht gesehen. Stattdessen hat sie die Kunst adaptiert, um ihre kranke Sichtweise einer magersüchtigen Existenz auszudrücken. Therapeutisch gesehen hat die Kunst eine wichtige Aufgabe erfüllt, denn das Reaktionsbild liefert viel Material, um planvoll zu intervenieren. Insofern kann man diese Konfrontation mit Kunst als Initialzündung bezeichnen. Aber das, was die Kunst uns Betrachter/innen, ob gesund oder krank, zur Verfügung stellt, ist das Potential, das in der Wahrnehmung liegt: wie Gegensätze zueinander ins Verhältnis gesetzt werden, um miteinander zu harmonisieren; dass Fragilität und Masse genauso zusammen gehören wie Labilität und Stabilität. Allein diesen Aspekt an der Kunst wahrzunehmen wäre heilsam. Dass sich Patienten/innen in der Wahrnehmung einüben, um in der Kunst mehr zu sehen als die Krankheit, kann, so denke ich, mit einem therapeutischen Begleiter/einer therapeutischen Begleiterin geschult werden.

Das Wahrnehmen wird in der Kunsttherapie unterschätzt

Kunstwerke sind aufgrund ihrer Vielschichtigkeit in der Lage, eine reichhaltige Palette an Assoziationen und Reaktionen für Patienten/innen zur Verfügung zu stellen. Aus genau diesem Grund werden sie in der Kunsttherapie mit jeweils unterschiedlicher Zielsetzung eingesetzt. Statt sich auf das Werk zu konzentrieren und die Wahrnehmung in den Blick zu nehmen, wird allzu häufig der Mechanismus der Projektion ausgelöst und in das jeweilige psychotherapeutische Verfahren integriert. Aber Identifikation und Projektion als ein Weg, sich Kunst anzueignen, ist ein eingeschränkter, zumal sich in der Identifikation nach meiner Erfahrung, wie aufgezeigt, die pathologische Symptomatik eher artikuliert denn reduziert. An dieser Stelle könnte die Kunst mit ihrem spezialisierten Wahrnehmungsangebot ihr Werk beginnen. Der Kunsthistoriker Rauterberg zitiert den Architekten August Endell, der vor gut hundert Jahren schrieb: „Man muss es lernen zu sehen und sich in die Form zu vertiefen.“ Und weiter: „Das wunderbar Paradoxe an der ästhetischen Erfahrung: Sie zielt auf das Ungebildete, auf Affekte; und verlangt doch Einbildung, eine Schulung der Gefühle.“ (Endell zitiert in Rauterberg 2011, S.178) Sein Credo lautet, die eigenen Augen zu entdecken, und das heißt zunächst einmal den eigenen Augen zu trauen. Da beginnt meines Erachtens die kunsttherapeutische Arbeit. Um sich selbst und andere zu verstehen, braucht es das Wahrnehmen, und um das Wahrgenommene zu erschließen, braucht es das Nachdenken. Wahrnehmen heißt zu lernen, das für wahr zu nehmen, was da





ist und was mit den Augen zu sehen ist. Es ist mehr als genug, wenn nicht nur das Wahrzunehmende, sondern auch noch die eigene Wahrnehmung wahrgenommen wird. Das würde über eine Identifizierung weit hinaus gehen.

Konsequenz: Gegen Interpretation

Bzgl. der Betrachtung von Kunstwerken gibt es die These, dass hinter der Oberfläche des Bildes die eigentliche Bedeutung, die es zu erkennen gilt, verborgen liegt. Die Wahrnehmung dessen, was auf der Oberfläche eines Bildes oder einer Skulptur als Form im Raum zu sehen ist, wird zugunsten des dahinter oder darunter liegenden Inhalts vernachlässigt. Von dieser Vorstellung lassen sich nicht wenige Kunsttherapeuten/innen leiten und verführen. Das hat auch eine lange kunsthistorische Tradition, die insbesondere von Freud in seinen Schriften zur Traumdeutung aufgegriffen und dort maßgeblich weiterentwickelt wurde. Der manifeste Trauminhalt muss untersucht und beiseite geräumt werden, damit die wahre Bedeutung – der latente Inhalt – darunter sichtbar wird (Freud 1987, S.17f.). Mit anderen Worten: Man muss hinter die Oberfläche schauen, um den eigentlichen Inhalt zu verstehen.

Die amerikanische Kunstkritikerin Susan Sontag wendet sich in ihrem viel beachteten Essay „Gegen Interpretation“ gegen diese Art der Übersetzungsarbeit: „Die Interpretation im modernen Stil gräbt aus; und im Akt der Ausgrabung zerstört sie; sie gräbt sich ‚hinter‘ den Text, gleichsam um den Untertext freizulegen, der für sie der eigentliche Text ist.“ (Sontag 2009, S. 15) Interpretieren heißt ihr zufolge eine „Schattenwelt der Bedeutungen zu errichten“. (ebd., S.15) Der Grund dafür liegt ihrer Ansicht nach in der Überbetonung des Inhalts und der Vernachlässigung der Form. So auch in der Kunsttherapie: Gesucht wird nach der Bedeutung dessen, was man hinter dem Dargestellten zu finden glaubt, indem man versucht, je nach therapeutischem Verfahren, kunstvoll zu deuten. Um das Werk vermeintlich besser zu verstehen, wird der Inhalt hinter den Phänomenen gesucht, anstatt das Sichtbare zu betrachten. Dem Inhalt wird dabei die wesentliche, der Form nur beiläufige Bedeutung zuerkannt. „Wirkliche Kunst hat die Eigenschaft, uns nervös zu machen. Indem man das Kunstwerk auf seinen Inhalt reduziert und diesen dann interpretiert, zähmt man es.“ (ebd., S.16)

Aus der gleichen Richtung hört man es aus der Kunsttherapie tönen, wenn man Bettina Egger sprechen hört: „Wenn man Bilder erklärt, tötet man sie, egal ob die Erklärung von Therapeuten oder Patienten stammen. Die Erklärung oder Interpretation schafft Distanz zwischen dem Malenden und seinem Bild.“ (Egger 1991, S.10) Egger, die einen lösungsorientierten therapeutischen Ansatz vertritt, grenzt sich nicht nur deutlich von der analytischen, interpretativen Theorie der Kunsttherapie ab, sondern auch von der humanistischen, weil all jene Fachrichtungen von Bilddeutungen ausgehen. Ihrer Meinung nach werden Bilder im Dienste der Therapie missbraucht und zu Konzepten gemacht.





Konsequenz: Für Wahrnehmungsübungen

Ganz ohne Interpretation, so viel steht fest, kommt man weder in der Betrachtung von Kunstwerken noch von Patientenbildern aus. Die Frage jedoch ist: Wie viel Deutung ist nötig? Und wie viel ästhetischer Eigenwert ist möglich? Bei der Wahrnehmung von Kunst trügen nicht die Sinne, sondern das Urteil über sie und die Geschwindigkeit, mit der es gefällt wird. Diese These teile ich mit dem Kunstpsychologen Wolfgang Tunner (1999, S. 36), der zwischen den Kategorien *Wahrnehmen – Empfinden – Deuten* unterscheidet und dafür plädiert, das Vertrauen in die eigene Empfindung zu stärken, um ein ästhetisches Urteil treffen zu können. „Denn wer seinen Empfindungen misstraut, kann nicht die Hingabe erreichen, welche die Wahrnehmung benötigt, um ein Verständnis für die Kunst zu gewinnen. Empfindungen aber brauchen Zeit, um sich zu entfalten.“ (Tunner 1999, S. 38) Weiterhin mahnt er das diffizile Verhältnis von Empfindung und Deutung an. Da das Erkennen von Empfindungen immer mit Sprache verbunden ist, die mit ihren Regeln erheblichen Einfluss auf unsere Wahrnehmung nimmt, behauptet Tunner weiter, dass das Sehen nahezu immer mit einem Urteil verbunden ist, weil wir weniger eine Sprache der Empfindungen als eine der Beurteilungen sprechen. „Man sieht gewöhnlich, so widersprüchlich das auch sein mag, nicht anschaulich, sondern begrifflich“ (ebd., S.38), so dass das Spezifische an der Wahrnehmung von Kunst auf der Strecke bleibt, wenn das Wort schon eingreift, noch bevor die Empfindung Zeit hat, sich zu entfalten. Für eine Schule des Sehens ist es seiner Meinung nach von großer Bedeutung, das Sehen um der Empfindung willen vom Zwang der Worte zu befreien, um einen möglichst unbefangenen Blick zu entwickeln, der die Voraussetzung dafür ist, Erkenntnisse bildhaft zu gewinnen. Es handelt sich um eine Übung, das Sehen vom Deuten zu unterscheiden, denn oft schränkt eine Deutung die Wahrnehmung von vornherein ein. Es sind vor allem die affektiv getragenen Deutungen, die zu einem Teufelskreis der Bestätigung führen.

An einem Beispiel aus der Praxis möchte ich diese Unterscheidung verdeutlichen. Jemand sagt bei einer Werkbeschreibung: „Dieses Bild macht mich ängstlich und aggressiv. Es ist grauenhaft, was die Künstlerin da macht.“ Eine andere hingegen begegnet ihm mit Neugier und wachem Interesse und findet es „anregend“ und „nachahmenswert“. Die beiden geraten in eine Debatte, bis sie schließlich erkennen, dass es keinen Sinn hat, dem anderen etwas ausreden zu wollen oder ihn zu belehren. Daraufhin beschließen wir, den Wahrnehmungsvorgang direkt unter die Lupe zu nehmen. Dabei erkennen sie, dass vom Augenblick des ersten Eindrucks an verschiedene Sichtweisen vorhanden waren. Die eine sieht die Gefahr und das abzuwehrende Bild, die andere die Herausforderung und das Vorbild. Beide reagieren sie emotional. Aber für die Eine hatte die Reaktion die Bedeutung einer Bedrohung, für die Andere war sie attraktiv. Während die Eine ihre Aufmerksamkeit auf die Merkmale richtete, welche ihr Interesse bestätigten, suchte die Andere nach Beweisen für die Begründung ihrer ängstlichen und aggressiven Reaktion. Beide ordneten sie dem Kunstwerk Eigenschaften zu, die zwar ihren Eindrücken entsprechen, objektiv gesehen aber nicht nachweisbar sind. Dieses Dilemma ist nur dadurch zu beheben, dass man den Wahrnehmungsprozess intensiviert, indem man den subjektiven Ein-





druck an Merkmalen des Kunstwerkes zu begründen versucht und das Kunstwerk als Korrektiv für die eigene Wahrnehmung nutzt. In der Regel erkennen die Beteiligten dann relativ schnell, dass nicht das Kunstwerk die Eigenschaft „gefährlich“ oder „attraktiv“ besitzt, sondern man die Eigenschaft, die der eigenen Sichtweise entspringt, dem Kunstwerk zuschreibt. Die Beteiligten sind aber nicht nur gezwungen, sich mit ihren emotions- und konfliktgeladenen Inhalten auseinanderzusetzen, sondern ihre Empfindungen sind der Anlass für Wahrnehmungsübungen, die am Kunstwerk zu überprüfen sind. Die Kunst verlangt von ihren Betrachter/innen, noch einmal genauer und anders hinzuschauen, um die eigene Wahrnehmung gegebenenfalls zu korrigieren. Sie fordert dazu auf, mit der Wahrnehmung zu experimentieren und Interpretationsweisen zu hinterfragen.

Begleitende Wahrnehmung

Eine Lösung, um vorschneller Interpretation in der Kunsttherapie zu entgehen, könnte es sein, das Betrachten von Kunstwerken oder Patientenbildern selbst als therapeutischen Akt zu verstehen, so wie es in einigen rezeptiven Ansätzen auch der Fall ist. Der/Die Therapeut/in begleitet den/die Patienten/in in seiner/ihrer Wahrnehmung. Als *Begleitende Wahrnehmung* könnte man das bezeichnen, was Kunsttherapeuten/innen machen können, um die Kunsttherapie als Plattform zu entwickeln, auf der spezifische Wahrnehmungsleistungen einzuüben sind. Nicht das tätige Schaffen, sondern die Bildwahrnehmung stünde im Fokus des therapeutischen Gesprächs, das eine geraume Zeit in Anspruch nimmt, um vorzubeugen, dass die Kunst beim Betrachtungsvorgang nicht unmittelbar biographisch gelesen bzw. vereinnahmt wird. Eine genaue Werkbeschreibung müsste im Mittelpunkt stehen, die dazu dient, den Mechanismus der Projektion bei der Bildrezeption zu überwinden, um die wahrnehmungsspezifischen Vorgaben, die ein Kunstwerk macht, zu erfassen.

Anregung und Vorbild für diese Art von kunsttherapeutischen Werkbesprechungen sind die fesselnden Bildanalysen des Kunsthistorikers Max Imdahl (1925-1988), wie er sie uns in den protokollierten Bayer-Gesprächen (Imdahl 1982) hinterlassen hat. Mit Arbeitern und Angestellten des Bayerwerks in Leverkusen diskutierte er Werke der modernen Kunst. Seine intensiven Bildbesprechungen sind zielstrebig auf Erkenntnis als eine am Kunstwerk zu machende Erfahrung ausgerichtet, die die Augen für das Dargestellte öffnet. Am Ende sieht man als Betrachter/in ungleich mehr als am Anfang. Künstler/innen und andere kunstorientierte Kunsttherapeuten/innen sind, anders als Psychotherapeuten/innen, ausgebildete Wahrnehmungsexperten und verfügen über entsprechende Potentiale, um den Wahrnehmungsvorgang entsprechend zu gestalten.

Dem/Der Therapeuten/in kommt in diesem Fall keine neutrale, sondern im Gegenteil eine maßgeblich konstruktive Rolle beim Wahrnehmungsvorgang zu. Denn neben einer klaren Wahrnehmung für das Spezifische der Kunst, die ein differenziertes, beschreibendes und wenig deutendes Vokabular zur präzisen Erfassung der Formen einfordert, bedarf es gleichzeitig der Kenntnis therapeutischer Konzepte und spezifischer Krankheitsbilder, um die Patienten/innen auch in ihrer biographischen





Eigenart zu begleiten. Die Frage ist: Wie schaffe ich es als Therapeut/in, mit dem/der Patienten/in über bildnerische Arbeiten zu reflektieren, ohne in den naiven Zustand der Unschuld vor aller Theorie und Inhaltsleere zurückzufallen?

Literatur

- Alter-Muri, Simone [2003]. Kunsttherapie und ihre Beziehung zur Kunstgeschichte. In: Beyeler Museums AG (Hrsg.) [2009]. Alberto Giacometti [Ausstellungskatalog]. Riehen/Basel: Hatje Cantz.
- Clair, Jean (Hrsg.) [2006]. Melancholie. Genie und Wahnsinn in der Kunst [Ausstellungskatalog]. Ostfildern: Hatje Cantz.
- Dannecker, Karin [2006]. Psyche und Ästhetik. Die Transformationen der Kunsttherapie. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Egger, Bettina [1991]. Der gemalte Schrei. Bern: Zytglogge.
- Franzen, Georg [2001]. Das Kunstwerk als Erfahrungsraum: Assoziationen zum Merzbau. In: Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 12/2.
- Franzen, Georg [1997]. Rezeptive kunsttherapeutische Verfahren. In: Kruse, Otto (Hrsg.) [1997]. Kreativität als Ressource für Veränderung und Wachstum. Tübingen: DGVT.
- Freud, Sigmund [1987]. Über Träume und Traumdeutungen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Imdahl, Max (Hrsg.) [1982]. Arbeiter diskutieren moderne Kunst. Seminare im Bayerwerk Leverkusen. Berlin: Rembrandt.
- Kemp, Wolfgang [1988]. Kunstwerk und Betrachter: Der rezeptionsästhetische Ansatz. In: Belting, Hans u. a. (Hrsg.) [2003]. Kunstgeschichte. Eine Einführung. Berlin: Reimer.
- Laplanche, Jean/Pontalis, J.-B. (Hrsg.) [1994]. Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leuteritz, Albrecht [1996]. Rezeptive Kunsttherapie durch ästhetische Wahrnehmung. In: Zifreund, Walther (Hrsg.) [1996]. Therapien im Zusammenspiel der Künste. Tübingen: Attempo.
- Niederreiter, Lisa [2005]. Kunstbetrachtung mit psychoseerfahrenen Menschen. In: Kunst & Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien 2005/1. Köln: Claus Richter.
- Petzold, Hilarion [1999]. Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk. In: Kunst & Therapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis künstlerischer Therapieformen. 1999/2. Köln: Claus Richter.
- Pöppel, Sonja [2006]. Zur kompensatorischen Wirkung aktiver Werkbetrachtung im Kunstmuseum auf der Basis rezeptiver Kunsttherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Lehrstuhl Heilpädagogische Kunsterziehung/Kunsttherapie der Universität Köln.
- Rauterberg, Hanno [2011]. Und das ist Kunst?! Eine Qualitätsprüfung. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sontag, Susan [2009]. Gegen Interpretation. In: dies.: Kunst und Antikunst. Frankfurt am Main: Fischer.
- Tunmer, Wolfgang [1999]. Psychologie und Kunst. Vom Sehen zur sinnlichen Erkenntnis. Wien/New York: Springer.





Abbildungen

Abb. 1: Johann H. W. Tischbein, Der lange Schatten, um 1805, Aquarell, 36,7 x 23,4 cm.

Abb. 2: Patientin, o. T., o. J., Pastellkreiden, ca. 30 x 40 cm.

Abb. 3: Alberto Giacometti, Le chariot, 1950, Bronzeskulptur auf Holzsockeln, 167 x 69 x 69 cm, ADAGP, Paris 2015.

Abb. 4: Patientin, Reaktionsbild auf Giacometti, o. J., Bleistiftzeichnung, ca. 30 x 40 cm.

