

Renate Limberg

Salutogenese in der Kunsttherapie:

Gesundheitsförderung mit den Mitteln der Kunst

Die hier vorgestellte kunsttherapeutische Arbeitsweise geht von einem Therapieverständnis aus, das dem Salutogenese-Konzept Antonovskys nahe steht.

Dem pathogenetischen Paradigma, das auch heute noch Grundlage zahlreicher kunsttherapeutischer Konzepte ist, wird ein an Gesundheit orientiertes Modell gegenübergestellt, das die Frage nach den Faktoren und Strategien, die die Gesundheit erhalten bzw. wiederherstellen, in den Vordergrund rückt. Nicht die Beschäftigung mit der Problematik macht gesund, sondern die Konzentration auf die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Da diese Ressourcen dem Patienten nicht wie dem gesunden Menschen zur Verfügung stehen, sondern der Patient an seinen von seinen bisherigen Lebenserfahrungen geprägten Mustern (Schemata) des Handelns, Verhaltens und Erlebens festhalten muß, um ein relatives psychisches „Gleichgewicht“ aufrechtzuerhalten, bedarf es eines komplexen Systems aufeinander abgestimmter Entwicklungsschritte, die den individuellen Möglichkeiten des Patienten angepasst sein müssen.

Eine Problematik, die zur Therapiebedürftigkeit führt, ist immer eine emotionale Problematik. Es geht nicht um den Intellekt, der ein kognitives Problem nicht lösen kann, sondern es geht um Emotionen, die mit Hilfe unterschiedlicher Strategien in unterschiedlichen Variationen nicht reguliert, nicht zugelassen oder nicht eingegrenzt werden können, weil die damit verbundenen Lebenserfahrungen schmerzlicher waren, als der Mensch ertragen und verarbeiten konnte und kann. Es geht also immer um ein Ungleichgewicht zwischen Belastung und Bewältigungskraft, wobei allein die subjektive Bewertung entscheidend ist.

Die Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Problematik und Bewältigungskraft wird bei einem salutogenetischen Ansatz nicht durch die Beschäftigung mit den Störungsquellen, sondern durch Entwickeln von Bewältigungskraft, Selbstregulierungsfähigkeit, von Kohärenz erreicht, daher stehen auch medizinisch-psychologische Diagnosen nicht im Vordergrund.

Die neuere neurobiologische Forschung zeigt, dass der Neokortex, also die Hirnregion, die für Denken und Sprache zuständig ist, nur geringen Einfluss auf das „emotionale Gehirn“ hat und deshalb die Kategorien Einsicht, Erkennen, Verstehen den Therapieverlauf in geringerem Maße beeinflussen, als häufig angenommen wird.

Die emotionalen Zentren, das limbische System unmittelbar zu erreichen und eine emotionale Umstimmung zu bewirken, ist denn auch das vorrangige Ziel der hier vorgestellten Methode.

Der Umgang mit dem ästhetischen Ausdruckssystem ist nicht grundsätzlich therapeutisch wirksam. Die Wirkungen sind abhängig von der Art und Weise, wie das Medium genutzt wird. Wenn es der Auseinandersetzung mit der Problematik dient, dann ist die Gefahr einer erneuten Traumatisierung nicht auszuschließen. Selbst wenn dies durch das Eingreifen des Therapeuten verhindert werden kann, so werden dabei sicher nicht die Selbstregulierungsfähigkeiten des Patienten gestärkt.

Eine gegenständliche Arbeitsweise führt eher zu einer sprachnahen, kognitiven und problembezogenen Bearbeitung eines Motivs/Themas als ein gegenstandsfreies Arbeiten, bei dem die subjektiven Wirkungen von Farbe, Form und bildnerischen Ordnungen erfahrbar und vom Patienten selbst gesteuert werden können. Er kann sich als Urheber von Wirkungen erfahren, deren Richtung und Intensität er selbst beeinflussen kann.

Diesen Vorgang zu den eigenen Bedürfnissen in Beziehung zu setzen, als Patient selbst herauszufinden, was angenehm und wohltuend ist, was man braucht, um sich in einen Zustand zu versetzen, der mit den Gefühlen von Wohlbefinden, Geborgenheit, Schutz und Sicherheit verbunden ist – das ist ein therapeutischer Weg, der nur über eine dosierte Annäherung möglich ist, wenn die gegenwärtigen eingeschränkten, eben nicht flexiblen, aber dennoch unverzichtbaren, die Stabilität aufrechterhaltenden Schemata – einschließlich der Abwehr – respektiert werden sollen.

Dieser Respekt vor den eingeschränkten Möglichkeiten, die nicht als Mangel, sondern als eine dem Leben dienende Regulierungsleistung zu sehen sind, auch wenn sie uns wenig lebendig erscheinen, macht es notwendig, zwischen einer Therapie im engeren Sinne und einer Kreativitätsförderung zu unterscheiden. Einem gesunden Menschen ist einiges an psychischer Beweglichkeit abzuverlangen, er kann vieles als Herausforderung wahrnehmen, was einen therapiebedürftigen Menschen völlig überfordern kann. Wenn dann noch unter „Kreativität“ nur die kognitive Dimension im Sinne von „Ideen haben“ gemeint ist, dann nützt eine Steigerung dem Patienten in

bezug auf seine Problematik kaum etwas oder gar nichts, denn es fehlt dabei an Bedeutsamkeit für das eigene Leben. Auch wenn einem viele Verwendungszwecke für eine leere Nähgarnrolle einfallen – wie im Kreativitätstest von Guilford aus den 50iger Jahren gefordert – so hat das mit der Bewältigung einer Lebensproblematik nichts zu tun, denn wie oben schon gesagt: das eine sind die Kognitionen und das andere die Emotionen. Winnicott hat unter Kreativität eine Lebensenergie verstanden, die den Menschen anpassungsfähig auf Anforderungen, die das Leben stellt, reagieren lässt. Diese Auffassung gehört zu den Grundlagen dieses Konzeptes.

Die Annahme, man könne diesen eingeschränkten Bereich des Wahrnehmens und Erlebens einfach durch ein großes Angebot an Materialien und Themenstellungen erweitern, ist in der Kunsttherapie zwar weit verbreitet, aber trotzdem falsch, denn das Nichtzulassen, Nicht-offen-sein, Nicht-spielen-können mit den Möglichkeiten erfüllt die unverzichtbare Funktion der Selbststabilisierung, auch wenn sie nicht zu einer Lösung der Probleme führt.

Da das Therapieziel dennoch in einer anpassungsfähigeren, beweglicheren, lebendigeren, offeneren psychischen Organisation liegt, muss der therapeutische Prozess ein Entwicklungsprozess sein, in dem der Patient Erfahrungen in bezug auf sein Selbsterleben nachholt, die dazu führen, dass er seine Muster des Erlebens und Verarbeitens allmählich verändern und selbstschädigende „Not-Strategien“ aufgeben kann.

Unabhängig davon, in welcher Weise sich belastende oder traumatische Lebenserfahrungen manifestiert haben und in Erscheinung treten, das heißt um welche medizinisch-psychologische Diagnosen es sich auch handeln mag - es geht es bei den Erfahrungen, die nachgeholt werden müssen immer um die emotionalen Grundbedürfnisse des Menschen, die mit den Themen Zuwendung, Achtung, Wertschätzung, Versorgung, Geborgenheit ... zu tun haben.

Da wir davon ausgehen, dass es nicht der Therapeut sein kann und auch nicht sein sollte, der diese Bedürfnisse befriedigt und die Versorgung des Patienten übernimmt, muss die Art des Umgangs mit dem Medium dem Patienten die Möglichkeit bieten, einen sicheren Raum zu schaffen, in dem er es wagen kann, sich den eigenen Bedürfnissen zu nähern, ohne den Boden unter den Füßen zu verlieren.

Grundlage eines solchen Entwicklungsprozesses sind Sicherheit bietende Erfahrungen, denn ein Mensch kann nur auf der Basis von Stabilität und Halt wagen, dysfunktionale Strategien aufzugeben.

Entscheidend bei einer solchen Annäherung ist also immer der Aspekt der Selbstversorgung, nur sie führt zu Selbstbestimmung und Autonomie.

Die Wahrnehmung – nicht als visuelle, sondern als sinnliche Wahrnehmung verstanden - ist die zentrale Kategorie bei der Frage, wie ein Prozess der Veränderung im Sinne der Salutogenese ermöglicht werden kann. Die bildnerische Ordnung mit ihrer unbegrenzten Zahl möglicher struktureller Varianten bietet den Raum, in dem neue Erfahrungen zugelassen werden können. Die Bedeutung für den Patienten liegt in der Beziehung zwischen bildnerischer und psychischer Ordnung, denn es geht in beiden Systemen um die gleichen Ordnungskategorien, es geht um Rhythmus, Gleichgewicht, Spannung, Harmonie, Dynamik, Gegensatz, Komplementarität, Bewegung etc. Der Patient lernt bei dieser kunsttherapeutischen Arbeitsweise, seine Wahrnehmung schrittweise immer stärker zu differenzieren und sich dabei immer mehr den eigenen Bedürfnissen anzunähern. Dies ist gerade deshalb möglich, weil sich der Patient in einem problemfernen, scheinbar „neutralen“ Bereich aufhält, in dem er sich nicht bedroht fühlt. Die Notfallstrategien müssen nicht aktiviert werden, da der Patient am Anfang nicht notwendigerweise einen Bezug zu seinem Leben, zu seinen Verarbeitungsmustern erkennen muss, er „ahnt“ zwar einen möglichen Zusammenhang, aber er ist es selbst, der die jeweilige Dosis bei der Frage nach Qualitäten und Quantitäten bestimmt und damit seiner Bewältigungsfähigkeit anpasst.

Die Fähigkeit des Menschen, mit Hilfe äußerer Objekte seine Gefühle zu regulieren, ist bereits im Säuglingsalter vorhanden, wie Winnicott in seiner Beschreibung von „Übergangsobjekten“ eindrucksvoll gezeigt hat. Ein Übergangsobjekt (z. B. Kuscheltier) kann einen Säugling über die Abwesenheit der Mutter hinweg trösten, weil es die Wärme und Schutz gebenden Eigenschaften der Mutter verkörpert (symbolisiert). Es stellt also eine Verbindung zwischen der äußeren und inneren Realität des Menschen her – und zwar allein durch die Vorstellungskraft. Dem leblosen Objekt wird eine Bedeutung beigemessen, die es „von sich aus“ nicht hat – damit ist der erste Schritt zur Symbolbildung gemacht. Der Säugling macht dabei die Erfahrung, durch eigene Aktivität Einfluss auf seine Gefühle nehmen zu können, in dem er das Mittel zur Regulierung seines Befindens selber erschafft, indem er eine enge emotionale Beziehung eingeht zu einem Objekt seiner Wahl. Besonders faszinierend an diesem

Vorgang ist, dass der Säugling und später das Kind sein Übergangsobjekt nicht nur liebt, sondern sich von ihm geliebt fühlt.

Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie lassen keinen Zweifel daran, dass sich Entwicklung innerhalb von Beziehungserfahrungen auf der Basis von Bindungen vollzieht.

An diese Grundfähigkeit des Menschen, Bindungen aufzubauen, wird hier angeknüpft. Durch einen wiederholenden Umgang mit denjenigen farblichen und formalen Ordnungen, die eine positive emotionale Wirkung auf den Patienten haben, entsteht allmählich eine Beziehung, die - für den Außenstehenden schwer nachvollziehbar - von Zuneigung geprägt ist, von der sich der Patient gehalten fühlt. Es entsteht eine Beziehung, die nach und nach die Qualität einer engen verlässlichen Bindung annimmt.

Durch die Kombination von gleichbleibenden, invarianten, vertrauten, Kontinuität aufbauenden bildnerischen Elementen mit veränderbaren, varianten Anteilen, sind die Voraussetzungen für den Aufbau neuer Strukturen erfüllt. Um eine dauerhafte Wirkung zu erreichen, ist die wiederholte Aktivierung und Benutzung dieser Mechanismen notwendig, denn die Bildung neuer neuronaler Verschaltungen ist nutzungsabhängig.

Das wichtigste Organisationsprinzip für Entwicklung ist das Selbstempfinden. Dazu gehört die Erfahrung von Einflussnahme, Urheberschaft, Gestaltungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit, dazu gehören emotionale Sicherheit und eine wohlwollende, unterstützende versorgende Beziehung zu sich selbst, also Selbstbejahung, Selbstachtung, Selbstvertrauen. In der Therapie müssen korrigierende emotionale Erfahrungen dazu führen, dass der Patient sein „inneres Arbeitsmodell“ (Bowlby) von sich selbst, sein Selbstbild verändern kann.

Wie die einzelnen Schritte auf dem Weg dorthin konkret aussehen, wurde an Beispielen aus der kunsttherapeutischen Praxis gezeigt (mit Abbildungen und Patientenkommentaren).

Limberg, Renate: Kunsttherapie bei frühen Störungen. Strukturbildung und Identitätsentwicklung mit den Mitteln der Kunst. Aachen 1998

Limberg, Renate: Kunst und Kunsttherapie – Aspekte einer ambivalenten Beziehung.

In: Y. Bertolaso (Hrsg.): Die Künste in den künstlerische Therapien:
Selbstverständlichkeit oder Etikettenschwindel. Münster 2003
Veröffentlicht auch in: www.nnv.at (Materialien zur Kunsttherapie)

Dr. Renate Limberg, Dipl.-Päd., Kunsttherapeutin
INSTITUT FÜR KUNSTTHERAPEUTISCHE WEITERBILDUNG
Dechenweg 1, 40591 Düsseldorf
E-mail: renatelimberg@web.de