

## ZUM THEMA

# „Erzählen Sie von Ihrem Bild“

Ein Interview mit Kunstpsychotherapeutin Dr. Gisela Schmeer zu ihrem 90. Geburtstag

*Dr. Gisela Schmeer ist Ärztin und arbeitet seit vielen Jahrzehnten als Kunstpsychotherapeutin, d.h. sie bezieht in die psychotherapeutischen Prozesse spontan gemalte Bilder der PatientInnen mit ein. Die Grande Dame der Kunsttherapie wurde am 25. April 90 Jahre alt. In ihrer langjährigen Berufspraxis hat sie viel erlebt: den Krieg und die Aufbaujahre danach genauso wie die revolutionären 1960er und 70er Jahre. Mit den MÄA sprach sie über die Vorzüge der Kunsttherapie und warum sie ihren Platz in der ambulanten Praxis finden sollte.*

*Frau Dr. Schmeer, was ist Kunsttherapie und wie sind Sie dazu gekommen?*

Die Bezeichnung „Kunsttherapie“ ist etwas irreführend, weil diese Therapieform mit dem, was man traditionell unter Kunst versteht, nicht so viel zu tun hat wie der Laie denkt. Ästhetische Paradigmen spielen eine Rolle, aber nicht die entscheidende. In Österreich heißt die ambulante Therapie „Mal- und Gestaltungstherapie“. In Deutschland hingegen hat sich sowohl für die klinische als auch für die ambulante Praxis die Berufsbezeichnung „Kunsttherapie“ eingebürgert.

In der Nazizeit war Psychotherapie grundsätzlich tabuisiert. Ein größeres Interesse für bildnerische Aussagen von Patienten kam erst im Zuge der New-Age-Bewegung auf. Plötzlich hat man gesehen: Es gibt nicht nur den verbalen Austausch, sondern man kann Strukturen und Muster von Problemen und vor allem von Ressourcen auch in Bildern erkennen. In dieser Zeit bin ich mit großem Enthusiasmus mit der Kunsttherapie in Kontakt gekommen und habe sie dann jahrzehntelang praktiziert und auch viel dazu veröffentlicht.

*Wie kamen Sie auf die Idee, diesen neuen Ansatz auszuprobieren?*

Zuerst und absolut überzeugend über die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern. Die Domäne der Kinderpsychotherapie ist das Spiel und das Malen.

Als mir später in der Erwachsenentherapie in meiner Rolle als Psychoanalytikerin Patienten einen Traum erzählten, machte ich mir natürlich – wie jeder Zuhörer – ein Bild. Und ich kann mich erinnern, dass ich eines Tages einen Patienten bat, mir die soeben erzählte Traumscene aufzumalen. Was der Patient ins Bild gebracht hatte war dann anders als das, was ich mir vorgestellt hatte. Auch die Auswahl, die er traf, überraschte mich. Deshalb



Dr. Gisela Schmeer (Foto: privat)

bin ich heute davon überzeugt, dass man ohne Bilder gar nicht tiefenpsychologisch arbeiten sollte. Auch nach jahrelanger Selbsterfahrung – der Psychotherapeut klebt immer an seinen eigenen inneren Bildern und Vorstellungen, und dabei geht unter Umständen etwas Wichtiges unter.

*Was war die Ursache, dass Sie die Traum-bilder Ihres Patienten missverstanden haben? Sie waren damals doch bereits eine erfahrene Psychotherapeutin?*

Ich war in guter Resonanz mit dem Patienten, hatte aber eben mein eigenes limitiertes Bildrepertoire und Vorstellungsvermögen. Die inneren Bilder und Traumbilder der Patienten entspringen deren eigener Welt und deren persönlicher Biografie. Die Einsicht in die gemalte Traum-Bilder-Welt eines Patienten ist für den Psychotherapeuten eine große Bereicherung und eröffnet dem Prozess unerwartete Räume. Die Patienten kommen natürlich mit ihrem mehr oder weniger ausgebildeten Talent,

etwas auf Papier zu bringen. Im Grunde kommt es auf die Begabung des Patienten aber gar nicht so an. Mit etwas Erfahrung kann man als Therapeut auch mit wenig kunstvollen Bildern arbeiten.

*Es gibt doch sicher viele Patienten, die sagen: Ich kann gar nicht malen. Haben diese nicht automatisch eine Hemmung, etwas vor einer Therapeutin zu Papier zu bringen?*

Patienten haben tatsächlich oft Angst, sich in ihrer „Unfähigkeit“ zu zeigen. Es gibt aber verschiedene Möglichkeiten, damit umzugehen. Das Wichtigste ist das gelassene Abwarten. Man kann auch vorschlagen: „Nehmen Sie doch mal die linke Hand“ oder: „Schließen Sie die Augen und überlassen Sie es ihrer Hand, etwas auf das Papier zu bringen“. Damit kann diese Hemmung überwunden werden und der Patient kann sich später immer differenzierter gestalterisch ausdrücken.

*Wie gut ist die Kunsttherapie dazu geeignet, sofort eine Diagnose zu stellen?*

Natürlich haben Sie nach Jahrzehnten im Beruf zu jedem Bild, das jemand malt, Assoziationen zu möglichen Diagnosen, vor allem zum Beispiel bei Depressionen, deren bildnerischen Niederschlag man oft an den gemalten Strukturen und der Wahl der Farben erkennt. Aber ich praktiziere die Kunsttherapie nicht, um eine Diagnose zu stellen, sondern um mir ein Bild von der psychischen Situation meines Gegenübers zu machen. Die Kunsttherapie wurde vor allem anfangs oft von ärztlicher Seite missverstanden: Man dachte, dass ein Bild eine Art Befundbericht ist, so wie eine Ultraschallaufnahme, die man dann dem Krankenblatt beilegt. Aber das ist es für mich nicht: Es ist eine ganz sensible Darstellung einer inneren Welt, auf die ich mich auf der Bildebene einlassen muss.

*Sie machen sich dann also aufgrund dessen ein Bild von Ihrem Patienten?*

Ja, von seiner inneren Verfassung, von seinen Strukturen, von seiner Lebensbetrachtung von seinen Ressourcen – vor allem, weil er ja ausführlich assoziativ von seinem Bild erzählt. Ein wichtiger Satz, wenn man als Psychotherapeut Bilder einbezieht, ist: Erzählen Sie mal von Ihrem Bild. Oder: Erzählen Sie noch ein bisschen mehr von Ihrem Bild. Und wenn er oder sie dann erzählt, versuche ich, diese Bilderwelt zu teilen. So entsteht ein erweitertes Kommunikationsfeld, das man allerdings erst einmal erlebt haben muss, um sich darin sicher zu fühlen.

*Welche Rolle spielt dabei die Sprache?*

Die Sprache spielt also neben dem Bildnerischen eine große Rolle: Weil der Maler von seinem Bild erzählt, weil ich Fragen zum Bild stelle und weil man dann auch mal Bildelemente sprechen lassen kann. Wenn ich zum Beispiel in einer Lehrveranstaltung ein Bild von einem Baum sehe, der hinter einem Zaun steht, sage ich – oft völlig unerwartet für mein Gegenüber: „Da sagte der Baum...“ und lasse den Studenten dann diesen Satz vervollständigen. Danach sage ich: „Da antwortete der Zaun...“ und lasse ihn auch diese Aussage vervollständigen. Ich lasse also das Bild sprechen. Mit so einem Dialog der Bildelemente kann man einen innerpsychischen

Prozess auf der Bildebene reproduzieren. Das erfordert natürlich Übung. Baum und Zaun sind ja Symbole: der Baum ist ein Symbol für Wachstum und für Leben, der Zaun ein Symbol für eine Limitierung oder Begrenzung. Aus dem Dialog zwischen Baum und Zaun, den der Maler erfindet, kann ich dann ablesen: Wie ist seine innere Dynamik zwischen Leben und Begrenzung? Wenn er als Baum spricht, spricht er in der Regel mit einem vitalen Anteil seiner Persönlichkeit. Wenn dieser Baum aber zum Beispiel gestutzt, verbrannt oder beschädigt ist, äußert er sich mit diesem beschädigten Persönlichkeitsanteil. Ich rücke also aus der realen in die symbolische Ebene und verstehe dann, wie bei einem Traum, eine Dynamik, die sich innerpsychisch abspielt. In einer Lehrveranstaltung kann ich mir also erlauben – im Sinne eines spielerischen Dialogs – laut zu denken. In der Praxis assoziiert man still. Und man hütet sich davor, mögliche traumatische Bildelemente direkt anzusprechen oder gar abzufragen.

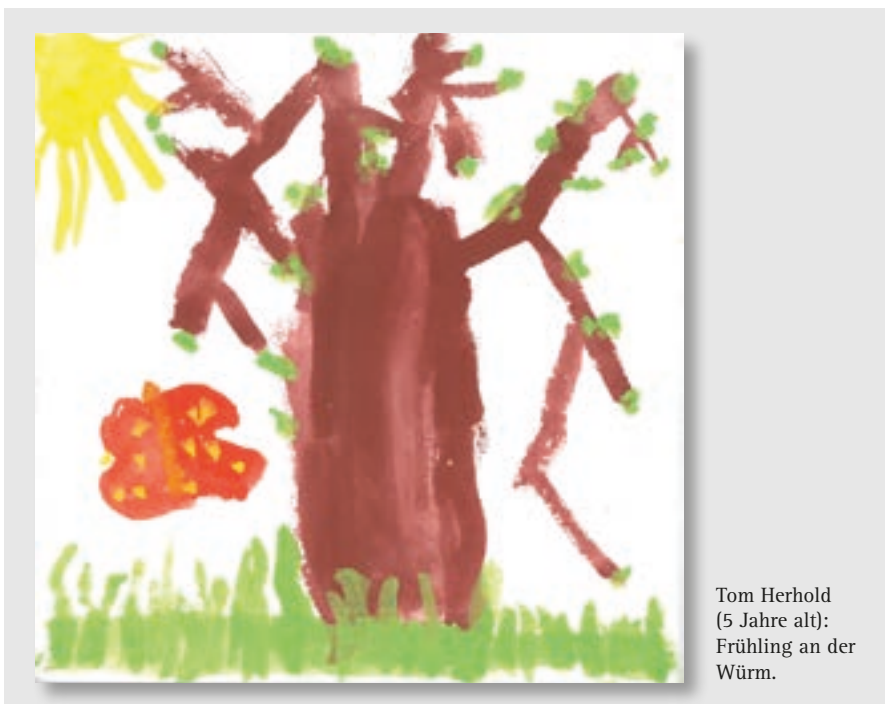
*Was erreichen Sie durch diese Vorgehensweise?*

Durch das Einbeziehen von spontan gemalten Bildern wird das Kommunikationsfeld erweitert. Ich erlebe meine Patienten viel umfassender als wenn ich nur mit ihnen spreche. In Therapiegruppen treten die Patienten über ihre Bilder in eine erweiterte Form von Resonanz.

*Wie helfen Sie mit Ihrer Methode Ihren Patienten?*

Ich ermutige meine Patienten, sich auf den Prozess des Gestaltens einzulassen, auch wenn sie vorher nicht wissen, auf was er hinausläuft. Die Patienten entwickeln allmählich Lust, sich auf den kreativen Prozess, also auch auf die Angebote des Unbewussten, einzulassen und allmählich ihre eigenen spontan gemalten Bilder zu verstehen. Dies gilt auch für die kurzen Skizzen aus dem Stegreif. Wenn eine Patientin etwa erwähnt hat, dass sie mit einer Vorgesetzten Probleme hat, frage ich sie: „Können Sie dazu eine Skizze anfertigen?“. Aufgrund der Skizze mache ich mir dann ein Bild von der Situation und den Gefühlen der Patientin: Wie groß ist die Vorgesetzte? Wie klein oder groß ist die Patientin im Vergleich? Steht sie auf irgendetwas drauf oder hängt sie in der Luft? Das sind kleine symbolische Details. Durch diese Sichtweise können wir die Situation auf neue Weise betrachten und es ergibt sich die Möglichkeit, auf der Bildebene Veränderungen entstehen zu lassen. Ich greife dabei nie in das Bild ein, ich gebe nur Anregungen. Ich kann eine Atmosphäre schaffen, in der meine Patientin über ihr Bild etwas Neues gestalten möchte. Dann gebe ich der Patientin zum Beispiel ein durchsichtiges Papier und sage: „Schauen Sie mal, was Sie an dem Bild verändern könnten, damit Sie sich ein bisschen besser fühlen“. Die Patientin würde zum Beispiel auf dem Transparentpapier einen Boden unter ihre Füße malen. Dadurch bekäme sie möglicherweise den Mut, auch in ihrem Leben etwas anders zu gestalten. Man geht auf die Symbolebene und kehrt aus der Symbolebene wieder zurück ins reale Leben. Für Analytiker ist das nicht schwer zu verstehen, denn Analytiker arbeiten ganz ähnlich: So als ob man mit Traummaterial „spielt“ und so in das Traumgeschehen eingreift.

Mein Ansatz ist sehr individuell, vielleicht weil ich mit der Spieltherapie mit Kindern angefangen habe, weil ich eine gewisse Verwandtschaft zwischen Spieltherapie und Kunsttherapie erlebe und weil ich schon in den 1950er Jahren, also sehr früh, als Leiterin der Psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder in gelegentlichen Vorlesungen gezwungen war, meine Vorgehensweise in eine didaktische Form zu bringen. Die Entwicklung und Zusammenfassung einer kunsttherapeutischen



Tom Herhold  
(5 Jahre alt):  
Frühling an der  
Wärm.

Lehre habe ich in meinem letzten Buch „Ein Leben, eine Lehre“ ausführlich beschrieben.

*Was kann die Kunsttherapie, was die analytische Therapie nicht kann?*

Sie ist ein zusätzliches Medium. Ich habe auch lange Jahre die Psychoanalyse praktiziert, in der man dem Patienten ja nicht gegenüber sitzt, sondern bei der der Patient auf der Couch liegt. Als Analytikerin mache ich mir ein Bild von dem, was der Patient berichtet. Die Kunsttherapie macht etwas Zusätzliches, meiner Meinung nach etwas für Psychotherapeuten Unverzichtbares, indem sie das gemalte Bild des Patienten einbezieht. Es wird nicht nur in die Luft gesprochen, sondern das Eine oder Andere ist auf dem Papier dokumentiert. Das spontane Malen, das von Fachkollegen manchmal als Ausagieren beurteilt und dementsprechend kritisch gesehen wird, dient in ganz besonderer Weise der Erkenntnis.

*Als Sie mit der Kunsttherapie begonnen haben, steckte sie noch in den Kinderschuhen. Wie hat sich die Kunsttherapie seither entwickelt?*

Die ersten Impulse zur Kunsttherapie kamen aus den USA, von Edith Kramer und von einer weiteren jüdischen Therapeutin aus London, von Elisabeth Tomalin. Tomalin wurde damals nach Deutschland eingeladen und präsentierte dort den von ihr entwickelten kunsttherapeutischen Zugang. Manche privaten Institutionen haben diesen Zugang von ihr übernommen und dann weiter entwickelt. Eine besondere Chance bot mir in den 1980er Jahren Frau Prof. Dr. Schottenloher an ihrem privaten Ausbildungsinstitut in München (IKT) sowie an dem von ihr geleiteten Aufbaustudiengang Bildnerisches Gestalten und Therapie an der Akademie der Bildenden Künste in München. In beiden Institutionen habe ich als Dozentin die Lehre mit entwickelt.

Der Beruf der Kunsttherapeutin ist heute noch immer nicht vollständig etabliert. Es gibt vor allem Probleme für niedergelassene Kunsttherapeuten mit der Anerkennung durch die Krankenkassen. In den meisten psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken, und Reha-Einrichtungen gibt es mittlerweile kunsttherapeutische Angebote. Meist in Form von offenen Ateliers. Für viele Patienten ist das ein Segen.

*Glauben Sie, dass die Kunsttherapie heute die Rolle spielt, die sie verdient?*

Nein, das glaube ich nicht. Ich glaube, dass wir gute Lehrer brauchen, um diese Art der Therapie adäquat zu vermitteln. Als Dozent oder Lehrer brauche ich zum Beispiel einen differenzierten Wortschatz, der den intellektuell anspruchsvollen Kollegen und Kolleginnen gerecht wird. Ich muss den Prozess, der im Patienten abläuft, während er malt und den Prozess zwischen dem Patienten, dem Bild und dem Therapeuten erkennen und beschreiben können. Inzwischen gibt es an den Hochschulen in Dresden und in Nürtingen sowie hier an der Kunstakademie entsprechende Studiengänge. Diese sind allerdings meist nicht auf Ärzte zugeschnitten, sondern auf Künstler. Kunststudenten muss man zusätzlich zur ästhetischen Qualifikation in einer adäquaten Sprache tiefenpsychologische Zusammenhänge nahebringen.

*Hatten Sie manchmal von Ärzteseite her Schwierigkeiten, mit Ihrer Arbeit ernst genommen zu werden?*

Wenn jemand in diesem Bereich nicht zu Hause ist, ist er zu Recht misstrauisch. Aber ich glaube, ich konnte als Dozentin in Fortbildungsveranstaltungen schon viele Kollegen von dem großen Wert der Kunsttherapie überzeugen. Natürlich kann man mit dieser Methode nichts messen. Man kann zwar graphische Kombinationen, sogenannte Grapheme, wiedererkennen. Aber man kann nicht sagen: ein Kreis bedeutet dies und ein Viereck das. Es muss alles in Relation zu dem betrachtet werden, was sonst noch auf dem Bild zu erkennen ist. Kunsttherapie ist einfach eine zusätzliche Form des Ausdrucks, die man einbezieht und studiert. Ich bin ja nicht nur Ärztin, sondern auch Psychologin. In unserer Ausbildung haben wir damals, in den 1950er Jahren, noch Graphologie gelernt. So wie jeder eine andere Schrift hat, so ist auch die Ausdrucksspur, die Farbwahl, die Raumsymbolik, die jemand wählt, unterschiedlich.

*Für wen kommt Kunsttherapie in Frage? Welche Patienten können damit behandelt werden?*

Ich kann mir gar nicht mehr vorstellen, Patientenbilder nicht mehr in meine Arbeit einzubeziehen. Das Medium Bild ist für mich etwas ähnlich Zentrales und Unverzichtbares wie der Ultraschall des

Herzens für einen Kardiologen: Auch darauf würde heute keiner mehr verzichten wollen. Kunsttherapie ist ein Zugang, der unbeschreiblich wertvoll ist, allerdings erst, wenn man den „Blick“ für Bilder und andere Gestaltungen entwickelt hat und die Hintergründe versteht. Bilder gehören für mich zum diagnostischen und psychotherapeutischen Prozess dazu. Psychotherapeuten könnten im Rahmen der probatorischen Sitzungen ein Bild malen oder eine Skizze machen lassen. Dass die meisten Ärzte diese Arbeit an Kunsttherapeuten delegieren, finde ich schade. Alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sollten diesen Aspekt mit einbeziehen und einüben. Über das Bild eröffnet sich ein ganzer neuer Kosmos.

*Ist dies bereits Teil der psychotherapeutischen Ausbildung?*

Leider nein. Ich habe vor Jahrzehnten einmal bei der Landesärztekammer und der kassenärztlichen Vereinigung angefragt, ob Kunsttherapie nicht als kassenübliches Zusatzverfahren eingesetzt werden könnte, so wie etwa die Hypnose. Doch das ist noch nicht der Fall. Es hängt vom persönlichen Interesse des jeweiligen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten ab, ob er diesen Ansatz verfolgt oder nicht. Dabei kann man die Evidenz eines Bildes gut in die Evidenz einer gutachterlichen Aussage einfließen lassen.

*Das Interview führte Stephanie Hügler*

## Buchtipps



Gisela Schmeer:  
Ein Leben, eine Lehre

Mit einem Dokumentarfilm von Lucia Stäubli  
20 × 25 cm, Hardcover mit Schutzumschlag.  
292 Seiten, 239 Abb.  
EUR 44,- zuzügl. Versandkosten.  
ISBN 978-3-902860-08-8  
Erato Verlag, Graz 2015  
Zu bestellen: [www.erato-verlag.at](http://www.erato-verlag.at)