

Handbuch Künstlerischer Therapien

Mona Behfeld
Peter Sinapius

Kritik und Philosophie der therapeutischen Praxis

13 Diskurse



Mona Behfeld/Peter Sinapius

Handbuch Künstlerischer Therapien

Kritik und Philosophie der therapeutischen
Praxis

13 Diskurse

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2021, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073
Göttingen

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen
EPUB-Produktion: Lumina Datametics, Griesheim

**Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | [www.vandenhoeck-ruprecht-
verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com)**

ISBN 978-3-647-99448-2

Inhalt

Teil 1

Kritik der therapeutischen Praxis
Diskurse 01- 06

- Diskurs 01 - Therapie
- Diskurs 02 - Motiv
- Diskurs 03 - Erblicken & Erblinden
- Diskurs 04 - Sprache
- Diskurs 05 - Krank oder Gesund
- Diskurs 06 - Design

Teil 2

Philosophie der therapeutischen Praxis
Diskurse 07-13

- Diskurs 07 - Kunst
- Diskurs 08 - Revolution
- Diskurs 09 - Meins & Deins
- Diskurs 10 - Scham
- Diskurs 11 - Gut & Schlecht
- Diskurs 12 - Reflexion
- Diskurs 13 - Bühne
- Register

Teil 1

**Kritik der therapeutischen
Praxis**

Diskurse 01-06

Wenn wir uns mit der Praxis der Künstlerischen Therapien beschäftigen, stoßen wir auf eine Reihe in der Regel unhinterfragter Prämissen darüber, was Therapie ist und was eine therapeutische Praxis auszeichnet. Dazu gehört vor allem die Annahme, eine Therapie diene der Heilung von physischen und psychischen Krankheiten. Ihre Aufgabe sei es folglich, spezifisch auf Krankheitssymptome einzuwirken, und dazu könne sie auf ein Inventar von diagnostischen und therapeutischen Methoden zurückgreifen. Dabei sei sie in der Lage, Krankheitsphänomene und therapeutische Themen sprachlich abzubilden (vgl. z. B. Laireiter, 2001).

Wir werden uns in den folgenden sechs Diskursen mit diesen Prämissen kritisch auseinandersetzen, indem wir fragen: Ist vor dem Hintergrund handlungstheoretischer Überlegungen eine kausale Verknüpfung von Therapieziel und therapeutischer Intervention möglich (Diskurs 02: Motiv)? Was ist einem diagnostischen Blick überhaupt zugänglich und wie verändert der Blick seinen Gegenstand (Diskurs 03: Erblicken & Erblinden)? Wie funktioniert Sprache in der Therapie und welchen Einfluss hat sie auf das therapeutische Geschehen (Diskurs 04: Sprache)? Welche Rolle spielen Selbsterfahrungspraktiken in der Therapie und mit welchem Verständnis von Gesundheit und Krankheit gehen sie einher (Diskurs 05: Krank oder Gesund)? Und vor allem: Wie verhalten sich künstlerische Praktiken zu therapeutischen Praktiken und wie lässt sich ihr Zusammenhang begründen (Diskurs 06: Design)?

Bevor wir uns mit diesen Fragestellungen in den folgenden Diskursen beschäftigen, wollen wir die erkenntnistheoretischen Perspektiven explizit machen, die ihnen zugrunde liegen (Diskurs 01: Therapie).

Diskurs 01

Therapie

Die Ökonomisierung therapeutischer Praktiken // Die Psychotherapeuten James Hillman und Michael Ventura veröffentlichten 1992 ein Buch mit dem aussagekräftigen Titel: »We've Had a Hundred Years of Psychotherapy - And the World's Getting Worse« (1992). In diesem Buch stellten sie fest, dass die Psychotherapie infolge des ausschließlichen und eingeschränkten Blicks auf innerseelische Phänomene den Blick auf die Welt verloren hat: »Indem sie die Seele aus der Welt herausnimmt und nicht erkennt, dass die Seele auch in der Welt ist, kann die Psychotherapie nicht mehr funktionieren« (Hillman u. Ventura 1999, S. 13). Und dann schreibt Michael Ventura in einem Brief, den er an James Hillman richtet und der in diesem Buch abgedruckt ist: »Seltsam kommt mir nur vor, dass die Heiler bei ihrer Suche [nach einer Alternative für das Wort Patient*in; Anm. d. Verf.] sich zielstrebig des Wortschatzes der Kaufleute bedienen [nämlich das Wort Klient*in; Anm. d. Verf.]. Ich habe in meinem Merriam-Webster unter dem Stichwort Klient nachgeschlagen und ich glaube, den Schlüssel gefunden zu haben. Die zweite Definition lautet: Jemand, der die beruflichen Dienste eines anderen in Anspruch nimmt; auch Kunde. Aber nun höre die erste Definition: Abhängiger« (S. 121). Ventura bezieht die letzte Definition auf die beiderseitige Abhängigkeit zwischen Therapeut*in und Patient*in: Die Therapeut*innen, die von den Klient*innen finanziell abhängig sind, weil sie Geld für ihre Leistungen verlangen, und die Patient*innen, die mit der Erwartung auf Hilfe in die Therapie kommen und in gewisser Weise psychisch und emotional von dem abhängig sind, was sie in der Therapie an Hilfe erhalten. Betrachtet man dieses Verhältnis genauer, gelangt das Ärzte*innen-Patient*innen-Verhältnis in einen begrifflichen Zusammenhang, der aus der Ökonomie stammt und der die ganze therapeutische Praxis

zu erfassen und der Logik des Marktes zu unterwerfen imstande ist.

Tatsächlich werden in unserer freien Marktwirtschaft therapeutische Angebote wie Waren behandelt (vgl. Maio, 2011a). Im Alltag betrifft der Begriff Ware Konsumgüter, die ver- und gebraucht werden. Therapie wird, wenn sie gebraucht wird, als Dienst an Kunden – den Patient*innen oder Klient*innen –, also als eine Art Kundendienst, verstanden (vgl. Maio, 2011b) und nach ökonomischen Kategorien bewertet. Dazu zählen auch Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung (vgl. z. B. Laireiter, 1995). Auf eine Ware haben Kunden einen gesetzlichen Gewährleistungsanspruch, also einen Anspruch darauf, dass eine Ware frei von Sach- und Rechtsmängeln ist (BGB, § 433, Absatz 1). Therapien werden aus dieser Blickrichtung folgerichtig als Verfahren aufgefasst, die steuerbar, planbar und berechenbar sein müssen, um diesen (Rechts-)Anspruch zu erfüllen. Ihr Gegenstand sind Krankheiten, die als behandelbar gelten, wenn wirksame Therapien auf dem Markt sind. Therapien müssen also wirksam sein und ihre Evidenz unter Beweis stellen.

Dieses Denken, das nahezu das gesamte Gesundheitssystem erfasst hat, geht mit einem evidenzbasierten Forschungsparadigma in der Medizin einher, das im Gesundheitswesen als sogenannter Goldstandard bezeichnet wird. So gelten randomisierte kontrollierte Studien (RCT von randomized controlled trial) als das beste Verfahren, um zu eindeutigen Aussagen über die Wirksamkeit einer Therapie zu gelangen (vgl. z. B. Petrak et al., 1999). Dabei sind Faktoren wie Objektivität und Reproduzierbarkeit leitend, wie sie in der Pharmakologie gelten.

Mit der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung geht so auch die Medikalisierung sämtlicher Therapien einher (vgl. z. B. Schmeling-Kludas, 2008). Eine Therapie

gilt als Medikament, das störungsspezifisch und zielgerichtet auf ein Symptom einwirkt. Selbst Psychotherapien und Künstlerische Therapien sind davon nicht ausgenommen und erlangen nur eine Anerkennung im Gesundheitssystem, wenn sie in die Forschungsmaßstäbe einführen, die in diesem Sinne ökonomischen Ursprungs sind. Diese Maßstäbe werden aber den Psychotherapien und Künstlerischen Therapien nicht gerecht, da diese Therapien nicht störungsspezifisch und zielgerichtet funktionieren (vgl. Tüpker, 2017).

Sowohl in Amerika als auch in Deutschland gibt es seit mehr als 20 Jahren eine wissenschaftliche Kontroverse darüber, ob es vertretbar ist, Therapien, die individuelle Entwicklungsprozesse zu ihrem Gegenstand haben, an ökonomischen Maßstäben der Warenproduktion und wissenschaftlichen Paradigmen der Pharmakologie zu messen. Als prominente Beteiligte dieser Kontroverse, die sich gegen Medikalisierung und Ökonomisierung psychotherapeutischer Verfahren gewandt haben, gelten in Amerika Psychotherapeuten wie Seligman (vgl. 1997) oder Woolfolk (vgl. 1998). Statt Wirkfaktoren in störungsspezifischen Therapieverfahren (vgl. American Psychological Association, 2006) zu sehen, suchten sie nach allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie, die sie gerade von pharmakologischen Therapien unterscheidet. Diese allgemeinen Wirkfaktoren sahen sie vor allem in der therapeutischen Beziehung.

In Deutschland hat es im Rahmen der Anerkennung der Psychotherapieverfahren ähnliche Debatten gegeben (vgl. Kiene, 2001; Kriz, 1996; Tüpker, 2002), ohne allerdings die wissenschaftlichen Entscheidungsgrundlagen in diesem Verfahren wesentlich erschüttern zu können. Aber »es besteht eben kein Konsens dahingehend, was Effektivität von Therapie bedeutet – und mit einem Konsens ist auch nicht zu rechnen, weil die Heterogenität hinsichtlich der

Vorgehensweisen und Maße nur die Heterogenität der Menschenbilder, Lebensziele, Erfahrungen, subkulturellen Gewohnheiten und Vorlieben in der Bevölkerung widerspiegelt« (Kriz 2007, S. 48). Zudem stellen »neuere Psychotherapieforschungen [...] die Bedeutung spezifischer Wirkfaktoren in der Psychotherapie infrage und zeigen, dass es allgemeine, nicht methodenspezifische Faktoren sind, die über das Gelingen und Mislingen therapeutischer Prozesse entscheiden« (Tüpker, 2017, S. 21).

Die Medikalisierung kunsttherapeutischer Praktiken

// Im Zusammenhang mit der Kontroverse um die Medikalisierung der therapeutischen Praxis formulierte der Psychotherapeut Woolfolk: »Auch wenn ich als Verhaltenstherapeut tätig bin und die Wissenschaft für eine mustergültige Untersuchungsmethode halte, verstören mich die Bemühungen um eine ›Medikalisierung‹ der Psychotherapie, ihre Reduzierung auf ein nach der somatischen Medizin gestaltetes Heilverfahren. Nach Untersuchung der psychosozialen Funktionen der Psychotherapie, ihres Werte-affinen Charakters, ihrer Rolle in der westlichen Tradition der Selbstbetrachtung und ihres Zusammenhangs mit der praktischen Alltagsexistenz des Menschen bin ich der Ansicht, dass sich die Psychotherapie durch eine unausweichliche Dimension auszeichnet, eine, die sämtlichen Bemühungen, sie abzuschaffen, widersteht. Ich bin fest davon überzeugt, dass wissenschaftliche Denkweisen eine entscheidende und aussagekräftige Rolle im psychosozialen Gesundheitswesen spielen, betrachte die Wissenschaft jedoch nur als eine Dimension in der Konstellation sozialer Praktiken, die die Psychotherapie umfasst« (zit. nach Sulz, 2015, S. 61).

Wir gehen davon aus, dass sich die Prämissen, unter denen heute Künstlerische Therapeut*innen tätig sind, seit der Gründerzeit der Künstlerischen Therapien grundlegend geändert haben. Gegenüber einem medizinisch orientierten

Verständnis der Künstlerischen Therapien ist es inzwischen möglich, ihre Praxis in den Entwicklungen der Kunst der Postmoderne und den entsprechenden philosophischen Theorien zu verankern (vgl. [Teil 2](#) dieses Buches: Philosophie der therapeutischen Praxis). Die hiermit verbundenen Überlegungen sind in den letzten Jahren theoretisch ausgiebig erörtert worden und haben ihren Niederschlag in einer Fülle von wissenschaftlichen Darlegungen gefunden (vgl. z. B. Niederreiter et al., 2015; Sinapius, 2018). Der theoretisch geführte Diskurs blieb aber oft unverbunden neben einer künstlerisch-therapeutischen Praxis bestehen, die sich auf ein von Alltagstheorien geprägtes Kunst- und Therapieverständnis stützte, das sie als medizinisches Handwerk verstand. Eine solche fest in den Glaubenssätzen der Künstlerischen Therapien verankerte Alltagstheorie ist beispielsweise die Annahme, Bilder aus der Kunsttherapie seien »Ausdruck der Seele« und könnten eine heilende Wirkung entfalten, »wenn die emporgehobenen und gestalteten Inhalte auch mit dem verstehenden Bewußtsein aufgenommen werden« (Jacobi, 1997, S. 44). Im Mittelpunkt steht dabei ein Bildverständnis, das Bilder mit symbolischen Bedeutungen auflädt und sie zum Gegenstand einer spekulativen Ausdeutung macht. Es folgt einem Therapieverständnis, bei dem Bilder als Symptome für psychische Krankheiten gelesen werden, die sich analog zu körperlichen Krankheiten behandeln lassen.

Wenn von Kunsttherapie die Rede ist, werden zwei Begriffe in eine Verbindung miteinander gebracht, die vordergründig betrachtet nichts miteinander zu tun haben, weil sie unterschiedlichen Systemen entstammen: Auf der einen Seite steht der Begriff Kunst, der aus dem Kunstsystem stammt und sowohl das singuläre Kunstwerk als auch die Gesamtheit dessen, was Kunst ist, bezeichnen kann und dabei meist mit den klassischen künstlerischen

Disziplinen wie Bildender Kunst, Musik, Literatur oder Darstellender Kunst in Verbindung gebracht wird, den sogenannten Schönen Künsten. Auf der anderen Seite befindet sich der Begriff Therapie, der aus dem Gesundheitssystem stammt und für Verfahren steht, die auf die Behandlung und Heilung von körperlichen und seelischen Krankheiten zielen. Nun sind Kunsttherapeut*innen im Gesundheitssystem tätig und ihre künstlerische Praxis vollzieht sich nicht im Kunstsystem. Sie arbeiten also in einem kunstfernen Kontext mit dem Instrumentarium einer Künstler*in. Anders als Ärzte*innen arbeiten sie nicht mit genuin medizinisch-therapeutischen Mitteln im Sinne der naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Daraus folgt die Frage: Können sie mit künstlerischen Mitteln zur Behandlung oder gar Heilung von Krankheiten beitragen?

Vor dem Hintergrund der beiden zur Rede stehenden Begriffe Kunst und Therapie lässt sich diese Frage auf den ersten Blick nicht beantworten. Der Begriff Therapie betrifft - naturwissenschaftlich verstanden - die symptomatische Behandlung von Krankheiten. Der Begriff Kunst bezieht sich auf die Schönen Künste und die mit ihnen verbundenen klassischen künstlerischen Disziplinen. Zwischen den beiden Begriffen, die hier zur Diskussion stehen, ist vor diesem Hintergrund ohne Weiteres kein Zusammenhang sichtbar.

Es gibt allerdings Begriffsbildungen, die einen Zusammenhang zwischen Kunst und Therapie behaupten oder zumindest in den Horizont rücken, wie beispielsweise: Heilkunst (*ars medicina*) oder Lebenskunst (*ars vivendi*). Tatsächlich betrifft das Wort Kunst in beiden Begriffsbildungen nicht das, was man sich unter Kunst vorstellt, etwas wie die klassischen Schönen Künste. Der Begriff Heilkunst verbindet sich mit alten oder alternativen Formen der Heilbehandlung und berührt spirituelle und

ganzheitliche Zugänge zur Krankheit, die über die Behandlung der Krankheitssymptome hinausgehen. Erkenntnisgeschichtlich gründet er u. a. in der antiken griechischen Philosophie. Das Wort Lebenskunst adressiert das Vermögen, das eigene Leben erfolgreich zu gestalten. Es hat auch in der antiken griechischen Philosophie seinen Ursprung und findet in jüngeren philosophischen Konzepten eine Erneuerung (vgl. Schmid, 1998).

Wissenschaftsgeschichtlich wird damit neben einem naturwissenschaftlich begründeten Zugang zur Therapie eine weitere Strömung sichtbar, in deren Tradition die Medizin steht: die Philosophie und hier insbesondere die Ethik, die Anthropologie und die Ästhetik. Therapie findet aus dieser Blickrichtung ihre Begründung nicht in jenem Denken, das verbunden ist mit ökonomischen oder pharmakologischen Konzepten, das unserer Marktwirtschaft zugrunde liegt, sondern in einer anthropologisch-philosophischen Tradition, aus der heraus nicht die Krankheit, sondern das Leben in den Vordergrund rückt. Aus dieser Perspektive kann man Kunst als eine von mehreren Möglichkeiten auffassen, zu leben oder Dinge und Ereignisse, die unser Leben betreffen, wahrzunehmen und in sie einzugreifen. Aus einer philosophisch-anthropologischen Perspektive ergibt sich folglich dann ein Zusammenhang zwischen therapeutischen und künstlerischen Praktiken, wenn ihr Gegenstand und Material menschliche Lebensfragen sind, die mit künstlerischen Mitteln thematisch werden können.

»Irren ist menschlich« war der Titel eines Handbuchs für Psychiatrie, das in den 1980er Jahren einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Praxis ausgelöst hatte (vgl. Dörner u. Plog, 1978). Kern dieses Paradigmenwechsels war der Fokus auf die Beziehung zwischen Betroffenen und professionellen Helfer*innen, die Einbeziehung ihrer Eigenwahrnehmung und die

Hinwendung zu einer philosophisch-anthropologischen Perspektive auf psychische Erkrankungen: »Die Frage ›Was ist ein psychisch Kranker?‹ ist fast so allgemein wie die Frage ›Was ist ein Mensch?‹. Das weist darauf hin, dass Psychiatrie zwar auch zur Medizin, aber genauso zur philosophischen Anthropologie gehört, psychische Beeinträchtigungen zwar oft auch Krankheiten, aber immer mehr als Krankheit sind. Die Seele ist nicht in Analogie zu einem weiteren Körperorgan zu sehen« (S. 10).

Mit dem vorliegenden Handbuch machen wir uns diese Perspektive zu eigen. Wir sprechen über die Künstlerischen Therapien nicht aus einer medizinischen, sondern aus einer philosophisch-anthropologischen Perspektive. Aus dieser Blickrichtung werden auch Begriffe wie Selbstbestimmung und Autonomie als anthropologische und ethische Kriterien greifbar.

Stellvertretend für zahlreiche Berichte aus der Praxis der Psychotherapie, die die individuelle therapeutische Beziehung in den Vordergrund rücken, zitieren wir hier eine Passage des systemischen Psychiaters und Psychotherapeuten Fritz B. Simon: »Wer immer aufgrund seiner Rolle vor der Aufgabe steht, das Verhalten anderer Menschen oder soziale Prozesse zielgerichtet beeinflussen zu sollen (also Eltern, Lehrer, Therapeuten, Berater, Manager, Politiker usw.), muß mit dem Widerspruch leben, die Verantwortung für das Verhalten von Systemen zu tragen, die ganz offensichtlich nur in sehr begrenztem Maße steuerbar sind.

Als Psychiater verfügte ich über eine beachtliche Menge an Machtmitteln: Ich konnte meine Patienten zwangsweise in eine geschlossene Anstalt einweisen, sie mit Lederriemen am Bett fixieren und ihnen gegen ihren Willen – unterstützt von großen, dicken Pflegern – Spritzen verabreichen (lassen). Mir waren, staatlich legitimiert, Gewaltmaßnahmen erlaubt, welche die körperliche

Integrität meiner Patienten verletzen. Allerdings konnte ich all die mit meiner institutionellen Rolle verbundene Macht nur dort einigermaßen zuverlässig nutzen, wo es darum ging, Patienten (vorübergehend) an unerwünschten Verhaltensweisen zu hindern: daß sie die Klinik verließen, mehr Geld ausgaben, als sie besaßen, sich oder andere verletzten usw. Kurz gesagt: Ich konnte sie daran hindern zu tun, was sie wollten. Ich konnte aber trotz all meiner Macht nicht in voraussagbarer Weise sicherstellen, daß sie taten, was ich wollte, und sich z. B. arbeits- und liebesfähig zeigten, froh, glücklich und erfolgreich wurden. [...] Es nützte mir recht wenig, Hypothesen über den vermeintlichen ›Gegenstand‹ meiner Erkenntnis, die Psyche meiner Patienten, erstellen zu können, was ich brauchte, waren Anleitungen für die alltägliche Kommunikation mit ihnen. Und die war offensichtlich nicht allein vom jeweiligen Patienten oder seiner Psyche bestimmt und auch nicht von mir oder meiner Psyche, nicht einmal von den Besonderheiten unserer Zweierbeziehung, sondern vom kulturellen, gesellschaftlichen, institutionellen und organisatorischen Rahmen unseres Zusammentreffens. Was ich für mein Alltagshandeln brauchte, war eine Theorie, in der ich selbst vorkam und die mir erklärte, welche Folgen meine eigenen Handlungen für mich selbst hatten« (Simon, 2014, S. 9).

Die Pathologisierung künstlerisch-therapeutischer Praktiken // Wenn es um die Begründung der künstlerisch-therapeutischen Praxis geht, wird häufig aus einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Perspektive argumentiert oder es werden Begriffe gewählt, die aus der Medizin stammen, wie beispielsweise Diagnostik, Indikation oder Intervention. Damit werden Vorgehensweisen für die künstlerische Praxis reklamiert, die zu ihr in einem grundsätzlichen Widerspruch stehen. Dazu gehört vor allen Dingen das Paradigma, dass eine

Therapie dem Dreischritt Diagnostik, Indikation und Intervention folgt und damit grundsätzlich ein methodisch gesichertes Vorgehen ist. Der Stellenwert einer Therapie leitet sich so aus statistischen Nachweisen ab, bestenfalls in Gestalt von randomisierten, prospektiven, placebokontrollierten Doppelblindstudien.

Die im Gesundheitssystem herrschenden wissenschaftlichen Standards, die einer ökonomischen und pharmakologischen Perspektive folgen, sind aber für die künstlerisch-therapeutische Praxis ungeeignet und ihrem Gegenstand, der Kunst, nicht angemessen. Sie zielen vielmehr auf sozial- oder kassenrechtliche Bedingungen der Anerkennung therapeutischer Verfahren und orientieren sich an Standards wie Objektivität oder Reproduzierbarkeit, die für individuelle Prozesse nicht gelten können (vgl. Duncker, 2007; Tüpker, 2011).

Naturwissenschaftlich begründete Therapien gehen davon aus, dass ein therapeutischer Verlauf seinen Ausgangspunkt in einer Art Bestandsaufnahme hat: das anamnestische und diagnostische Erfassen einer Krankheit, die Klärung des Anliegens der Patient*innen und die daraus von Therapeut*innen abgeleitete Indikation, aus der sich das spezifische Vorgehen in der Therapie ergibt. Dieses Vorgehen setzt voraus, dass Krankheit als isoliertes Phänomen betrachtet werden kann, das sich von individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen trennen lässt. Es setzt voraus, dass sich eine Verbindung herstellen lässt zwischen der Diagnose oder dem spezifischen Anliegen und einem entsprechenden therapeutischen Verfahren. Es führt zu der Annahme, dass Wirkung und Ursache des therapeutischen Mittels in einen unmittelbaren und kausalen Zusammenhang gebracht werden können. Aus dieser Perspektive könnten künstlerische Praktiken als Verfahren zur Behandlung von Krankheiten verstanden werden.

In manchen Handbüchern zur Kunsttherapie finden sich Anleitungen, die einem Therapieverständnis folgen, das an der Behandlung von Symptomen orientiert ist (z. B. Baer, 2014; Rickert, 2009). Sie beinhalten Übungen zum Malen von Gefühlen, von Bäumen, von Häusern, von Tieren, von Selbst- und Körperbildern, Fantasie- und Körperreisen, von Wünschen, die sich in Rucksäcken befinden oder hineingepackt werden sollen. Diese Übungen sollen der Verarbeitung von Gefühlen oder biografischen Erfahrungen, der Mobilisierung von Ressourcen oder der Ausbildung von Kompetenzen dienen und so auf die Krankheitssymptome Einfluss nehmen. Die Verknüpfung von Krankheitssymptomen und künstlerischen Praktiken ist grundsätzlich problematisch, wie wir im Folgenden zeigen wollen.

Wenn man eine Künstlerische Therapie als störungsspezifisches Verfahren betrachtet, müssten die künstlerischen Medien die Eigenschaft haben, die Störung in Erscheinung zu bringen oder in spezifischer Weise auf sie einzuwirken. Die mit dieser Vorstellung verbundene Logik, nach der eine ganze Reihe von künstlerisch-therapeutischen Herangehensweisen verfahren, beruht auf Kurzschlüssen.

Eine besondere Konjunktur haben neurowissenschaftliche Begründungen künstlerisch-therapeutischer Verfahren, die den Geltungsbereich der Neurobiologie auf kunstphilosophische und geisteswissenschaftliche Fragestellungen ausdehnen. Es werden Gehirnströme von Musiker*innen beim Zusammenspiel gemessen (vgl. Sänger et al., 2012) und erstaunliche Synchronisierungen festgestellt, es wird die Wirkung von Musik auf Patient*innen mit Depressionen, Parkinson oder Schlaganfällen untersucht und behauptet, dass die richtige Musik heilend wirken kann (vgl. Cheung et al., 2019), oder es wird über die erstaunliche Wirkung

innerer Bilder auf unser Gehirn nachgedacht (vgl. Hüther, 2004). Produktive oder rezeptive künstlerische Verfahren werden so in einen direkten Zusammenhang mit körperlichen Reaktionen gebracht und daraus ihre therapeutische Wirkkraft abgeleitet. Der Hirnforscher Kölsch antwortet in einem Zeitungsinterview auf die Frage, welche Musik Menschen mit Depressionen hören: »Es reicht nicht, zu fragen, welche Musik jemand mag. Menschen, die an einer Depression leiden, hören oft traurig klingende Musik, weil sie sich dann verstanden fühlen. Das kann sie in einer Negativspirale weiter nach unten ziehen« (Kölsch, 2020).

Wenn Musik krank machen kann, ist es kein großer Schritt bis zu einer Pathologisierung künstlerischer Praktiken. Es müssen nur noch die richtigen Bilder gemalt und die richtige Musik gehört werden, damit sie ihre therapeutische Wirksamkeit entfalten können. Umgekehrt lassen sich dann künstlerische Darstellungen als Symptome physischer und psychischer Erkrankungen lesen und damit einem deterministischen Denken unterwerfen, das selbst die künstlerische Praxis in biologischen und physikalischen Vorgängen verankert. So wie eine falsche Musik krank machen kann, kann sie auch als Disposition oder gar Symptom für bestimmte Krankheiten gelesen werden.

Es gibt weder wissenschaftliche Hinweise darauf, dass künstlerische Darstellungen mit bestimmten Krankheiten in Verbindung stehen, noch, dass sie seelische oder körperliche Zustände gezielt beeinflussen können (vgl. Martius, 2017). Es ist darüber hinaus ethisch bedenklich, künstlerische Äußerungen als Ausdruck von Krankheit oder gar als krank anzusehen und sie damit an ein medizinisch-naturwissenschaftliches Denken anzuschließen, das in einem ganz anderen Gegenstandsbereich seine Berechtigung hat. Es ist problematisch, künstlerische Äußerungen als Material für die medizinische Diagnostik zu

verwenden und sie damit zu pathologisieren. Es ist dann nur noch eine Frage der Wortwahl, wann bestimmte künstlerische Ausdrucksweisen als entartet gelten oder »auf den Müll oder bestenfalls in den Keller oder auf den Dachboden unserer Seinsbehausung« (Cheng 2019, S. 72) gehören.

In den folgenden Diskursen wollen wir daher aus einer philosophischen und soziologischen Perspektive einen kritischen Blick auf die therapeutische Praxis richten und die Schnittstelle zwischen Kunst und Therapie in den Blick nehmen.

Literatur

- American Psychological Association (Hg.) (2006): Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence Based Practice. Washington: Author.
- Baer, U. (2014): Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder: Kunst- und Gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle. Berlin: Semnos.
- Cheng, F. (2019): Über die Schönheit der Seele. Sieben Briefe an eine wiedergefundene Freundin. München: C. H. Beck.
- Cheung, V., Harrison, P., Meyer, L., Pearce M., Haynes, J.-D., Koelsch, S. (2019): Uncertainty and Surprise Jointly Predict Musical Pleasure and Amygdala, Hippocampus, [and Auditory Cortex Activity](https://doi.org/10.1016/j.cub.2019.09.067). In: Current Biology 29 (23), S. 4084-4092. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2019.09.067> (Zugriff am 03.03.2021).
- Dörner, K.; Plog, U. (1978): Irren ist menschlich. Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.
- Hillman, J. E.; Ventura, M. J. (1992): We've Had a Hundred Years of Psychotherapy - And the World's Getting Worse. San Francisco: HarperOne.
- Hillman, J. E.; Ventura, M. J. (1999): Hundert Jahre Psychotherapie, und der Welt geht's immer schlechter. Zürich, Düsseldorf: Walter.
- Hüther, G. (2004): Die Macht der inneren Bilder - Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacobi, J. (1997): Vom Bilderreich der Seele. Olten: Walter.
- Kiene, H. (2001): Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kölsch, S. (2020): »Musik beeinflusst den Körper auf vielfache Weise«. Interview. In: Die Zeit 33, 06.08.2020, S. 29.
- Kriz, J. (1996): Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch, R. et al.: Psychotherapie als Wissenschaft - Fragen der Ethik (= Serie Psychotherapie, Bd. 5, hg. v. G. Sonneck). Wien: Facultas, S. 15-160.

- Kriz, J. (2007): Perspektiven zur "Wissenschaftlichkeit" von Psychotherapie. In: Hermer, Matthias (Hrsg): Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. Tübingen: DGVT-Verlag, 2000, 43-66.
- Laireiter, A.-R. (1995): Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie. In: Psychotherapie Forum 3 (4), S. 175-185.
- Laireiter, A.-R. (2001): Diagnostik in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 46 (2), S. 90-101.
- Maio, G. (2011a): Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Mit 39 kommentierten Patientengeschichten. Stuttgart: Schattauer.
- Maio, G. (2011b): Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 2, S. 132-138.
- Martius, P. (2017): Gibt es eine medizinische Indikation zur Kunsttherapie? In: Sprei F. v.; Martius, P.; Steger F. (Hg.): KunstTherapie. Wirkung - Handwerk - Praxis. Stuttgart: Schattauer, S. 572-573.
- Niederreiter, L.; Majer, H.; Staroszynski, T. (Hg.) (2015): Kunstbasierte Zugänge zur Kunsttherapie - Potentiale der Bildenden Kunst für die kunsttherapeutische Theorie und Praxis. München: kopaed.
- Petrak, F., Hardt, J., Nickel, R., Tiber Egle, U. (1999): Checkliste zur Bewertung der wissenschaftlichen Qualität kontrollierter psychotherapeutischer Interventionsstudien (CPI). In: Psychotherapeut 44, S. 390-393.
- Rickert, R. (2009): Lehrbuch der Kunst-Therapie. Ahlerstedt: Param Verlag.
- Sänger, J.; Müller, V.; Lindenberger, U. (2012): Intra- and Interbrain Synchronization and Network Properties when Playing Guitar in Duets. In: Frontiers in Human Neuroscience 6:312. DOI: 10.3389/fnhum.2012.00312
- Schmeling-Kludas, C. (2008): Gesellschaftliche Einflüsse auf die Wirklichkeitskonstruktionen von psychisch erkrankten Patienten und Psychotherapeuten. In: Psychotherapeut 53 (5), S. 349-359.
- Schmid, W. (1998): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Seligman, M. P. (1997): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie. In: Integrative Therapie 22 (4), S. 264-288.
- Simon, F. B. (2014): Die Kunst, nicht zu lernen. Heidelberg: Carl-Auer.
- Tüpker, R. (2002): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In: Petersen, P. (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart: Mayer. S. 95-109.
- Sinapius, P. (Hg.) (2018): Intermedialität und Performativität in den Künstlerischen Therapien. Hamburg, Potsdam, Berlin: HPB University Press.
- Sulz, S. (2015): Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft oder: von der Wissenschaft zur Kunst. In: Psychotherapie-Wissenschaft 5 (1), S. 61-76.
- Tüpker, R. (2011): Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Petersen, P.; Gruber, H.; Tüpker, R. (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Wiesbaden: Reichert, S. 29-62.

- Tüpker, R. (2017): Das Unspezifische ist das Spezifische - Zur Erforschung der Besonderheiten Künstlerischer Therapien. In: Tüpker, R.; Gruber, H. (Hg.): Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien. Hamburg, Potsdam, Berlin: HPB University Press, S. 13-36.
- Woolfolk, R. L. (1998): The Cure of Souls. Science, Values, and Psychotherapy. San Francisco: Jossey-Bass.

Diskurs 02

Motiv