

Ein Studiengang Kunsttherapie an der Sigmund-Freud-Universität entsteht

Der Kunsttherapeut Karl-Heinz Menzen im Interview

Interviewer: Herr Menzen, in unserem Vorgespräch haben Sie gesagt, Sie hätten in den letzten 15 Jahren Erfahrungen mit Kunsttherapie an Neurologischen Kliniken gemacht. Können Sie davon berichten?

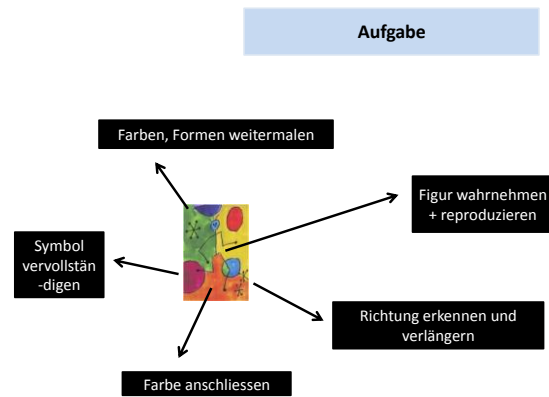
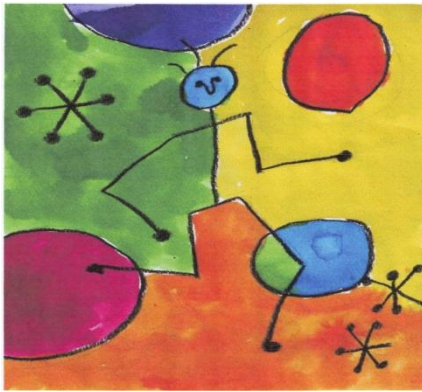
K.-H, Menzen:

Als wir zum erstenmal in der Station einer neurologischen Klinik unsere Erfahrungen mit dementiell erkrankten Menschen machen wollen, sind wir auf schöne bildnerische Produkte und klar strukturierte Projekte aus - bis wir begreifen, dass da Menschen vor uns sitzen, die mit malerischen, plastischen Aktionen nichts anfangen können, die aber eine interessante Lebensgeschichte und noch mehr uns interessierende Lebenserfahrungen mitbringen. Daran knüpfen wir an, nachdem wir unsere Aktionen selbstkritisch hinterfragt hatten. Heraus kommen Projekte, die sich an der Werkerfahrung der Männer, zuweilen an der hauswirtschaftlichen Erfahrung der Frauen orientieren.

Immer mehr fragen wir uns unter dem Druck der Kollegenschaft der Abteilung, ob wir nicht schöne Bilder produzieren sollten. Immer mehr wird uns bewusst, dass dem Orientierungs-, Sprach-, Bedeutungs- und Handlungszerfall der Betroffenen etwas nahekommt, was wir bei Menschen mit geistiger Behinderung schon erlebt haben und jetzt bei diesen Menschen mit mentaler Behinderung wieder erleben: Wir hatten erfahren, dass sich Menschen nicht mehr an Namen, Handlungen oder Orte erinnerten. Neurologisch gesehen handelte es sich um die Beschädigung von Verschaltungen der Nervenzell-Komplexe des Gehirns, die offenbar nicht mehr so verfügbar waren, dass die Betroffenen ihren Alltag ohne Schwierigkeit meistern konnten. Wir fragten uns damals, was ihnen die schönen Bilder helfen würden, wenn sie diese Bilder nicht mehr erkannten? Alle unsere Hoffnung auf schöne Produkte gerannen. Umso mehr sind wir jetzt geneigt, unsere ursprüngliche bildnerische Absicht wieder aufzunehmen, als uns ein Hinweis auf neuro-ästhetische Überlegungen, wie sie ein amerikanischer Neurologe anstellte, geradezu beflügelt.

Interviewer: Wenn ich Sie unterbrechen darf – können Sie mir eine der alltäglichen Szenen konkret schildern?

Da vor mir sitzt eine alte Dame, völlig hilflos, etwas nach links gelehnt, sie droht fast vom Stuhl zu fallen. Sie schaut mich flehentlich an. Ich gehe auf sie zu, reiche ihr meine Hand, sie schaut verwirrt auf diese Hand, dann fährt ihre rechte Hand ruckartig vor, schüttelt die meine. Ihre linke Hand scheint mühevoll den Arm links neben ihr auf dem Tisch zu halten, um nicht abzurutschen. Neben ihr sitzt ein Mann, der schon in die Jahre gekommen ist. Ihm scheint die Situation nicht recht geheuer. Am liebsten wäre er weit weg, spüre ich. Und links neben ihm eine ältere Frau, die vor sich hin stiert, auf irgendeinen unsichtbaren Fleck auf dem Papier, mit dem wir den Tisch drapiert haben. Ich lege ein Bild von Joan Miro vor jeden hin. Befestige es. Erzähle, was wir jetzt tun sollten:



Und mache das, was wir jetzt tun wollen, einfach vor: Einfach die Farben und Formen des Bildes ‚abkupfern‘, sage ich, nach rechts und links weitermalen. Ich brauche eigentlich nichts zu sagen. Sie um mich herum tun dies einfach, was sie da sehen. Und mit einiger Nachhilfe, einem Hinweis hier und da, kommt ein neuer grosse Miro heraus.



Die älteren Herrschaften haben etwas gelernt. Genau hinzusehen. Das was sie im Verlauf ihrer Demenzerkrankung verlernt haben, - sie üben es jetzt neu, trainieren das Hinschauen. Und genau das muss ja im Stadium der Demenz trainiert werden, weil das angemessene Wahrnehmen verloren geht.

Interviewer: Haben Sie ähnliche Erfahrungen auch in anderen Institutionen gemacht? Beispielsweise in der Heilpädagogischen Ambulanz, von der Sie mir in unserem Vorgespräch berichtet haben?

Ja, ich greife mal so eine Situation heraus: Als mir die Mutter zum ersten Mal von dem Kind erzählt, sie sitzt alleine vor mir, geht es ihr am meisten um die Inkontinenz, das Einnässen des Jungen. Sie will sich nicht mit diesem Einnässen abfinden. Und in diesem Zusammenhang erwähnt sie auch schamhaft - sie sucht nach Zusammenhängen für die Inkontinenz - seine übergroßen Hoden. - Erst jetzt werde ich, ihr gegenüber sitzend, hellwach; erst jetzt fällt mir eine Vorlesung ein, in der dies erwähnt wurde, aber ich kann die Beobachtung nicht einordnen. Und dann berichtet sie, wie sie gar nicht weiß, wie sie mit der unbändigen Aktivität

umzugehen soll. Sie hat, mit ihrem Mann dies diskutierend, zuweilen an eine autistisch Störung gedacht, da der Junge in seinem Bewegungsdrang kaum ihr zuhört, auf sie eingeht, Blickkontakt nimmt. Und dann erlebt sie ihn wieder eher ängstlich, zuweilen fast schon depressiv verstimmt, wenn er sich zurückzieht und immer wieder das Gleiche tut, und sie wieder denkt, dass es vielleicht doch autistisch sein könnte. Jedenfalls sitzt sie jetzt hier und hat große Erwartungen an den vermeintlichen Fachmann, der ich in diesem Fall überhaupt nicht bin. Ich werde nach dieser Stunde schlichtweg nachschlagen und gehäuft die meisten Symptome unter dem *Fragilen-X-Syndrom* finden.

Interviewer: Wenn ich Sie unterbrechen darf, können Sie das Syndrom etwas genauer beschreiben?

K.-H. Menzen:

Während ich in der nächsten Stunde den zwölfjährigen Jungen kennenlerne, die Erfahrung mache, dass er in unserer gut ausgestatteten heilpädagogischen Ambulanz kaum bei einer Sache bleibt, und ich dies mit dem vielleicht übergroßen Angebot an Stimulanzien, an Reizangeboten mir zu erklären suche - schon wieder eine meiner Fehleinschätzungen -, er tatsächlich überdreht, übererregt, ja hyperaktiv und wenig aufmerksam bei einer Sache, - während ich also trotz der einschlägig gelesenen Fachliteratur noch immer sozusagen schwimme, ich wohl vermerke, wie ungenau seine Lautbildung ist, wie schnell er dennoch zu sprechen sucht, ich auch mitbekomme, das haben wir hier in der Ambulanz gelernt, wie sein Gleichgewichtsverhalten nicht in Ordnung sein scheint, er in seinem visuomotorischen Verhalten, sprich: Seh-Greif-Verhalten ungenau ist, vielleicht auch, denke ich wieder, überfordert ist von den vielen Reizen, - während ich also beobachte, auch versuche mit ihm Spielzusammenhänge aufzubauen, beißt er sich unvermittelt in die Hände. Auch das hatte ich gelesen, die Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten, und jetzt erinnere ich mich, und während ich dies zum erstenmal protokolliere, wird es mir wieder klar.

Im Vorfeld der Arbeit mit dem oben geschilderten geistig und körperlich behinderten Jungen mit Fragilem-X-Syndrom haben wir uns – wir sitzen in einer Supervisionsrunde zusammen - nochmals vergegenwärtigt, wie beeinträchtigt die fein-, gleichgewichtskoordinative -, die visuo- und sprachmotorische, insgesamt: die Handlungs- Kompetenz des Jungen war. Und wir beschlossen, wie erwähnt, dass ein auf ihn zugeschnittenes Förderprogramm gerade jene sinnes- und körperhaften Kompetenzen zu beachten hätte. Also legten wir fest, dass die Fördersettings gegen seine Tendenz, auszubrechen und sich immer neuen Reizen zuzuwenden, geschlossene Handlungssequenzen anbieten und ihn, wenn lustvoll erlebt, animieren sollten, aus diesem Settings nicht auszubrechen. Das Vorhaben gelingt.

Interviewer: Ja, und wie werden die Erkenntnisse umgesetzt? Was hat dem Jungen zunächst einmal geholfen?

K.-H.Menzen:

Ich mache den Vorschlag, und ein Vogelhäuschen, fertig gestellt mit Holz, Hammer, Säge und Nägeln, entsteht.



Wird in dem Garten seiner Familie aufgehängt. Der Junge dafür allseits gelobt. Die Themen der folgenden Fördersequenzen fallen uns sozusagen in den Schoß: Der Junge ist ob seiner allseits gelobten handwerklichen Fertigkeiten so begeistert von der plastischen Arbeit, dass er anfängt, eine Figur aus Hasendraht zu formen. Wir wissen alle, wie schwer dies ist; aber es gelingt. Es ist eine weibliche Figur, die er, natürlich angeleitet, mit Pappmaché umformt. Es zieht sich über vier Sitzungen hin, bis sie da steht, schließlich angemalt wird. Ein langes blaues Kleid und eine Art gelber Weste kleiden sie; unverkennbar, wen sie repräsentiert: Die Studierende, die ihn angeleitet, berichtete berührt, wie er auf die Figur deutend das Wort "Mama" stammelt, - eher echolaliet, bemerkt sie. Und wir in der Supervision haben Grund genug, über das Körperbild des Jungen zu reden, über das, was er defizitär erfahren hat seit seiner Geburt.

Die Kunsttherapie entschliesst sich, das kommunikative Problem als wichtigstes anzugehen

Eine Figur entsteht

Es ist eine weibliche Figur, die er, natürlich angeleitet, mit Pappmaché umformt. Es zieht sich über zwei Sitzungen hin, bis sie da steht, schließlich angemalt wird. Ein langes blaues Kleid hat sie an und lange Haare umwuscheln ihre Kopf; unverkennbar, wen sie repräsentiert



... und dann spricht sie mit ihm

Interviewer: Ich habe noch nicht richtig verstanden, warum Sie so vorgegangen sind. Können Sie das noch einmal erläutern?

Ja, das sollte ich spezifizieren: Wir mussten uns tatsächlich zunächst noch einmal theoretisch vergewissern. In jenen Tagen haben wir noch einmal die Sätze von Karen und Mark Kaplan-Solms, den beiden Neuro-Psychoanalytikern gelesen: Das Ich beginne, hatten sie gesagt, an der Körperperipherie mit der ganzen Sinnlichkeit, mit der Sensorik, die die kodierte Information aus der Außenwelt an das Gehirn weiterleitet. Wie hat unser Junge, so haben wir damals gefragt, die Informationen aus der Außenwelt nur lernen können angesichts seiner Behinderung, seiner Ablehnung von körperlichem Kontakt? Die Zeilen der beiden Neuro-

Psychoanalytiker haben uns bestärkt, weiter an dem sich eröffnenden Körper-Projekt zu bleiben. Also haben wir weiter den Jungen darin unterstützt, Figuren zu bauen; haben nach der Fertigstellung der zweiten Figur einen Tisch versetzt auf den anderen und ein schwarzes Tuch auf den obersten gelegt, sodass ein kleines Theater entstand, in dem die beiden Figuren sich spielerisch begegneten. Es war eine Art Entdeckung von psychodramatischem Puppenspiel, das sich nunmehr entwickelte. Figuren, die sich begegneten, woraus sich Szenen entwickelten.



Sie haben ein kleines Theater gebaut und spielen jetzt mit der Figur

Und sie, die Kunsttherapie-Studierenden, mit ihm vor dem kleinen Theater sitzend, ihre Spieler, Protagonisten Mutter-Kind sozusagen an der Hand, diese miteinander reden lassend, - sie nahmen sich spielerisch nunmehr wahr, ein Erfolg angesichts seiner vielfältigen Kontakt-Zurückweisungen, die der Junge in seinem Leben erfahren hatte.

Interviewer: Ich habe gehört – deshalb auch unser Interview – dass an der SFU-Wien ein neuer wissenschaftlich fundierter Studiengang entsteht. Können Sie dazu etwas sagen?

An der SFU-Wien entsteht ein Studiengang, wo man ab Oktober 2013 solches, wie oben gezeigt, lernt. Die Kunsttherapie ist ein eigenständiges Therapieverfahren im sozial präventiven und rehabilitativen, im klinisch-psychologischen und im psychotherapeutischen Bereich. Das Verfahren sucht eine innerpsychische Erlebnisform in einem bildnerischen Medium, beispielsweise einem Bild, einer Plastik oder einer Grafik zu spiegeln und macht es möglich, methodisch interventorisch Erlebnis und soziale Ausdrucksformen anders, neu und umzuorientieren. Der Studiengang ist sehr kunstorientiert.

Der viersemestrige, akademisch zertifizierte und nach dem fünften Semester mit einem Master abschließende Universitätslehrgang für Kunsttherapie an der SFU-Wien ist berufs begleitend und adressiert an Sozialarbeiter, Sozial-, Sonder- und Heilpädagoginnen, Mitarbeiter in sozialpsychiatrischen Diensten, Lebens- und Sozialberater, an KünstlerInnen

und bildnerische Erzieher, aber auch an pflegerische und klinische Berufe, beispielsweise Animationskrankenschwestern und gerontopsychiatrische Berufe.

Der Studiengang will künstlerisch-therapeutisches Know-how in klinisch-rehabilitative Felder bringen, spricht also auch Ergo- und Arbeitstherapeutin an; versteht sich jedoch keinesfalls konkurrierend, eher komplementär und kooperierend mit den ergo- und psychotherapeutischen, auch sozialpsychiatrischen Berufen.

Da wo Lebensschicksale in Einbahnstraßen geraten sind, ist oft nur das Bild, das symptomatisch und symbolhaft wegweisend ist. Die SFU bietet den Lehrgang auf wissenschaftlicher Grundlage unter praxisorientierten Gesichtspunkten an, was hier heißt, die Hintergründe der gestörten bzw. stornierten Lebensmuster und -Bilder zu erarbeiten und diese bildnerisch-praktischen Methoden zugänglich zu machen. Neurobiologische, -genetische, psychosoziale und psychomotorische Grundlagen werden folglich im Studiengang erarbeitet, um in sozial- und heilpädagogischen, akut-, rehabilitativ- und ambulant-klinischen Berufsfeldern eingesetzt zu werden, d.h. zunächst in intensivem Behandlungszusammenhang unter Supervision erkundet zu werden.

Interviewer: Müssen die Studierenden nicht auch praktisch vorbereitet werden auf ihre zukünftige Aufgabe?

K.-H. Menzen:

Die Studierenden werden von Anfang her mit der klinisch-rehabilitativen Praxis in Kontakt gebracht. Und sie werden praxisnah in diesem Prozess supervidiert, d.h. begleitet. Gleichzeitig werden sie theoretisch in den Grundlagen der praxisanfälligen Probleme geschult. Gedacht ist also ein lückenloses Praxis-Supervisions-Theorie-Angebot, das praktisch, theoretisch und selbstreflexiv einführt.

Der Studiengang wird kontinuierlich begleitet von einer künstlerischen, material-ästhetisch-orientierten Atelierarbeit, die als fundamental in dem geschilderten Prozess betrachtet wird und sich durchaus als ein Handwerk versteht, das gelernt sein will.

Die Sigmund Freud PrivatUniversität erhofft sich von ihrem Angebot eine Intensivierung der künstlerisch, psychotherapeutisch und bildnerisch praktisch-orientierten Kunsttherapie in Österreich. Wer sich interessiert, kann seine Anfragen richten an:

Marie - Theres Haas, BSc.

kunsttherapie@sfu.ac.at

Interviewer: Herr Prof. Menzen, haben Sie Dank für das Gespräch.