

Alexandra Mesensky

Kunsttherapie auf der Akutpsychiatrie

Landeskrinikum
Thermenregion Baden
Wimmergasse 19
A-2500 Baden

Kontakt:
Stationsföhrender OA Dr. Markus Loibl

Ansprechpartner für Praktika:
Personalbüro

Supervision Einzel:
Mag. Eva Huber

Supervision Gruppe:
Karin Dreier, Gernot Scheucher

April 2009

*„Das Übel gedeiht nirgends besser, als wenn ein Ideal davorsteht.“
(Karl Kraus)*

Einleitung

1 Allgemeiner Teil

1.1	Wie bin ich zu diesem Projekt gekommen?	4
1.2	LKH Baden	3
1.3	Projektthema, Zielsetzung und methodische Umsetzungsmöglichkeiten	4
1.4	Überweisungskontext	4

2 Theoretischer Teil

2.1	Die Würde des Patienten ist antastbar	6
2.2	Krise – Stabilisierung – Würde	9
2.3	Vertrauen ist die Basis jeder therapeutischen Beziehung	10
2.4	Integrative KT versus Themenvorgabe	12
2.5	Diagnostische Werkzeuge	15
2.5.1	Tabelle Malgruppe & Diagnose	15
2.5.2	Zusammenfassung Raumschemata	16
2.6	Allgemeines und Spezielles zum Thema Psychiatrie	17
2.6.1	Moderne Psychiatrie	17
2.6.1	Patientenrechte	17
2.6.2	Häufigste Krankheitsbilder	17
2.6.3	Erwähnte Krankheitsbilder	18
	Schizophrenie	18
	Persönlichkeitsstörung	18
	Bipolare Störung	18
	Depression	18
	Hypomanie	18

3 Praktischer Teil

3.1	Die bestehende Kunsttherapie-Gruppe in der Klinik	19
3.2	Der Einfluss der Gruppe	20
3.3	Angststörung: Die Grenzen der Gruppe erkennen	21
3.4	Schizophrenie: Die Grenzen zu den anderen wahrnehmen	21
3.5	Vermeintlicher Stillstand: Alles hat seine Zeit	25
3.6	Fallbeispiele	26
3.6.1	Widerstand: Die Autos des Hrn. K	26
3.7.2	Krankheitseinsicht: Fr. F	36

4 Schlussbetrachtung

4.1	Wo habe ich meine Stärken gefunden?	47
4.2	Der Umgang mit der Co-Therapeutin	47
4.3	Zukünftige Zielsetzungen	47

5 Anhang

5.1	Evaluierung und Dokumentation	48
5.2	Stundenübersicht	51

6 Literaturliste

6.1	Verwendete Literatur	52
6.2	Literaturempfehlungen	53

Einleitung

Ich bin vom Grundberuf Grafikerin und Illustratorin und seit 1987 in diesem Bereich tätig.

Seit Beginn der Ausbildung am MGT-Seminarinstitut habe ich in Form von Praktika Erfahrungen in einer WG mit erwachsenen geistig Behinderten und in einem Tageszentrum für alte Leute gesammelt.

Je weiter ich mich im Laufe der Ausbildung in die Fachliteratur eingelesen habe, desto klarer war für mich, dass ich gerne in den klinischen Bereich, vorzugsweise an die Psychiatrie möchte, um dort die verschiedenen psychischen Krankheitsbilder kennen zu lernen. Meine Idee war, dort mit der integrativen Maltherapie nach Steinbauer und Taucher¹ eine halboffene Gruppe zu führen.

In der Praxis habe mich dann der bestehenden Struktur angepasst. Im Schreiben der Arbeit hat sich über die Auseinandersetzung mit dem Widerstand der Aspekt der Würde in den Vordergrund geschoben und meinen Blick auf das Praktikum rückwirkend noch einmal verändert.

¹ Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer

1 Allgemeiner Teil

1.1 Wie bin ich zu diesem Projekt gekommen?

Über einen mir bekannten Arzt habe ich die Chance bekommen, bei ihm an der Abteilung ein Praktikum und meine Projektarbeit zu machen. Voraussetzung für mein Praktikum als Mal- und Gestaltungstherapeutin war, dass ich vorher ein mindestens 8-wöchiges Praktikum absolviere, um die Abteilung, die Mitarbeiter und die Patienten kennen zu lernen.

Im Rahmen des Praktikums war ich an vier Tagen in der Woche auf der Station. Ich war bei den täglichen Morgenübergaben, dann bei den Morgenrunden eines Sektors, bei den Nachbesprechungen der Morgenrunden, manchmal bei der Visite, im Beschäftigungszimmer, bei der Musiktherapie-Gruppe und bei der Kochgruppe dabei. Es war wichtig für mich, die Abläufe an der Abteilung kennen- und verstehen zu lernen und es war hochinteressant, die Patienten in unterschiedlichen Kontexten zu erleben und danach die jeweiligen Rückmeldungen der Therapeuten, Ärzte und des Pflegepersonals zu hören. Das hat meine Art hinzuschauen bereits in den ersten Wochen stark verändert.

1.2 Die Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am LKH Baden

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Landeskrankenhaus Thermenregion Baden hat Anfang Oktober 2007 eröffnet. Es gibt 2 Bettenstationen mit jeweils 30 Betten und seit Anfang Februar 08 eine Tagesklinik für 15 Patienten. Es gibt einen Versorgungsauftrag, das heißt, die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist für die Behandlung von Krisen im Rahmen sämtlicher psychischer Störungsbilder zuständig. Somit bietet die Abteilung störungsspezifische Therapiekonzepte für Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Burn out, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, schizophrene und affektive Psychosen, sowie psychische Störungen des höheren Lebensalters an. Langzeitaufenthalte sowie längerfristige Entwöhnungsbehandlungen für Suchtkranke sind nicht möglich.²

Das Behandlungskonzept entspricht im Prinzip dem, was Steinbauer/Taucher in „Integrativen Maltherapie“³ beschreiben. Es ist ein multiprofessionelles therapie-übergreifendes Konzept, wo alle Bereiche eng miteinander verzahnt, abgestimmt und im Sinne der Patienten miteinander vernetzt sind. Außer der ärztlichen Versorgung (die meisten Ärzte sind auch ausgebildete Psychotherapeuten) werden noch geboten: klinische Psychologie, Psychoedukation, Psychotherapie mit Schwerpunkt Traumatherapie, Kunsttherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, eine Kochgruppe, Nordic Walking, Sport, Shiatsu, Entspannungstechniken, Physiotherapie und eine Sozialarbeiterin, die die Patienten bei der Wiedereingliederung im Sinne von Jobsuche, Wohnungssuche bzw -erhaltung, Heimhilfe, Suche nach weiterführenden Therapien nach Beendigung des stationären Aufenthaltes, unterstützt.

² Quelle: www.lknoe.at/de/2275/, Stand November 2008

³ Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer

Die Gruppentherapien finden nie zeitgleich statt, um Überschneidungen für die Patienten zu vermeiden. Alle Kreativtherapien werden sowohl für die Gruppe als auch einzeln angeboten. Die Zuweisung zu den Therapien machen die Ärzte nach Rücksprache mit den Therapeuten und dem Pflegepersonal. Zusätzlich gibt es noch einen Beschäftigungsraum, in dem Zeichen- und Malmaterialien, Perlen für Schmuckherstellung, Knetmasse, Filz, Stoff für Basteleien, Strickzeug und diverse Spiele angeboten werden. Der Beschäftigungsraum ist von 10 bis 12 Uhr und von 13 bis 15 Uhr besetzt, außerhalb dieser Zeiten sind die Materialkästen versperrt.

1.3 Projektthema, Zielsetzung und methodische Umsetzungsmöglichkeiten

Mein Arbeitsthema ist Kunsttherapie im klinischen Bereich, auf einer Akutpsychiatrie mit Versorgungsauftrag.

Zielsetzung ist es, die Patienten, eingebettet in einem multiprofessionellen Versorgungskontext, bestmöglich aus ihrer Krise zu begleiten und ihnen im Optimalfall neue Strategien, die nächste Krise rechtzeitig zu erkennen, mit auf den Weg zu geben.

Die Umsetzungsmöglichkeiten richten sich nach den gegebenen Umständen. Im Erdgeschoß der Klinik gibt es Räumlichkeiten für die Tanz-, Musik-, Ergo-, Physio- und Kunsttherapie. In den Räumen für die Ergo- und Kunsttherapie sind Wasseranschlüsse vorhanden. Alle Therapiegruppen finden zu fixen Terminen und nie zeitgleich statt, um Überschneidungen bei den Therapieplänen der Patienten zu vermeiden. Die Gruppentermine stehen in der Priorität vor allen anderen Terminen in der Station, Einzeltermine, Visite, Familiengespräche werden nach hinten gereiht. Ausgenommen sind nur Termine von außen wie Dolmetsch, Richter oder ähnliches, die sich nicht fixieren lassen.

1.4 Überweisungskontext

Die Patienten werden von den behandelnden Ärzten nach Rücksprache mit den Therapeuten in die entsprechende Gruppe und/oder in die Einzeltherapie überwiesen. Auf dem Überweisungsschein stehen die Diagnose und das Therapieziel (z.B.: „Stabilisierung“ oder „Krankheitseinsicht“).

2. Theoretischer Teil

2.1 Die Würde des Patienten ist antastbar

*„Wir müssen alles zugleich vorsichtig und zuversichtlich tun.“
(Epiktet, ca. 50-138 n. Chr.)*

Im Schreiben habe ich festgestellt, dass es mich im Zusammenhang mit der Projektarbeit sehr beschäftigt, wie ich die Patienten, die mir ihre Geschichte und ihre Bilder dankenswerterweise zur Verfügung stellen, am besten anonymisieren kann. Die Vorstellung, dass ihre Identität anhand des Zeitraums und des Orts meines Praktikums nachvollziehbar sein könnte, ist unangenehm. In weiterer Folge haben mich diese Überlegungen direkt zum Thema Würde geführt. Wo beginne ich Grenzen zu überschreiten, wo ist das nicht in Ordnung, wo – im Sinne des Patienten – notwendig. Interessanterweise beschreiben die meisten Menschen in meiner Umgebung im Gespräch ihre Würde über Situationen in denen sie selbige verloren haben oder auch über die Bewahrung ihres Stolzes. Udo Baer und Gabriele Frick-Baer schreiben in ihrer Bibliothek der Gefühle, dass Würde nicht zur Grundausstattung des Menschen gehört, sie ist eine Möglichkeit. Sie schreiben auch *„[...] Mit welcher Zähigkeit und Leidenschaft, mit welcher Kraft und Kreativität Menschen darum ringen, die Möglichkeit der Würde zum Erleben der Würde werden zu lassen, das erfahren wir täglich in unserer therapeutischen Praxis.“*⁴

Ich persönlich halte Würde für eine Grundhaltung, die man sich selbst und anderen gegenüber einnimmt. Es ist eine Frage des Respekts, der Wahrnehmung, der Achtsamkeit, der Wertschätzung – sich selbst und den anderen mit allen Licht- und Schattenseiten so anzunehmen wie er ist. Udo Baer und Gabriele Frick-Baer bezeichnen diese Selbstwahrnehmung als „Eigensinn“⁵ und meinen, dass ohne diesen *„Sinn für das, was zu mir gehört“* eine Würdigung sowohl des eigenen als auch der anderen schwer möglich sei. Joachim Bauer meint sogar, dass das die Verweigerung des zwischenmenschlichen Erkennens und Anerkennens ein Akt der Unmenschlichkeit ist.⁶ Dazu gehört nicht nur die Art im direkten Umgang mit den Patienten, sondern auch der Ton, in dem man über sie spricht. Die vielzitierte „Niere in Zimmer 5“ hat einen Namen und einen Menschen, in dem sie sich befindet. Wir behandeln Menschen und keine Krankheiten oder Symptome. Und wenn wir diese Menschen nicht in ihrer Gesamtheit wahrnehmen, sondern nur im Teilaspekt als Träger ihrer Krankheit, so treiben wir die Spirale der Entwürdigung, Respektlosigkeit und Beschämung zusätzlich an.

Ich glaube, dass die Würde – gerade im therapeutischen Bereich – untrennbar mit einem ethischen Anspruch verknüpft ist. Erich Fromm schreibt dazu *„Das Wohl des Menschen ist das einzige Kriterium für ein ethisches Werturteil.“*⁷ Dass das Thema Würde immer schon in irgendeiner Form die Menschen beschäftigt hat, zeigt ein kurzer Abriss über die Geschichte der Ethik:

Es wird davon ausgegangen, dass es bereits in den prähistorischen Gesellschaften ethische Verhaltensregeln gab. Damals waren die Regeln zumeist an religiöse Tabus gekoppelt. Im alten China war die Einordnung in das Tao das oberste Gebot, in Indien die vedische Religion das oberste

⁴ Udo Baer / Gabriele Frick-Baer, „Würde und Eigensinn“, Beltz, 2009, S. 9

⁵ Udo Baer / Gabriele Frick-Baer, „Würde und Eigensinn“, Beltz, 2009, S. 67

⁶ Joachim Bauer, „Warum ich fühle, was du fühlst“, Verlag Heyne, 10/2006, S. 115

⁷ Erich Fromm, „Den Menschen verstehen – Psychoanalyse und Ethik“, dtv, 2005, S. 20

Sittengesetz. In Babylon wurde die älteste bekannte Gesetzessammlung geschrieben.

In der griechischen Antike geriet die Mythologie als Grundlage der Ethik unter Kritik und es bildete sich Ethik als philosophische Disziplin heraus, nun trat das Individuum in den Vordergrund. Im Mittelpunkt standen die Fragen nach dem guten Leben und dem höchsten Gut. Es bildeten sich verschiedene Ansätze und Schulen: Platon, für den die Ethik mit der Metaphysik gekoppelt war, die Idee des Guten als Grundlage allen Seins. Aristoteles, der klassische Vertreter des onto-teleologischen Ansatzes, seine Ethik setzte beim Begriff des höchsten Guts an. Epikur mit seinem Gegenentwurf zu Platon, der die Lust zum alleinigen Inhalt des guten Lebens erklärte. Die Stoiker mit der Selbstliebe und der Selbsterhaltung als Grundtrieb. Sie alle stellten den Menschen in den Mittelpunkt.

Das aufkommende Christentum übernahm zwar die Grundbegriffe der Ethik, versuchte aber die Ansätze der antiken Philosophie in die Theologie zu integrieren. Im Hochmittelalter wurde die christliche Tugendethik weiterentwickelt und die Grundlage für ein Überdenken des Verhältnisses von staatlicher und kirchlicher Gewalt und deren allmählicher Trennung gelegt.

Im 19. Jahrhundert kam es zur Aufspaltung der Ethik in eine auf Moralität bezogene Tugendlehre und eine auf die Legalität bezogene Rechtslehre. Kant schrieb seinen „kategorischen Imperativ“, dessen Grundformel lautet *„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“*.

Im 20. Jahrhundert wurden dann die verschiedenen ethischen Theorien unter dem Sammelbegriff „Wertethik“ zusammengefasst.

Fromm schreibt über die humanistische Ethik, dass „gut“ gleichbedeutend mit „gut für den Menschen“ und „böse“ gleichbedeutend mit „schlecht für den Menschen“ ist. Aber um zu wissen *was* für den Menschen gut ist, müssen wir seine Natur kennen.⁸ Das betrifft meines Erachtens auch den Umgang mit Grenzen, Tabuthemen und/oder Scham. Stoße ich an die Grenzen eines Patienten, so kann ich einerseits seine Würde uneingeschränkt respektieren oder diese Grenze überschreiten. Oft wird sich – gerade im klinischen Bereich – ohne das Überschreiten der Grenzen keine Veränderungsmöglichkeit auf tun. Ich bin überzeugt, dass die Verpflichtung als Therapeutin unter anderem darin liegt, den Patienten darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung dieser Grenzüberschreitung bei ihm liegt und manchmal für seine Entwicklung und eine Veränderung seiner Situation unumgänglich ist. Und ich glaube, dass erst die Würdigung dessen, was ist und gewesen ist, eine Veränderung und Entwicklung ermöglicht. Luise Reddemann meint *„Würde ist in gewisser Weise ein Gegenmodell zur Scham, jedenfalls in ihrem Aspekt der Beschämung. Solange die Würde jedes Menschen geachtet wird und dieser Mensch sie auch selbst achtet, ist entwürdigende Scham nicht vorstellbar.“*⁹ Trifft also der Patient selbst die Entscheidung über ein Tabuthema zu sprechen und sich zu öffnen, so erspart er sich zwar nicht die Scham, die das Thema möglicherweise begleitet, kann aber seine Würde behalten.

Die Scham ist ebenfalls untrennbar mit der Würde verbunden. In der Scham sehen wir uns selbst mit den Augen der anderen. Zu diesem Thema sagt Verena Kast, dass uns die Scham im „Sein“ betrifft während die Schuld mit „tun“ zusammenhängt, dass wir oft die Scham in Schuld umwandeln, weil der

⁸ Erich Fromm, „Den Menschen verstehen – Psychoanalyse und Ethik“, dtv, 2005, S. 20

⁹ Luise Reddemann, „Würde“, Verlag Leben Lernen Klett-Cotta, 2008, S. 36

Umgang mit Schuldgefühlen leichter zu handhaben ist. Sie meint auch, dass Scham dann entsteht, wenn etwas von unserem privaten Selbst ans Licht kommt. Zugleich übt die Scham die Schutzfunktion aus, die uns daran hindert alles zu sagen oder zu zeigen. Solange es Scham gibt, gibt es jedoch auch noch die Motivation zur Veränderung.¹⁰

Die Scham wird in verschiedene Grundformen unterteilt:

- *Anpassungsscham*, wenn wir Erwartungen der Familie und der Gesellschaft nicht erfüllen.
- *Gewissensscham*, wenn wir den eigenen Werten und Ansprüchen nicht genügen.
- *Intimitätsscham*, wenn uns unsere körperlichen und seelischen Grenzen verletzt werden.
- *Empathische Scham*, zB, wenn wir an einem Bettler vorübergehen und wegschauen.
- *Gruppenscham*, wenn man sich für jemanden schämt.

Oft kommt die Beschämung auch von außen. *Nur wenn erkannt wird, ob die Beschämung von außen kommt und abwertend ist, kann die Beschämung von der natürlichen Scham unterschieden werden*¹¹, schreiben Baer und Frick-Baer. Die natürliche Scham hilft uns unseren intimen Raum zu schützen.

Im Krankenhaus ist auch die Scham bezüglich der Krankheit selbst ein nicht zu unterschätzendes Thema. Sie betrifft mehrere Ebenen. Wenn sich der Patient seiner Krankheit schämt, dann hat er die Erwartungen der anderen nicht erfüllt (Anpassungsscham), seine eigenen Ansprüche nicht erfüllt (Gewissensscham) und ist in seinem intimen Raum verletzt (Intimitätsscham). Bei psychischen Erkrankungen sind die Patienten oftmals mit den Urteilen und Vorurteilen der Umgebung konfrontiert, mit der Stigmatisierung des „verrückt seins“, welche die Scham noch verstärken.

Luise Reddemann schreibt, es gehe beim Therapeuten um die Spannung zwischen Helfenwollen und Respekt vor der Würde von Kranken.¹² Meine Überzeugung ist, dass der Patient das Tempo bestimmt, in dem seine Themen bearbeitet werden können oder sollen. So wir achtsam sind auf das Gesagte und fast noch mehr auf die Körpersprache, so sind die Grenzen der Belastbarkeit deutlich wahrzunehmen. Dem Klienten ist in keinem Fall mehr Bild zumuten als er im Augenblick verträgt (Gisela Schmeer).

Zum achtsamen Umgang gehört für mich auch offen zu bleiben für das was kommt und nicht in die „Falle“ zu tappen, gewisse Dinge, Worte, Darstellungen im Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsbildern zu erwarten. Die Gefahr, aufgrund von Erwartungen und Vorurteilen Dinge zu übersehen oder zu verhindern, ist immer in irgendeiner Form präsent. Eine Diagnose kann auch dazu führen, diejenigen Seiten des Patienten, die nicht dazu passen, auszuklammern. Dem lässt sich meines Erachtens nur mit Offenheit und Wachsamkeit begegnen, damit, das Gegenüber in seiner Gesamtheit wahr und ernst zunehmen.

Auch Ohnmacht entwürdigt. Beim Thema Unterbringung auf der Psychiatrie ist der Verlust der Würde in jeden Fall ein Thema. Um die eigene Würde zu bewahren muss der Entwürdigte etwas dagegensetzen, um seine Würde zu verteidigen. Was bleibt da anderes als Widerstand? Dazu schreibt Ilse Nürnberger, dass, wenn man den Widerstand als Akt der Selbstbehauptung versteht, er eine Ressource darstellt.¹³ Ich glaube auch, dass der Widerstand

¹⁰ Verena Kast, Vortrag über die Scham, Universität Wien, Mitschrift, 17.6.2008

¹¹ Udo Baer / Gabriele Frick-Baer, „Vom Schämen und Beschämtwerden“, Beltz, 2008, S. 30

¹² Luise Reddemann, „Würde“, Verlag Leben Lernen Klett-Cotta, 2008, S. 40

¹³ Ilse Nürnberger, „Kunsttherapie und Autonomie“, Verlag Daedalus, 2004, S.111

dazu dient, seine eigene Position zu halten, wenn diese von außen bedroht wird und dass die Abgrenzung zu dem, was der eigenen Position oder der Würde abträglich ist, Respekt verdient. Und ich glaube, dass eine gemeinsame Suche nach den Ressourcen mit Menschen, die sich in ihren Grenzen geachtet und respektiert fühlen, einfacher ist.

„Eine Therapie, wie wir sie verstehen, würdigt auch die Grenzen der Klientinnen und Klienten, besteht nicht auf Offenheit um jeden Preis. Therapie braucht Offenheit, ja, aber eine Offenheit, die stimmig ist, die gerade der Klientin oder dem Klienten möglich ist, die den Eigensinn würdigt.“¹⁴, schreiben Baer und Frick-Baer am Ende ihres Buches über die Würde. Dem kann ich nur zustimmen.

Für uns als Kunst- und Gestaltungstherapeutinnen gilt es nicht nur dem Menschen respektvoll zu begegnen, sondern diese Achtung auch dem Werk entgegenzubringen. Ich glaube, dass wenn wir das im Prozess Entstandene nicht entsprechend würdigen, dass es den Patienten schwerer wird, die darin enthaltene Botschaft anzunehmen. *„Viel liegt auch an der Art und Weise, wie mit den entstandenen Bildern umgegangen wird, ob der nötige Respekt vor der Botschaft des Unbewussten, die in ihnen enthalten sein kann, gewahrt wird oder nicht, ob die Rückmeldungen aneinander fragend und empathisch, um Verständnis bemüht sind oder eher kritisch und wertend gegeben werden. Es kann so ein „liebevoller Umgang mit Bildern“ entstehen, bei dem die Gefahr vermieden wird, Anteile von Bildern zu entwerten oder zu idealisieren.“¹⁵*

2.2 Krise – Stabilisierung – Würde

Das chinesische Schriftzeichen für Krise setzt sich aus den zwei Zeichen „Gefahr“ und „Chance“ zusammen.

Das Gemeinsame der Patienten auf einer Akut-Psychiatrie ist, dass ihnen in der einen oder anderen Form der Boden unter den Füßen weggezogen wurde, sie sich in einer akuten Krise befinden, da sie mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert sind, die für sie alleine nicht zu bewältigen sind. Diese Krise kann intern (z.B. durch Krankheit) oder extern (z.B. durch ein traumatisches Erlebnis) ausgelöst sein.

Im Erleben der Krise findet meist auch eine Wahrnehmungsverengung statt. Durch diese „Verengung“ werden die Handlungsfähigkeiten eingeschränkt, Problemlösungen sind kaum mehr vorstellbar.

Bei der Krisenintervention im akutpsychiatrischen Bereich sind die Patienten teilweise in ihrer Krankheit so weit in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt und dadurch nicht paktfähig, dass als erster Schritt die medikamentöse Stabilisierung stattfinden muss, bevor an die Vereinbarung von Therapiezielen gedacht werden kann. Sobald wieder eine Paktfähigkeit gegeben ist, wird der Patient so weit wie möglich in seine Eigenverantwortung geholt und versucht ihn schnellstmöglich in seine Autonomie zurückzuführen. In den Sektorbesprechungen sitzt jeweils das gesamte behandelnde Team zusammen und versucht gemeinsam das optimale Behandlungskonzept für die jeweiligen Patienten zu finden. Steinbauer / Taucher schreiben, dass *das therapeutische Milieu aus der Gesamtheit der Begegnungen aller am therapeutischen Prozess beteiligten Kräfte (Ärzte, Therapeutinnen,*

¹⁴ Udo Baer / Gabriele Frick-Baer, „Würde und Eigensinn“, Beltz, 2009, S. 138

¹⁵ Christa Henzler / Ingrid Riedel, „Maltherapie“, Kreuz Verlag, 2004, S. 205

Psychologinnen und Pflegepersonal) entsteht. Somit stellt sich die Aufgabe, die einzelnen therapeutischen Interventionen so zu gestalten, dass sie sich potenzierend zu einer Gesamtheit ergänzen.¹⁶

Luise Reddemann meint, dass wenn sich Patienten und Therapeutinnen gleichermaßen um eine achtsame Haltung bemühen, dann weniger das Expertentum gefragt ist, als die Fähigkeit zur Präsenz. Achtsamkeit kann helfen präsenter zu sein. Damit gelangen wir zu einer Haltung, welche die „Ehrfurcht vor dem Leben“ fördert und diese Haltung ermöglicht und fördert Würde sowohl für uns selbst, wie auch für diejenigen, die wir begleiten.¹⁷ Das bedeutet, wenn wir die Patienten nicht nur entlasten, sondern auch wieder in ihrer Selbstverantwortlichkeit aktivieren, dann besteht auch die Möglichkeit aus einer Opfersituation wieder auf die Handlungsebene zu gelangen und sich möglichen Konflikten zu stellen.

Krise steht immer auch in Zusammenhang mit einem Scheitern. Man hat etwas nicht bewältigt, nicht den Erwartungen – den eigenen oder denen der Umwelt – entsprochen. Sämtliche gelernten Bewältigungsstrategien haben fehlgeschlagen. Durch dieses Scheitern, das Nicht-Bewältigen der Umstände gelangt man außerhalb der Norm und wird dadurch wiederum – wie auch schon oben beschrieben – mit seiner Scham konfrontiert.

Wenn der „Boden“ fehlt, wird Stabilisierung und Ich-Stärkung zur Notwendigkeit um weitere therapeutische Interventionen überhaupt erst zu ermöglichen. Zum würdevollen Umgang mit Patienten gehört auch, dass wir sie in ihrer Gesamtheit wahrnehmen und nicht nur im Zusammenhang mit ihrer Krankheit oder ihrem Trauma, dass wir sie auch in ihren Stärken und Kompetenzen sehen und sie nicht in ihren Schwächen bestärken. Zur Rückführung in die Autonomie gehört in jedem Fall auch die Wahrnehmung der eigenen Grenzen und Ressourcen, die Stärkung und Stabilisierung des Ich. Und alles, was unserem Selbstwert hilft, hilft uns auch mit unserer Scham umzugehen. Womit sich der Kreis wieder schließt. Es gibt keine Würde ohne Wertschätzung des Eigenen und damit auch dessen, was gewesen und somit diese Person ausmacht.

In meiner Umfrage im Freundeskreis, was das Thema Würde für sie bedeutet, hat mir Heli Deinboek geantwortet *„Die Würde des Menschen ist kein Automatismus. Sie ist die selten gelingende Verknüpfung eigener Wertschätzung mit jener durch alle anderen.“* Ich sehe meine Aufgabe im Rahmen der Therapie unter anderem darin, dem Patienten durch meine Achtung dabei zu unterstützen (wieder) an seine eigene Wertschätzung heranzukommen.

2.3 Vertrauen ist die Basis jeder therapeutischen Beziehung

Die Methode tritt in den Hintergrund, die Basis ist das Vertrauen. Ist das Vertrauen da, ist jede Methode möglich, fehlt das Vertrauen, so wird jede Methode scheitern. Diese Grundannahme habe ich, unabhängig von der jeweiligen therapeutischen Richtung oder Schule, in vielen Büchern und Skripten gefunden und auch selbst erfahren.

¹⁶ Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer, 1997, S. 4

¹⁷ Luise Reddemann, „Würde“, Verlag Leben Lernen Klett-Cotta, 2008, S. 139

*„Die Natur der Beziehung zum Therapeuten und die gesamte Haltung des Therapeuten ist von gleicher, wenn nicht größerer Wichtigkeit, als der Inhalt der ausgetauscht wird ...“*¹⁸ schreiben Steinbauer und Taucher. Ich habe Ehrlichkeit als bereichernd in der Gruppe erlebt. Als ich einmal ohne Co-Therapeutin in der Gruppe nicht mehr weiter wusste, habe ich es einfach gesagt. Ich habe die Patientin, deren Problem mir „zu groß“ war, gefragt, ob sie eine Idee habe, was ich für sie tun könne, weil ich keinerlei Idee mehr hätte und gerade völlig überfordert sei. Die Reaktion der Gruppe war für mich eine Erleichterung, sie „belohnte“ meine Offenheit mit ebensolcher und die Stunde wurde eine höchst konstruktive.

In jeder Beziehung ist das Verstehen ebenso wichtig wie das Verstanden-Werden, aber für eine therapeutische Beziehung ist es zusätzlich notwendig das eigene Gefühl von den fremden Impulsen unterscheiden zu können. Das Vertrauen steigt, wenn sich das Gegenüber verstanden fühlt. In diesem Sinne halte ich es für wichtig, dem Patienten/Klienten in meinen Worten zu wiederholen, was ich verstanden habe und mich auf diese Weise immer wieder rückzuversichern, dass das Gesagte bei mir richtig angekommen ist. In den Fragestellungen versuche ich den Fokus auf das zu richten, was erreicht oder verändert werden will, nicht darauf, was das Problem ist, um so die Ressourcen zu aktivieren. Und ich versuche – soweit wie möglich – jede Intervention vorab darauf zu prüfen, ob sie im Sinne des Patienten ist.

Gisela Schmeer weist in ihren Seminaren noch darauf hin im Prozess „die Sprache des Patienten“ zu sprechen, kein anderes Vokabular zu verwenden. Sie meint, dass wenn der Anker über die „eigene“ Sprache gesetzt ist, wirkt der Prozess auch über die Stunde hinaus weiter.

Christof Meier und Gisela Perren-Klingler schreiben, dass wir, bevor wir mit einer anderen Person arbeiten können, eine Beziehung zu ihr brauchen, in der sich der/die andere wohlfühlt und sich auf uns einlassen kann. Eine solche Beziehung kann durch körperliche und sprachliche Synchronisation erreicht werden. Damit wir aber mit einer anders sozialisierten, traumatisierten oder uns unsympathischen Person in Rapport treten können, müssen wir das bewusst tun. *„Dadurch können wir in (fast) allen Situationen eine Beziehung aufbauen, in der Vertrauen möglich ist, ohne uns zu identifizieren oder unser Gegenüber in einer Opferrolle festzulegen.“*¹⁹

Joachim Bauer verweist ebenfalls auf die Körpersignale, bezieht aber auch die Resonanz mit ein: *„Ein guter Psychotherapeut nimmt nicht nur wahr, was der Patient vernünftigerweise sagen kann, sondern muss im Interesse des Patienten auch die intuitiven Signale und Botschaften berücksichtigen, die dieser aussendet. Dazu gehört nicht nur die Beachtung verschiedener körpersprachlicher Zeichen, sondern zusätzlich auch die Wahrnehmung von Resonanzen, die der Patient im Laufe der Behandlung im Therapeuten immer wieder aufs Neue auslöst. Die Resonanzen äußern sich beim Therapeuten in der Regel als spontan auftretende Gedanken, manchmal, wenngleich erheblich seltener, auch als körperliche Empfindungen.“*²⁰

¹⁸ Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer, 1997, S. 7

¹⁹ Christof Meier / Gisela Perren-Klingler, „Ressourcenarbeit“, Institut Psychotrauma Schweiz, 2002, S. 68

²⁰ Joachim Bauer, „Warum ich fühle, was du fühlst“, Verlag Heyne, 10/2006, S. 135

2.4 Integrative Kunsttherapie versus Themenvorgaben

Am Anfang meines Praktikums habe ich begonnen, für aktuelle Patienten, Methoden zu suchen, die sie gezielt unterstützen könnten. Ich habe Übungen gesammelt und mit der Kunsttherapeutin auf Durchführbarkeit im gegebenen Rahmen durchgesprochen. Die meisten der Übungen sind leider in der Gruppe nicht durchführbar, da sie für einzelne Patienten eine schwere Überforderung darstellen würden. Für die Gruppe versuchte ich einen Fundus an einfachen und ressourcenfördernden Übungen, die auch für schwer kranke Menschen durchführbar sind, anzulegen.

Bevor die Vereinbarung getroffen wurde, dass ich bei der bestehenden Gruppe dabei bin, habe ich ein Konzept für die Stunden in der Klinik abgegeben. Dabei habe ich mich an Steinbauer / Taucher, der „Integrativen Maltherapie“²¹, orientiert. Es erschien mir sinnvoll, etwas zu probieren, das sich in dieser Form seit 1996 in Graz an der Psychiatrie bewährt hat.

Frau Dr. Steinbauer arbeitet mit immer gleich bleibenden Rahmenbedingungen. Die Gruppe umfasst 6-10 Personen, sie findet 2x pro Woche statt und dauert etwa 120 Minuten. Der Ablauf gliedert sich folgendermaßen:

Einleitungsphase

Erklärung des Ablaufs. Hinweis darauf, dass bei dieser Therapieform nicht das gesprochene Wort zählt, sondern ein Bild, das den jeweiligen Gefühlszustand ausdrücken soll. Kein Anspruch auf Ästhetik und künstlerischen Wert, sondern Möglichkeit zur Selbsterfahrung. Die Therapeutin teilt auch mit, dass sie selber mitmalen wird.

Anwärmphase

Es wird versucht, die Aufmerksamkeit der Patienten auf ihre aktuelle Gefühlslage zu richten. Die Patienten werden dazu aufgefordert in der Gruppe über ihr derzeitiges seelisches Befinden zu sprechen. Der jeweilige Gefühlszustand wird auf diese Weise punktförmig beleuchtet bzw. angerissen.

Hypnoide Phase

Unter Anleitung der Therapeutin entspannen sich die Patienten mit geschlossenen Augen. Sie werden angeregt, ihre Gefühle und Stimmungen in Form von Symbolen aus der Pflanzen- oder Tierwelt, durch Vorstellung realer oder Traumsituationen oder auch nur durch Farb- oder Formeneindrücke zu visualisieren. Um Leistungsdruck zu vermeiden, wird auch die Möglichkeit angeboten, nur die Entspannung zu genießen.

Arbeitsphase

Die Patienten werden aufgefordert, ihre Visualisierungen und Vorstellungen mit einfachen Materialien wie Ölkreiden, Buntstiften oder Wasserfarben zu malen oder zu zeichnen. Die Therapeuten beteiligen sich mit einer eigenen Gestaltung an der Gruppe.

Besprechungsphase

Zunächst erklärt jeder einzelne Patient, was er mit seinem Bild ausdrücken wollte. Das Bild wird danach im Kreis herumgereicht und die Gruppenmitglieder angeregt ihre Fantasien und Gedanken dazu zu äußern. Parallel dazu setzt die vorsichtige Deutung des Therapeuten ein. Die angebotenen Assoziationen werden vom Gestaltenden angenommen, eventuell weiter ausgebaut oder auch verworfen. Zum Abschluss werden

²¹ Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer

der Gestalter und die Gruppe aufgefordert einen Titel für das Bild zu finden und schriftlich auf dem Bild festzuhalten. Zuletzt stellt der Therapeut sein Bild vor.²²

Die äußeren Bedingungen sind der bestehenden KT-Gruppe an der Abteilung ähnlich, wobei es in „unseren“ Stunden keine hypnoide Phase gibt und die Therapeutin sich nicht am Malen beteiligt.²³

Ich musste allerdings feststellen, dass dieser offene Zugang am Anfang für mich schwierig war, weil mir die Erfahrung mit psychisch kranken Menschen zu arbeiten noch gefehlt hat. Die Kunsttherapeutin der Klinik hat mir geraten, mir für die Stunden, die ich leite, ein engeres Korsett in Form von Übungen oder Themen zu überlegen, da das am Anfang leichter zu handhaben ist.

Also habe ich mich mehr an Ingrid Riedel²⁴, Jolande Jacobi²⁵, Flora von Spreti²⁶ orientiert, die alle ihren Gruppen ein Thema vorgeben. Damit habe ich anfangs gute Erfahrungen gemacht. Die Gruppenmitglieder, die bei einem freien Thema meist eher als Einzelmenschen agiert haben, waren bei einer Themenvorgabe öfter als Teil einer Gruppe zu erleben, weil das gemeinsame Thema doch etwas Verbindendes eingebracht hat. Jolande Jacobi meint dazu, dass durch ein vorgegebenes Thema die Malgruppe in der Klinik mit all ihren verschiedenen Diagnosen zu einer Gruppe wird, sich die Patienten beim Arbeiten beobachten und so ein Gemeinschaftsgefühl entsteht.²⁷ Riedel und Henzler schreiben zur Themenvorgabe in der Gruppe: *„Wenn wir dann jeweils ein symbolisches Motiv für alle vorgeben, ein Motiv, das viel individuelle Freiheit zur Ausgestaltung gibt, wie z.B. die Blume oder das Meer, Symbole also, die sozusagen einen gemeinsamen Grundton für alle Gruppenteilnehmer anschlagen, bewirken wir damit eine gemeinsame Grundstimmung und Konstellation im Unbewussten, wobei die einen z.B. das Meer als tragendes Element [...] empfinden und gestalten, die anderen dagegen als gefährliches, verschlingendes Element, wobei sich in der Gruppe dann die beiden Pole dieses großen Lebens- und Todes-Symbols konstellieren können und die Gruppe in die Ganzheit des Symbols aufgenommen ist und daran teilhat.“*²⁸ Das Verbindende war bei der Themenvorgabe gut zu beobachten, ebenso wie das gegenseitige Beobachten der Gruppenteilnehmer während des Arbeitens. Auch in der Besprechungsrunde gab es nicht nur das Feedback auf die Bilder, sondern wurde zum Teil auch das Symbol selbst samt seiner allgemeinen Bedeutung von der Gruppe besprochen.

Die Gruppen waren aber so verschieden wie die Menschen, die daran teilgenommen haben und ich bin bald auch Patienten begegnet, die sich gegen eine Themenvorgabe gewehrt haben. Gegen den direkten Widerstand eines Mitglieds der Gruppe wollte ich nicht arbeiten. Auch war es einfacher für die Gruppe, wenn an beiden Tagen der Ablauf der Therapie der gleiche war. Es war nie ein Problem, dass die Therapeutin und ich uns in der Leitung der Stunden abgewechselt haben, aber es war für einige Patienten irritierend, wenn sich dabei auch der Ablauf verändert hat. Somit war es auch im Sinne der Patienten, mich am bestehenden Stundenablauf zu orientieren um ihnen die Sicherheit des vertrauten Rahmens zu bieten.

²² Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer, 1997, S. 15

²³ siehe S.5, „Die bestehende Kunsttherapie-Gruppe in der Klinik“

²⁴ Christa Henzler / Ingrid Riedel, „Malen in der Gruppe“, Kreuz Verlag, 2008
und Christa Henzler / Ingrid Riedel, „Maltherapie“, Kreuz Verlag, 2004

²⁵ Jolande Jacobi, „Vom Bilderreich der Seele“, Walter Verlag AG Olten, 1969

²⁶ Spreti / Martius / Förstl, „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“, Verlag Urban & Fischer, 2005

²⁷ Jolande Jacobi, „Vom Bilderreich der Seele“, Walter Verlag AG Olten, 1969, S. 243 ff.

²⁸ Christa Henzler / Ingrid Riedel, „Malen in der Gruppe“, Kreuz Verlag, 2008, S. 19

Sobald ich mich sicherer in der Abteilung bewegt habe, habe ich mich darauf verlegt, Themen vorzubereiten, wenn ich die Gruppe kannte, sie aber auch wieder zu verwerfen, wenn z.B. ein neuer Patient dazugekommen ist und es mir unpassend erschien.

Ohne Themenvorgabe zu arbeiten, aber einen Fundus an Übungen zu haben, falls einzelne Patienten um ein Thema bitten, habe ich in diesem Rahmen als Optimum erlebt. Innerhalb dieses „Systems“ war es immer auch möglich gezielt für einzelne Patienten Themen vorzubereiten.

Beispiele für immer wieder verwendete Themen sind:

- Grenzen
- Ort des Wohlbefindens
- Ein sicherer Ort
- Lieblingsfarbe
- Quelle
- Rahmenbilder
- Gemeinschaftsbild mit eigenem Bereich

In der Gruppentherapie ist es nur begrenzt möglich auf individuelle Probleme einzugehen. Wo es notwendig ist, sind immer Einzelsettings mit anderen Therapeuten oder Ärzten vorgesehen.

2.5 Diagnostische Werkzeuge

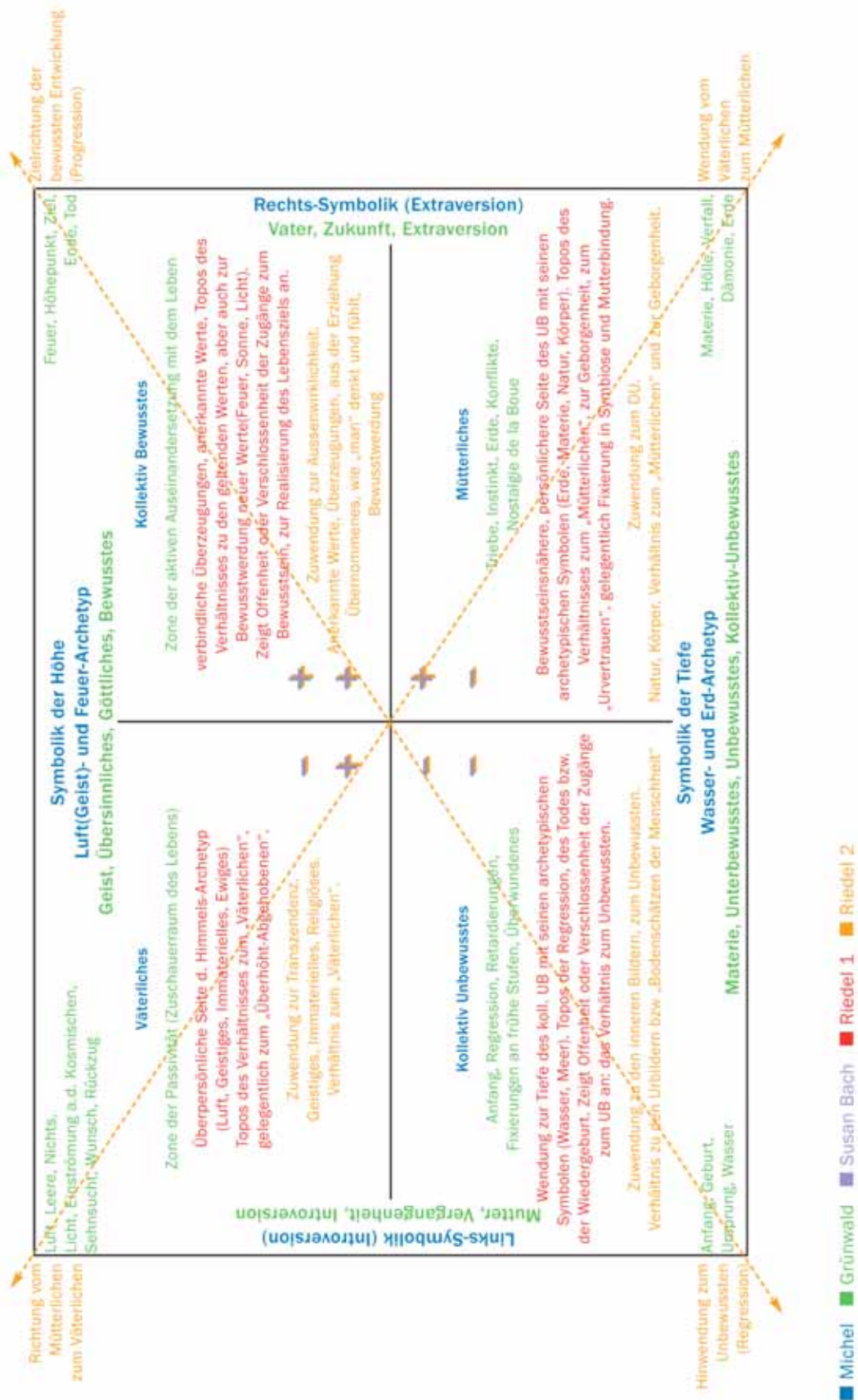
2.5.1 Tabelle Steinbauer / Taucher

Malgruppe und Diagnose²⁹

	Endogene Depression	Neurotische Störung	Schizophrene Störung Plusstomatik	Minussymptomatik
<i>Am Beginn der Therapie</i>				
Farbe	dunkle Farben und/oder geringe Farbintensität	breites Farbspektrum, hohe Farbintensität	breites Farbspektrum, hohe Farbintensität	mäßige Farbintensität
Formelemente und Darstellungsstruktur	wenig Formelemente	Formenreichtum	viele Formelemente bei zerrissener Darstellungsstruktur	wenige u/o monotone, sich wiederholende Formelemente
Bildflächennutzung	schlechte Bildflächennutzung	gute Bildflächennutzung, oft gesamte Bildfläche gefüllt	chaotischer Bildaufbau	ausgeprägte Leere der Bildfläche
Symbolik	depressive Symbolik	Konfliktdarstellungen		
Horizontdarstellung			kein Horizont – keine Perspektive	kein Horizont – keine Perspektive
<i>Bei erfolgreicher Therapie</i>				
Farbe	Aufhellung der Farben – Zunahme der Farbintensität	Farbspektrum und -intensität unverändert	Farbspektrum und -intensität unverändert	Zunahme der Farbintensität und des Farbspektrums
Formelemente und Darstellungsstruktur	Zunahme und Vielfalt der Formelemente	Formenreichtum unverändert	klare, zusammenhängende Strukturen	Zunahme und Vielfalt der Formelemente
Bildflächennutzung	bessere Bildflächennutzung	unveränderte Bildflächennutzung	Ordnung im Bildaufbau	
Symbolik	Veränderung im Sinne einer Lebensbejahung	Konfliktlösungsversuche bzw. Konfliktauflösung auf Bildebene	Sinnzusammenhang der Symbolik	Sinnzusammenhang der Symbolik
Horizontdarstellung			Horizontbildung	Horizontbildung

²⁹ Maria Steinbauer / Johann Taucher, „Integrative Maltherapie“, Springer, 1997, S. 119

2.5.2 Zusammenfassung Raumschemata³⁰



³⁰ Zusammenfassung unserer Peergruppe vom 21.5.2006 der Bildschemata aus dem Skriptum „MGT-Grundstufe, Grundlagen 2“

2.6 Allgemeines und Spezielles zum Thema Psychiatrie

2.6.1 moderne Psychiatrie

Nach der Psychiatriereform in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde von stationärer so weit wie möglich auf ambulante Versorgung umgestellt. Abteilungen werden offen geführt, Betten wurden abgebaut. In Österreich schrumpfte die Zahl der Psychiatriebetten seit Ende der 70er-Jahre von ca. 20.000 auf etwa 4.000.

1991 trat das neue Unterbringungsgesetz für psychisch Kranke in Kraft, bereits im Folgejahr verringerte sich der Anteil unfreiwilliger Aufnahmen von 96 auf 20 Prozent und bleibt seither konstant auf diesem Niveau.³¹

Momentan werden große psychiatrische Kliniken zugunsten einer Dezentralisierung aufgelöst und die psychiatrischen Abteilungen den lokalen Krankenhäusern angeschlossen. Das wird von den Patienten gut aufgenommen, da die Stigmatisierung wegfällt. Man geht ins Krankenhaus und nicht mehr ins Irrenhaus, die Hemmschwelle sinkt.

2.6.2 Patientenrechte / Zwang in der Psychiatrie³²

Die gesellschaftliche Aufgabe der Psychiatrie besteht unter anderem auch darin, psychisch kranke Menschen vor sich selbst und andere Menschen vor ihnen zu beschützen (Selbst- und Fremdgefährdung). Daher hat die Psychiatrie im Gegensatz zur somatischen Medizin eine Sonderstellung mit eigenen Gesetzen (z.B. Unterbringungsgesetz).

Seit 1991 Neues Unterbringungsgesetz

- *Behandlung gegen den Willen des Patienten nur bei Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig*
- *Zwangseinweisung („Parere“) nur durch Amtsarzt (mittels amtsärztlicher Bescheinigung)*
- *Unterbringung im Spital durch Begutachtung zweier Fachärzte für Psychiatrie*
- *Innerhalb von 4 Tagen: Richterliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit, Information an Patientenanwalt*
- *Innerhalb von 2 Wochen: Gerichtliches Gutachten eines Sachverständigen*

2.6.3 Häufigste Krankheitsbilder³³

Durch den ICD10 ist es möglich eine internationale Klassifikation von Diagnosen vorzunehmen. (International Classification of Diseases)

- F0x Demenz
- F1x Substanzabhängigkeit
- F2x Schizophrene und wahnhafte Störungen
- F3x Affektive Störungen
- F4x Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5x Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- F6x Persönlichkeitsstörungen
- F7x Intelligenzminderung
- F8x Entwicklungsstörungen
- F9x Verhaltens- und emotionelle Störungen mit Beginn in der Kindheit

³¹ Quelle: <http://www.medizin-medien.info/dynasite.cfm?dssid=4172&dsmid=60797&dspaid=437012>, Stand November 2008

³² Dr. Klaus Paulitsch, Vortrag „Psychische Erkrankungen“ – Seminar für MitarbeiterInnen der Caritas

³³ Dr. Klaus Paulitsch, „Praxis der ICD-10-Diagnostik“, Verlag Facultas, 2004

2.6.4 Erwähnte Krankheitsbilder

Schizophrenie F 20

Schizophrenien sind schwerwiegende psychische Erkrankungen [...]; sie sind durch psychopathologisch beschreibbare Auffälligkeiten des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet und können in unterschiedlichen syndromatischen Erscheinungsformen auftreten. Im akuten Schub bestehen meist eine erheblich verzerrte Realitätswahrnehmung und –bewertung. Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit.³⁴

Spezifische Persönlichkeitsstörungen F 60

Die Störung tritt bereits im Jugendalter, in ihrer vollen Ausprägung jedoch erst im Erwachsenenalter auf. [...] Der Betroffene zeigt ein dauerhaftes Erfahrungs- und Verhaltensmuster, welches von den kulturell adäquaten Vorgaben („Normen“) abweicht und sich in folgenden Bereichen äußert: 1. Kognitive Funktionen, 2. Affektivität, 3. Impulskontrolle, 4. Die Art des Umgangs im zwischenmenschlichen Bereich. Das abweichende Verhalten ist so ausgeprägt, dass viele persönliche und soziale Probleme unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig gelöst werden. Die Störung führt zu deutlichen Leiden mit Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit.³⁵

Bipolar-II-Störung F 31.80

Der Begriff wird im DSM IV für eine rezidivierende affektive Störung verwendet, bei der neben der typischen depressiven auch hypomanische Episoden auftreten. Die Diagnose der Bipolar-II-Störung ist schwierig, da sich hypomanische Phasen klinisch nicht so eindrucksvoll wie typische manische Episoden zeigen [...]. Laut ICD-10 ist die Störung den sonstigen bipolaren affektiven Störungen subsumiert.³⁶

Depression F 32

Diagnosekriterien: Die Dauer beträgt mindestens zwei Wochen. Mindestens vier der folgenden zehn Symptome mit mindestens zwei der ersten drei: 1) depressive Stimmung, 2) Verlust von Interesse und Freude, 3) Ermüdbarkeit und Energieverlust, 4) Verlust von Selbstvertrauen, 5) Schuldgefühle und unangemessene Selbstvorwürfe, 6) Suizidgedanken oder suizidales Verhalten, 7) Verminderung der Konzentration, 8) veränderte psychomotorische Aktivität, 9) Schlafstörungen, 10) Veränderung des Appetits, auch Körpergewichtsveränderungen.³⁷

Hypomanie F 30

Zustand von deutlich gehobener oder gereizter Stimmung und anderen Symptomen der Manie, der mindestens vier Tage anhält, symptomatisch insgesamt weniger ausgeprägt ist und damit weniger stark in das Leben des Betroffenen eingreift. Wird häufig von Betroffenen nicht nur als angenehm, sondern als „normal“ empfunden, von Angehörigen bagatellisiert und von Ärzten/Psychologen oft nicht oder fehldiagnostiziert.³⁸

³⁴ Arolt / Reimer / Dilling, „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“, Verlag Springer, 2006, S. 116

³⁵ Dr. Klaus Paulitsch, „Praxis der ICD-10-Diagnostik“, Verlag Facultas, 2004, S. 193 ff.

³⁶ Dr. Klaus Paulitsch, „Praxis der ICD-10-Diagnostik“, Verlag Facultas, 2004, S. 120

³⁷ Dr. Klaus Paulitsch, „Praxis der ICD-10-Diagnostik“, Verlag Facultas, 2004, S. 91 ff.

³⁸ Arolt / Reimer / Dilling, „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“, Verlag Springer, 2006, S. 151

3. Praktischer Teil

3.1 Die bestehende Kunsttherapie-Gruppe in der Klinik



Die bestehende Kunsttherapie-Gruppe der Abteilung Baden findet jeweils Mittwoch und Donnerstag vormittags im kleineren Ergo-Raum statt. Es sind je zwei Einheiten á 45 Minuten, die maximale Teilnehmerzahl sind sechs Patienten. Ist ein Patient der Gruppe einmal zugewiesen, so nimmt er/sie für die Dauer des Aufenthalts an der Gruppe teil, außer er/sie beendet die Teilnahme auf eigenen Wunsch. Bei einem neuerlichen

Aufenthalt werden die Patienten, so ein Platz frei ist, wieder den gleichen Gruppen zugeteilt.

An Materialien stehen verschiedene Papiergrößen, von A5 bis zu großen Rollen, zur Verfügung. Es gibt Wasserfarben, Gouachen, Acryl- und Fingerfarben, Tusche und Feder, Filzstifte, Öl- und Pastellkreiden, Buntstifte und Aquarellbuntstifte, Bleistift, Kohle, Rötel, Zirkel und Lineale zur Auswahl.

Die Patienten nehmen ihre Bilder als ihr Eigentum immer nach der Stunde mit auf ihre Zimmer, außer in Ausnahmefällen, in denen die Bilder bis zur Entlassung für die Patienten aufbewahrt werden. Die Bilder werden nicht mit den Ärzten besprochen und kommen nicht in den Krankenakt.

Von der Methodik orientierte ich mich an der hauseigenen Kunsttherapeutin, da ich von Beginn an bei ihren Stunden „mitgelaufen“ bin. Es wurde vereinbart, dass ich, da mein Grundberuf nicht den Anforderungen des Spitals entspricht, keine eigene Gruppe leiten darf. Nach sechs Wochen durfte ich erstmals für drei Wochen die Gruppe alleine führen während die Kunsttherapeutin auf Urlaub war. Nach ihrer Rückkehr haben wir uns darauf geeinigt, dass ich jede zweite Stunde die Leitung übernehme und sonst als Co-Therapeutin dabei sitze. Sie hat in Folge die Gruppe am Mittwoch geführt, ich am Donnerstag, wir waren immer beide anwesend, ausgenommen die Urlaube.

Frau Haller, die Kunsttherapeutin an der Abteilung, hat langjährige Psychiatrie-Erfahrung. Ihre Stunden laufen meistens nach demselben Schema:

- Begrüßung
- Befindlichkeitsrunde
- Malprozess Stimmungsbild
- Wegräumen
- Bildbesprechung

In diesem Setting gibt es keine Themenvorgaben oder bestimmte Übungen, die Materialwahl ist frei. Manchmal wird z.B. in Form von Materialvorgaben eingegriffen, wenn sich ein Patient in den Bildern zu sehr wiederholt. Wenn erforderlich oder gerade passend, gibt es Anregungen oder klare Vorgaben für die Patienten. Frau Haller reagiert sehr flexibel auf das, was aktuell in der Gruppe stattfindet.

Im Rahmen ihrer Stunden war ich von Anfang an eingeladen, mich an den Bildbesprechungen zu beteiligen. Die ersten vier Wochen habe ich dabei als Zuschauerin verbracht und mich bemüht, möglichst rasch und viel über die verschiedenen Krankheitsbilder zu lernen, um die jeweiligen Erscheinungsformen im Bild und im Gespräch besser zu erkennen.

3.2 Der Einfluss der Gruppe

Ingrid Riedel und Christa Henzler schreiben in ihrem Buch „Maltherapie“, dass die Gruppe als Verkörperung des Mutter-Archetyps einen Raum relativer Angstfreiheit darstellt, was eine gute Voraussetzung bietet um Bilder aus dem Unbewussten aufsteigen zu lassen³⁹. Sie schreiben auch: *„Maltherapie in der Gruppe bringt primär in Kontakt mit den eigenen inneren Bildern, auch mit denen der anderen Gruppenteilnehmer, und bewirkt, gerade auch im Vergleich mit den Bildern anderer, dass die eigenen Bilder sehr bewusst werden, auch in ihrer Unterschiedlichkeit von denen der anderen.“*⁴⁰.

In diesem Zusammenhang habe ich sowohl Patienten gesehen, die keinen einzigen Blick auf die Bilder der anderen geworfen haben, weil sie von den Eindrücken überflutet gewesen wären, als auch Patienten, die im Bild des anderen „Verbesserungen“ angebracht hätten, wären sie davon nicht abgehalten worden. Es war auch zu beobachten, dass Menschen, die es nicht gewohnt sind über ihre Gefühle zu sprechen, über die Prozesse der Mitpatienten Zugang zu ihren eigenen Gefühlen gefunden haben, indem sie zuerst ihre Kompetenzen und Erfahrungen zum Prozess der anderen einbrachten und dabei die Verbindungen zu ihrem eigenen Erleben hergestellt haben. *„Präsentiert man dem Geist zwei Ideen gleichzeitig, so muss er sie miteinander in Verband bringen; denn er kann nicht über zwei separate Dinge gleichzeitig reflektieren.“* (Leonardo da Vinci)

Wie weit man in die Tiefe gehen kann, hängt natürlich immer vom Rahmen und der Zusammensetzung der Gruppe ab. Es muss für die gesamte Gruppe interessant bleiben, es ist darauf zu achten, was dem einzelnen und der Gruppe zumutbar ist und es ist der Arbeitsauftrag im Auge zu behalten. Die Gruppen auf der Psychiatrie zielen mehr auf die Vermittlung von Realitätsbewusstsein, auf den sozialen Umgang miteinander und auf Alltagsbewältigung als auf Selbsterfahrung. Die therapeutischen Interventionen innerhalb der Gruppe sollen dabei helfen, das Momentane zu erkennen, das Positive darin zu finden und zu benennen.

Patienten, die selber gerade in einer Krise stecken oder diese gerade überwunden haben, können sich oft sehr gut in die Probleme ihrer Mitpatienten einfühlen. Auch glaube ich, dass jeder Mensch nicht nur seine Krankheit in die Therapie mitbringt, sondern auch die Kompetenzen mit ihr umzugehen.⁴¹

Ich habe die Meldungen und Kommentare der Mitpatienten in der Gruppe zumeist als heilend und helfend erlebt. Auf der anderen Seite habe ich gesehen, dass einzelne Mitpatienten durchaus zu weit gehen, wenn ihnen keine Grenzen gesetzt werden und bin zu dem Schluss gekommen, dass die Aufgabe der Gruppenleitung auch im Abschätzen dessen liegt, wieviel an Feedback aus der Gruppe dem Patienten zur Zeit zumutbar ist.

³⁹ Christa Henzler / Ingrid Riedel, „Maltherapie“, Kreuz Verlag, 2004, S. 195

⁴⁰ Christa Henzler / Ingrid Riedel, „Maltherapie“, Kreuz Verlag, 2004, S. 223

⁴¹ vergleiche Peseschkian, „Der Kaufmann und der Papagei“, Fischer, 2001

3.3 Angststörung: Die Grenzen der Gruppe erkennen

In meiner ersten Stunde ohne Co-Therapeutin hatte ich drei Patienten. Eine ältere Dame mit einer schweren Depression mit mutistischen Zügen, eine Dame, Ende 50, mit einer bipolaren Störung am Ende ihrer depressiven Phase, die ich beide schon in vorigen Stunden erlebt hatte, und erstmalig einen Herrn um die 50 mit einer generalisierten Angststörung. Mein Eindruck der letzten paar Wochen war, dass die Mitpatienten in den Bildbesprechungen grundsätzlich alles ansprechen dürfen und können, mit hohem Lerneffekt für die Gestalter. Ich war so begeistert von der „Heilkraft“ und der Kompetenz der Gruppen, die ich erlebt hatte, dass ich gar nicht auf die Idee gekommen bin, dass es auch anders sein kann. Eine der Mitpatientinnen hat ihren Gefühlen zu dem Bild des Angstpatienten sehr hart und klar Ausdruck verliehen und ich habe das in der Situation auch gut gefunden, weil ich die Punkte ebenfalls wahrgenommen habe, aber nicht in dieser Klarheit angesprochen hätte. Ich habe sie ungehemmt reden lassen, um dann im Anschluss die positiven Aspekte des Bildes herauszuarbeiten. Am Ende des Settings war der Patient sehr positiv eingestellt und hat das auch deponiert. Am Nachmittag hat er noch weiter über das Bild nachgedacht und die Bedeutung hat sich für ihn ins Negative gewandelt. Er ist in eine Zukunfts- und Sinnkrise gekippt und gab dem Bild bzw der Kunsttherapie die Schuld. Was ich daraus gelernt habe war, dass meine Aufgabe als Therapeutin auch darin besteht, die Patienten vor ihren Mitpatienten zu „schützen“, wenn sie es im Moment nicht selber können. Ich bin mit dem Gefühl, ihm den Inhalt des Bildes zumuten zu können, voll in sein Muster eingestiegen und habe übersehen, dass dieser „toughe“ Mann auf der Akutpsychiatrie gelandet ist, weil ihm im Augenblick eben nicht soviel zumutbar war. Es war gut, dass er diese Krise in der Klinik bekommen hat, es war letztendlich auch gut, dass seine intellektualisierende Mauer aufgebrochen wurde, weil damit auch andere Gespräche ermöglicht wurden, die er vorher in dieser Form nicht zugelassen hat und damit eine Entwicklung ermöglicht wurde. Das, was für mich nicht gepasst hat, war, dass mein Arbeitsauftrag „Stabilisierung“ gelautet hat, und ich den nicht erfüllt habe, bzw dass ich mir über die möglichen Konsequenzen zu diesem Zeitpunkt nicht im Klaren war.

3.4 Schizophrenie: Die Grenzen zu den anderen wahrnehmen



April 2008,
4 Teilnehmer
Nur selten war unsere Gruppe eine harmonische im Sinne gleichen Alters oder gleicher Themen. Anfang April hatten wir eine Gruppe, bestehend aus vier Personen Mitte Zwanzig, drei davon mit der Diagnose Erstmanifestation Schizophrenie und eine junge Frau nach einem Suizidversuch.

In diesem Fall hat sich ein Gruppenbild angeboten. Die Aufgabenstellung war einen sicheren Raum mit klarer Abgrenzung nach außen für sich selbst zu

gestalten und im Anschluss in der Mitte einen gemeinsamen Raum zu gestalten. Der eigene Raum war frei zu gestalten, das Gemeinsame sollte miteinander abgeklärt werden. Die Intention war, dass die Patienten ihre eigenen Grenzen wahrnehmen und diese auch nach außen deutlich machen. Das Thema hat alle vier Patienten gleichermaßen betroffen. Mit dem Wahrnehmen der eigenen Grenzen wird zugleich das Ich gestärkt. Solange jeder an seinem eigenen Bereich gearbeitet hat, war es gut, obwohl bei Hrn. T und Fr. N Verunsicherung zu spüren war. Sobald der gemeinsame Prozess gestartet wurde, wurde es schwierig. Hr. R verließ den Raum um auf die Toilette zu gehen und war einige Minuten weg. Damit war die Gruppe vorübergehend lahmgelegt und es war schwierig, sie wieder in Gang zu bekommen. Die vier haben sich auf eine Wegkreuzung geeinigt, das ganze Bild war zu Anfang noch sehr farb- und leblos. Mit gezielten Fragen, was im Bild noch fehlt, wurden die Patienten zu farbigen Akzenten angeregt, um eine Unterscheidung vom Eigenen zum Gemeinsamen zu setzen.



Fr. D, geb. 1988

Fr. D, die junge Frau nach dem Suizidversuch, war in der Darstellung ihrer Grenzen sehr deutlich. Sie hat zuerst ihren Bereich mit einem Stacheldraht versehen, dann den roten Kreis gezogen und das Strichmännchen mit der Sprechblase hineingesetzt. Dann hat sie darauf gewartet, dass die Arbeit am Gemeinsamen gestartet wird.

Nachdem Hr. R wieder im Zimmer war, kam von ihr, mit sehr leiser Stimme, der Vorschlag Blumen zu machen, nachdem die Wege gezogen waren (jeder Patient hat seinen Weg in die Mitte selber gezogen, nachdem Hr. R die

Kreuzung definiert hatte), hat sie den Wegweiser in der Mitte vorgeschlagen. Sie war im Prozess sehr entspannt und hat sich aktiv beteiligt, hat aber nie versucht sich durchzusetzen, nachdem sie einen Vorschlag einmal gemacht hat. Im letzten Schritt, bei der Besprechung wie man das Bild lebendiger machen könnte, hat sie Menschen, Kinder, Hunde vorgeschlagen, sich dann aber angepasst und auch nur mit Blau ihren Wegrand nachgezogen.

Deutlich unterscheidet sich ihre klare Außengrenze, der Stacheldraht, von den Bereichen der anderen.



Fr. N, geb. 1984

Fr. N hat sich am Vortag dazu entschieden noch 14 Tage länger zu bleiben und die angebotenen Therapien als Orientierungshilfe anzunehmen.

In ihrem eigenen Bereich hat sie, vorerst nur mit Grün, eine Blume gezeichnet, nach unten offen, die Blütenblätter nicht an den Stängel anschließend.

Nach einer Pause von mehreren Minuten hat sie in einem sehr hellen Beige die Blütenblätter innen konturiert.

Fr. N's Vorschlag für die Mitte war ein gemeinsames Symbol zu finden.

Bei der gemeinsamen Schlussbetrachtung wurde festgestellt, dass das Gemeinsame sich durch die Farbe erkennbarer vom Eigenen abhebt.

Dabei stellte Fr. N fest, dass es bei ihrem Bereich nicht so ist, da sie für ihre Blume bereits Farbe verwendet hatte. Sie war damit unglücklich, hatte aber vorerst keine Idee, wie sie das ändern könnte. Es wurden alle in der Gruppe reihum gefragt, keiner hatte eine Idee, wie sie ihren Bereich besser vom Gemeinsamen abheben könnte. Dann wurde ich gefragt und habe eine zusätzliche Farbe vorgeschlagen. Fr. N war begeistert und

erstaunt, dass sie nicht selbst draufgekommen ist. Sie hat zu Schwarz gegriffen und ist mit der Kreide in der Hand über der Blume gekreist. Dabei meinte sie, sie wolle die Blume nicht verändern, die passe genauso wie sie ist. Ich meinte, sie müsse ja auch nicht das Eigene verändern, es gäbe ja auch noch das Gemeinsame. Daraufhin hat sie die Umrahmung der Blume gemacht, laut und erleichtert geseufzt und gemeint „Jetzt ist es gut!“. Damit war die Stunde zu Ende.

Flora von Spreti schreibt, dass konkretisierende Interventionen direkt am Bild für die schizophrenen Patienten oft als Rettungsanker wahrgenommen und meistens dankbar angenommen werden.⁴²



Hr. R, geb. 1981

Hr. R war sofort mit dem Gemeinschaftsbild einverstanden. Er hat mit dem Rechteck begonnen, aus dem sehr schnell erkennbar ein Bett wurde. Sobald die Gruppe aufgefordert wurde zum Gemeinsamen überzugehen, hat Hr. R gebeten auf die Toilette gehen zu dürfen. Damit war der Arbeitsprozess auf mehrere Minuten unterbrochen.

Bei seiner Rückkehr hat er recht schnell die Führung der Gruppe übernommen. Er hat einen schwarzen Filzstift zur Hand genommen und sobald er einen Vorschlag für gut befunden hat, hat er mit der Umsetzung begonnen ohne auf das ok der anderen zu warten. Zuerst das Wegkreuz, dann hat er den Stift an die anderen weitergereicht, damit jeder das letzte Stück seines Weges selber zeichnet, dann hat er den Vorschlag von Fr. D aufgegriffen und den Wegweiser in die Mitte gezeichnet und auch gleich seinen Namen hineingeschrieben. Zusätzlich hat er den Wegweiser mit einer Glühbirne ausgestattet, damit man ihn auch in der Nacht sieht.

Bei der Besprechung, was das Bild lebendiger machen könnte, hat er immer wieder eine Parkbank erwähnt und sie dann auch gezeichnet. Sein Wegrand ist mit Blumen und Wiese gesäumt.

Bei Hrn. R ist der Unterschied zwischen einem eigenen Bereich und dem gemeinsamen am deutlichsten erkennbar.



Hr. T, geb. 1988

Hr. T stand der Idee eines gemeinsamen Bildes sehr skeptisch gegenüber. Er hat sich die Aufgabenstellung angehört und dann sehr gezielt „sein“ Haus gezeichnet. Nachdem er das Haus fertig hatte, machte Hr. T eine längere Pause, in der er Hrn. R beim Zeichnen beobachtete. Dann nahm er die bunten Kreiden und zeichnete den

Baum neben sein Haus, im Anschluss daran lehnte er sich wieder zurück und beobachtete.

Während Hr. R draußen war, hat Hr. T einen Weg als gemeinsamen Bereich vorgeschlagen, das hat er wiederholt als Hr. R zurück war und war sichtlich zufrieden, als das aufgegriffen wurde. Bei der Besprechung meinte er, dass „*die Stadt friedlich wirke*“. Er meinte, dass passt so und er wolle nicht, dass da noch etwas dazukomme. Nachdem das Bild um die Farbe ergänzt war, stellte er erstaunt fest, dass das Bild viel schöner geworden war, schon auch lebendiger und unterscheidbarer, aber vor allem schöner.

⁴² Spreti / Martius / Förstl, „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“, Verlag Urban & Fischer, 2005, S. 65

Ein Haus, dem heutigen sehr ähnlich, gab es auch in den drei Stunden davor, an denen Hr. T teilgenommen hat.

Anhand dieses Prozesses wird das Problem schizophrener Menschen, ihre Grenzen zur Außenwelt zu definieren deutlich sichtbar. Die unklaren Ich-Grenzen spiegeln sich in den nicht erkennbaren Grenzen im Bild wider. Die fehlende Farbe findet sich in der Tabelle „Malgruppe und Diagnose“⁴³ als typisch für eine schizophrene Störung mit Minussymptomatik, ebenso wie die ausgeprägte Leere der Bildfläche. Bäuml und Martius beschreiben den Zustand der Kranken folgendermaßen: *„So wird vor allem die Grenze zwischen Innen- und Außenwelt nicht mehr eindeutig wahrgenommen, die Umwelt erscheint unwirklich (Derealisation), aber auch der Kranke ist sich selbst gegenüber fremd (Depersonalisation). Das Denken wird ungeordnet (inkohärent).“*⁴⁴ Ich habe diese Übung als hilfreich erlebt, weil ich den Eindruck hatte, dass jeder der anwesenden Patienten sich viel daraus mitnehmen konnte ohne direkt über sein Erleben sprechen zu müssen. Auch habe ich sie als sehr achtsam im Umgang der unklaren Grenzen der anderen erlebt. Jede(r) darauf bedacht, den anderen nicht zu nahe zu kommen, um nicht eine (unsichtbare) Grenze zu überschreiten.

*„Wenn wir anerkennen, dass wir uns das Fremde nicht aneignen und vertraut machen können, sondern dass es für uns fremd und unverständlich bleibt, benötigen wir eine offene, interessierte Haltung, die das Fremdartige akzeptiert und zulässt.“*⁴⁵ schreiben Bauer und Jackowski. Auch da kommt wieder der Respekt vor dem, was das Gegenüber ausmacht, zum Tragen.

Flora von Spreti schreibt zum Thema Bildaussage, dass der Schwerpunkt in der Behandlung schizophrener Patienten neben dem achtsamen Wahrnehmen der Person vor allem auf der aufmerksamen, verstehenden Akzeptanz des Bildinhalts beruht. Der Schwerpunkt der Intervention liegt in der Ressourcenorientierung, die Patienten darin, was sie noch oder wieder leisten können, zu bestärken und zu unterstützen. Der Hinweis auf fehlende Ordnung, Struktur oder – wie im oberen Beispiel – Grenzen im Bild kann für die Patienten hilfreich und unterstützend sein und wurde in diesem Fall problemlos angenommen. Die Intervention läuft ausschließlich über das Bild als „symbolischen Außenposten“, es ist nicht notwendig anzusprechen, dass die Ordnung dem Patienten gut täte, das müsste in der Akutphase als zu direktiv abgewehrt werden. Flora von Spreti warnt davor, den schizophrenen Patienten mit einer Benennung oder gar Deutung des Dargestellten zu überfallen. Sie schreibt auch, dass Abwehr gegen überfordernde Erkenntnisse in der Psychose kein Zeichen von Widerstand ist, sondern auf eine wiedererwachende Abgrenzungsfähigkeit hinweist.⁴⁶

Kipp, Unger und Wehmeier raten dazu mit Menschen in einer Psychose wie mit einem Kind zu handeln, aber wie mit einem Erwachsenen zu sprechen.⁴⁷

⁴³ siehe Theoretischer Teil, S. 15, Tabelle Steinbauer / Taucher, „Malgruppe und Diagnose“

⁴⁴ Spreti / Martius / Förstl, „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“, Verlag Urban & Fischer, 2005, S. 52

⁴⁵ David Bauer / Jutta Jackowski, „Kunst & Therapie 2/2007“, Claus Richter Verlag, S. 64

⁴⁶ Spreti / Martius / Förstl, „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“, Verlag Urban & Fischer, 2005, S. 69 ff

⁴⁷ Kipp / Unger / Wehmeier, „Beziehung und Psychose“, Psychosozial-Verlag, 2006, S. 55

3.5 Vermeintlicher Stillstand: Alles hat seine Zeit

Ich habe erfahren, dass gerade bei Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes oder ihrer Persönlichkeit an großer Hoffnungslosigkeit leiden, meine Aufgabe als Therapeutin darin besteht, stellvertretend für die Patienten zu wissen, dass es für sie auch wieder besser wird und ihnen das auch zu vermitteln.

„Die Freude des Therapeuten über die schöpferischen Fähigkeiten des Klienten mag idealisierend erscheinen, hat aber – gerade in einem pathologisierenden Behandlungsrahmen – eine ähnliche Wirkung wie ein Placebo: >Das Gefühl jemand glaubt an mich beflügelt und die dadurch freigesetzte Energie lässt Ungeahntes entstehen.< (Schottenlohe) oder trägt, auch unspektakulär, zu einem wachsenden Glauben des Patienten an sich selbst bei.“⁴⁸

Gleichzeitig beinhaltet das Übernehmen des Glaubens bzw des aus Erfahrung Wissens, dass die Besserung eintreten wird, die Gefahr mehr an Verantwortung zu übernehmen als gut ist. Es besteht die Gefahr, der Hilflosigkeit mit einem Überangebot zu begegnen statt die Eigeninitiative der Patienten zu fördern. Die langsame Entwicklung, die letztendlich jedoch stattfindet, macht depressive Patienten zu „idealen“ Patienten, da diese im Rahmen ihrer Krankheit oftmals einen Autonomiemangel oder -verlust erleiden und in ihrer Hilflosigkeit und Unentschlossenheit der Therapeutin das Gefühl vermitteln, „gebraucht“ zu werden.

Besonders deutlich wurde das für mich im Umgang mit älteren Patienten, die in ihrer Kindheit im Krieg gelernt haben, nicht über ihre Gefühle zu sprechen, und dann im Rahmen einer Depression im Alter plötzlich in einer Therapiegruppe aufgefordert sind über ihre Gefühle zu sprechen. Die beste Möglichkeit sie in die Gruppe zu integrieren ist über ihre Kompetenz und ihre Erfahrungen. Über die Probleme der anderen Gruppenmitglieder können manche von ihnen langsam an ihre eigene Gefühlswelt herankommen.

Im Rahmen ihrer Depression griffen die Patienten eher zu einem kleinen Format und zu vertrauten Materialien. Das Variieren des Formats oder die Wahl eines neuen Materials und vor allem die Körpersprache war als Ausdruck der Entwicklung und der Veränderung stets am Anfang. Unter anderem durch das Arbeiten mit dem Dokumentationsbogen⁴⁹, den ich nach jeder Stunde für jeden Gruppenteilnehmer ausgefüllt habe, hat sich mein Hinschauen verändert. Gisela Schmeer schreibt *„Es ist wichtig, alle mimischen und körperlichen Bewegungen und „Zeichen“ des Patienten wahrzunehmen und ihm nicht mehr „Bild“ zuzumuten, als er integrieren kann.“⁵⁰* Gerade bei den Patienten, deren Besserung nur langsam vonstatten ging, waren die Körpersignale oftmals der erste Orientierungspunkt, dass sich etwas zu verändern beginnt.

Letztendlich bin ich überzeugt, dass die Patienten das Tempo bestimmen, in dem sie sich ihrer Entwicklung stellen und sich die Zeit nehmen, die sie dafür brauchen. Wir sind nur die Begleiter.

⁴⁸ Ilse Nürnberger, „Kunsttherapie und Autonomie“, Verlag Daedalus, 2004, S. 134

⁴⁹ Der Dokumentationsbogen ist im Anhang 5.1 beschrieben, siehe S. 48-50

⁵⁰ Gisela Schmeer, „Krisen auf dem Lebensweg“, Verlag J. Pfeiffer, 1994, S. 15

3.6 Fallbeispiele

Ich habe die Erlaubnis der hier vorgestellten Patienten sie als Fallbeispiele zu nutzen jeweils erst nach ihrer letzten Stunde in der KT-Gruppe eingeholt, um den Prozess in der Therapie nicht zu beeinflussen und keinen Druck zu erzeugen.

3.6.1 Widerstand: Die Autos des Hrn. K

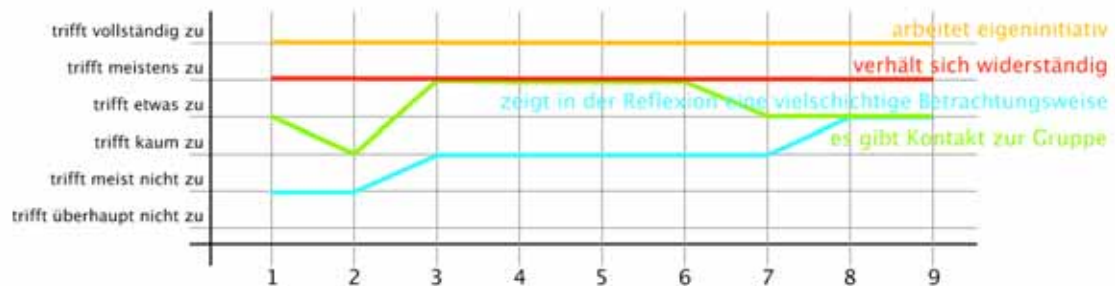
Hr. K, geboren 1979

Diagnose⁵¹: polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie

Sozialstatus: Automechaniker, verheiratet

Überweisungsauftrag: Stabilisierung, Krankheitseinsicht

Prozessdokumentation Hr. K



Ich habe aus meiner Prozessdokumentation vier Punkte, die mir in der Arbeit mit Hrn. K wesentlich erschienen, herausgegriffen, anhand derer ich die Entwicklung im kunsttherapeutischen Prozess grafisch dargestellt habe.⁵²

Hr. K war nach dem Unterbringungsgesetz § 49 wegen Selbst- und Fremdgefährdung unfreiwillig für drei Wochen an der Abteilung untergebracht. Hr. K wollte und konnte im Rahmen seiner Psychose nicht nachvollziehen warum er in der psychiatrischen Abteilung gelandet war und wollte sich nicht helfen lassen. Er war freundlich und hilfsbereit im Umgang mit den anderen Patienten. In der ersten Kunsttherapiestunde war er sehr freundlich, angepasst, offenbar kooperativ und hat zugleich das Gefühl ausgelöst, dass er sich mit Händen und Füßen sträubt. Er war nicht „greifbar“, dabei aber so freundlich, dass er keine „Angriffsfläche“ bot. Er erzählte mir, dass er gerne und viel zeichne, der anderen Therapeutin, dass er seit der Schule nicht mehr gezeichnet habe, es sei nicht seines.

Er erzählte auch bei jeder Gelegenheit, wie gut es ihm gehe. Meine Annahme ist, dass er glaubte wenn er uns vermitteln könne wie gut es ihm gehe, dann würde er schneller wieder entlassen.

Ilse Nürnberger schreibt „*Betrachtet man Widerstand als einen Akt der Selbstbehauptung in einer Situation, in der Willenskraft und Ich-Stärke geschwächt sind, so stellt er eine Ressource dar.*“⁵³ Aus diesem Blickwinkel betrachtet, gewinnt Hr. K für mich rückblickend mehr an Autonomie.

Die sich wiederholenden Bildmotive können verschiedene Ursachen haben. Edith Kramer⁵⁴ meint, für Kinder haben sie „festigende und beruhigende“ Wirkung und dienen der Welteroberung. Ilse Nürnberger schreibt, dass sie

⁵¹ siehe 2.6.3, Erwähnte Krankheitsbilder, S. 18

⁵² Der Dokumentationsbogen ist im Anhang 5.1 beschrieben, siehe S. 48-50

⁵³ Ilse Nürnberger, „Kunsttherapie und Autonomie“, Verlag Daedalus, 2004, S.111

⁵⁴ Edith Kramer, „Kunst als Therapie mit Kindern“, 1997, S. 123

Ausdruck der Stagnation und unproduktiv sind, Vorboten einer Veränderung und der allmählichen Fokussierung auf etwas Unfassbares, noch Unbewusstes, dienen.⁵⁵ Im Falle des Hrn. K könnten die Autos auch die Sehnsucht nach etwas Vertrautem in der fremden Umgebung sein.

Interessant war es für mich, mir die Bilder anhand der Diagnosetabelle von Steinbauer / Taucher⁵⁶ zu betrachten. Die „bildsprachlichen“ Symptome einer Schizophrenie mit Minussymptomatik sind mäßige Farbintensität, wenige, sich wiederholende Formelemente, ausgeprägte Leere der Bildfläche, kein Horizont und bei Besserung eine Zunahme der Formelemente, ein Sinnzusammenhang in der Symbolik und Horizontbildung. All das lässt sich auch im Prozess des Hrn. K beobachten.

In den Bildbesprechungen sind wir bei jeder direkten Ansprache seines Zustandes oder Hierseins auf Widerstand gestoßen. Es war kein Problem, solange wir auf der Bildebene geblieben sind, da hat er sich sicher gefühlt, sind wir zu nah an seine persönlichen Themen geraten, hat er teilweise mit Aggression reagiert. Hr. K hat alles verfolgt, was im Therapieraum gesprochen wurde und immer wieder etwas aufgegriffen und für sich mitgenommen.



Gruppe 1, Mi, 3 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.
Format: A3

Hr. K war pünktlich und als erster im Raum. Bei der Befindlichkeitsrunde meinte er, dass es ihm immer gut gehe. Er vermisse nur seine Frau und seine Familie, das sei die einzige Beeinträchtigung. Er hatte

Tränen in den Augen und hat gebeten ein paar Minuten den Raum verlassen zu dürfen. Er war rechtzeitig zurück um mit den anderen zu zeichnen zu beginnen.

Sein Auto ist ein Geldtransporter. Am Weg sind auch ein paar Steine, aber da ihm die Zeit so knapp war, sind sich nicht mehr ausgegangen. Das Auto fährt nicht, es steht. Dass es keine Verbindung zwischen den Reifen und dem Auto gäbe, sei bei jedem Auto so, das er zeichnet, das könne er nicht besser. Bei der Bildbesprechung einer anderen Patientin ist er aufgestanden und im Raum herumspaziert.

Bei dem Geldtransporter handelt es sich um ein Auto und damit um etwas Vertrautes, das noch dazu – weil gepanzert – einen guten Schutz bietet. Hr. K ist unfreiwillig hier, es werden ihm „Steine in den Weg gelegt“. Das Auto ist mit diesen Reifen nicht fahrtauglich, so wie auch Hr. K momentan nicht „fahrtauglich“ ist. Die Fahrtrichtung deutet auf Regression, Introversion hin. Auch befindet sich der Schwerpunkt des Bildes eher auf der unteren, der emotionalen Hälfte des Bildes. Außer den Blinkern (Richtungsweisern) gibt es keine Farbe im Bild.

⁵⁵ Ilse Nürnberger, „Kunsttherapie und Autonomie“, Verlag Daedalus, 2004, S.118

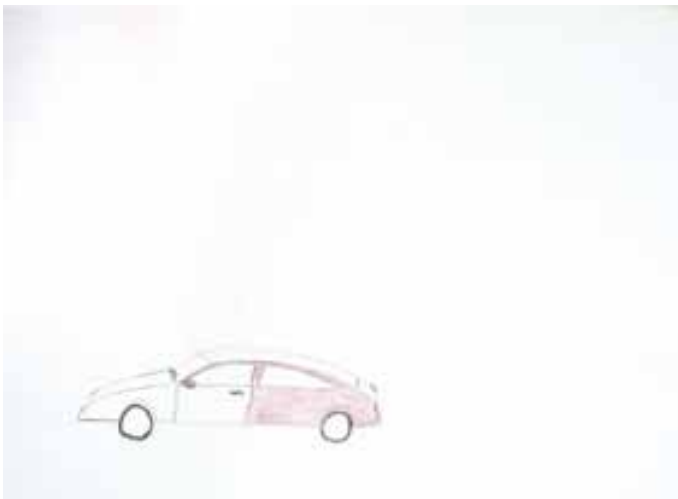
⁵⁶ siehe Theoretischer Teil, S. 15, Tabelle Steinbauer / Taucher, „Malgruppe und Diagnose“



Gruppe 2, Do, 4 Patienten
Arbeitsauftrag: „Mal dich frei“
Intention: Die eigenen und die Grenzen der anderen achten. Den sozialen Umgang miteinander aktivieren.
Strukturierung.

Die Gruppe war schon vor Beginn unruhig und wollte schnell ins Tun kommen. Der Arbeitsauftrag war, dass jeder sein eigenes Bild macht, auf

einem großen Blatt als gemeinsame Unterlage. Alles, was über das Eigene hinausgeht ergibt ein gemeinsames Ganzes, zugleich gibt es den geschützten eigenen Bereich, in den kein anderer hinein darf. Es muss auch keiner aus seinem Bereich raus, hat aber jederzeit die Möglichkeit dazu.



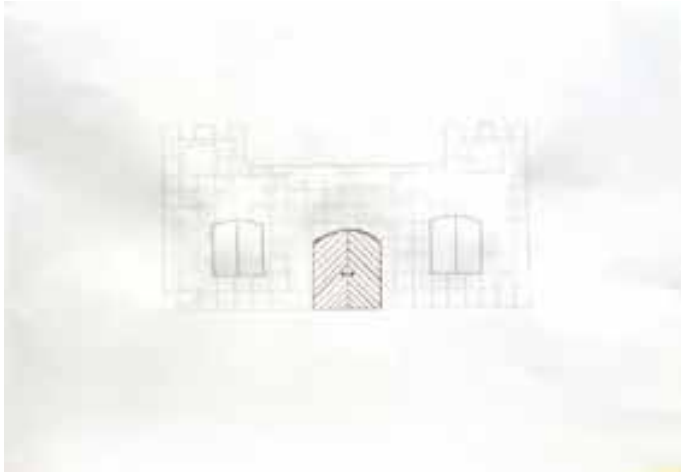
Format: A4

Hr. K war wieder pünktlich und wollte wieder sofort zu zeichnen beginnen. Er holte sich ein A4-Blatt und die Buntstifte und überlegte laut, dass er ja gestern schon ein Auto gemacht habe und was er heute tun könne. Dann hat er unter dem Motto „Mal dich frei“ wieder ein Auto begonnen. Diesmal hat er aber, das Feedback vom Vortag aufgreifend, mit der Karosserie begonnen und

dann erst die Reifen dazugezeichnet. In der Mitte des Zeichenprozesses wurde er zum Richter wegen seiner Unterbringung geholt. Nach der Verhandlung kam er zurück und wollte weiter an seinem Auto arbeiten. Er hat mehrmals betont, dass er freiwillig zurückgekommen ist. In der Bildbesprechung meinte er, dass er sich frei fühlt.

Hr. K greift offenbar auf, was gesagt wird und setzt das in Folge auch um. Die Karosserie hat er diesmal zuerst gezeichnet und das Auto wirkt bereits stabiler als das vom Vortag. Wir waren überrascht, dass er nach der Verhandlung zurückgekommen ist. Er war wieder sehr freundlich und ein kleines bisschen spürbarer als am Tag zuvor. Verwundert hat auch, dass er sagt, dass er sich frei fühlt, nachdem er gerade in der Verhandlung erfahren hat, dass die Unterbringung auf weitere vier Wochen verlängert ist. Er möchte heim, hat das auch in der Morgenrunde deutlich kundgetan und war offensichtlich betroffen. Wieder bewegt sich das Auto nach links. Die Platzierung links unten ist diesmal deutlicher als beim letzten Mal im (lt. dem Bildmodell von Laura Jimenez⁵⁷) Bereich der frühen Kindheit, weiter entfernt vom Zentrum des Geschehens. Das Auto wirkt verloren. Es ist zu berücksichtigen, dass er aufgrund seines Termins beim Richter nicht die volle Zeit ausnützen konnte.

⁵⁷ Erwin Bakowsky, MGT-Skriptum „Grundlagen 1 – Bildarbeit“, S. 6



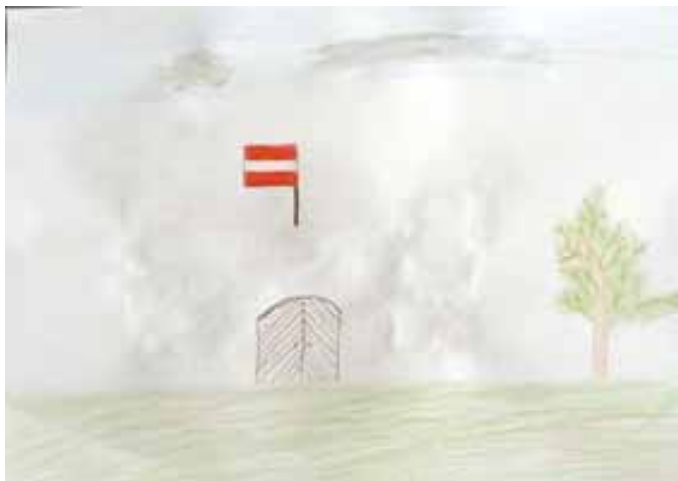
Gruppe 3, Mi, 4 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.

Format: A3

Hr. K war pünktlich da und wollte wieder sofort, und ohne vorher zu reden, starten. Er wollte etwas Neues probieren und holte sich ein A3 Blatt, Buntstifte und eine Lineal und

zeichnete die Burg. Bei der Bildbesprechung erzählt er, was er noch alles machen wollte: eine Fahne, einen Oldtimer vor der Türe und einen Berg, auf dem die Burg steht. Er wurde in seiner Genauigkeit bestärkt, die auch wichtig für seinen Beruf ist. Auf die Nachfrage, ob ihm momentan ein wenig die Basis fehlt und vielleicht auch hier ist, um sie zurück zu gewinnen, reagierte er empört. Eine Mitpatientin meinte, vielleicht stehe die Burg im Nebel.

Hr. K beteiligt sich aktiv an der Gruppe, macht Vorschläge, sagt was er sieht und was ihm einfällt. Im seinem Bild fehlt die Basis und die Umgebung. Wie schon das gepanzerte Auto, gibt auch die Festung Sicherheit. Die Türen sind fest verschlossen, es führt kein Weg hin, es gibt wieder keine Menschen im Bild. Diesmal steht das Objekt aber im „Zentrum des Geschehens“, eine dicke Mauer rund um die Gefühlsebene, Fenster und Türen verschlossen. Es gibt keine Bewegungstendenzen mehr, die Burg ist konstruiert und farblos. Das Tor ist der einzige Farbtupf in Braun. Es gibt Türschnallen, falls jemand den Schlüssel findet, kann er rein. Wenn man die Mauer mit der Ich-Stärke in Verbindung bringt⁵⁸, spricht die Burg für ein starkes Ich und passt zu seinem „wehrhaften“ Verhalten in der Abteilung.



Gruppe 4, Do, 4 Patienten
Arbeitsauftrag: eine Umgebung zur Burg vom Vortag

Intention: Am Vortag fehlte der Burg die Umgebung und die Basis. Intention war, ihm die fehlende Basis zumindest auf dem Papier zu geben.

Format: A3

Hr. K kam diesmal später und Semmel essend. Er hat den Vorschlag aufgegriffen und hat diesmal mit den

Aquarellstiften experimentiert

und sie teilweise vermalte. Die Burg ist diesmal ebenso wie die Umgebung und das Tor mit freier Hand gezeichnet. Die dunklen Wolken, durch das Vermalen mit Wasser „nur passiert“, haben Hr. K irritiert und waren ihm in der Besprechung unangenehm. Er meinte „da oben braut sich ein Gewitter zusammen“. Angesprochen auf das, was sich da zusammen-

⁵⁸ Erwin Bakowsky, MGT-Skriptum „Grundlagen 4 – Bildinterpretation 2“, S. 02_03

braut, wurde er zappelig und unruhig, ist aufgestanden und herumgegangen, während er dementiert hat, dass sich etwas zusammenbrauen könnte, das in irgendeiner Form mit ihm zu tun haben könnte.

Hr. K bleibt weiterhin oberflächlich freundlich, interessiert an den Vorgängen in der Gruppe und unzugänglich was das Eigene betrifft. Trotzdem nimmt er sich vieles mit und setzt es um, gerade auch da, wo es nicht über die Sprache läuft. Er fühlt sich relativ sicher, solange wir auf der Bildebene bleiben, wird unsicher und teilweise verbal aggressiv, sobald wir Bezug auf seine Situation nehmen. Die Burg ist im Gegensatz zum Vortag ein Stück aus dem Zentrum nach links gerückt. Es gibt eine Umgebung, aber keinen Weg zum Eingang. Betrachtet man die Burg als das Ich-Symbol im Bild, so befindet sich der Eingang diesmal laut dem Raumschema von Ingrid Riedel⁵⁹ im Bereich der Hinwendung zum Unbewussten. Durch das Vermalen der Buntstifte wird die Burg nahezu unsichtbar, der Versuch etwas Neues zu probieren, löst die Mauern (das Ich?) auf. Die Fahne wirkt wie ein „Schaut her und seht mich!“. Die aufziehenden Wolken befinden sich zum größten Teil im Bereich der Progression, der Zone der aktiven Auseinandersetzung mit dem Leben. Es funktioniert nicht mehr, die Krankheit komplett zu verleugnen, es ist aber noch nicht möglich, zuzugeben, dass nicht alles in Ordnung ist. Der Baum fußt im mütterlichen Bereich (It. Riedel), ist möglicherweise ein erstes Signal für aufkommendes Vertrauen gegenüber der Abteilung.

Gruppe 5, Mi, 5 Patienten, Arbeitsauftrag: ein Ort des Wohlbefindens

Intention: Die drei zuerst anwesenden Patienten haben um ein Thema gebeten, zwei haben schon beim Reinkommen über Müdigkeit geklagt. Die Intention war, sie in ihren Ressourcen zu bestärken und mit einem Ort des Wohlbefindens in ihrem Inneren in Verbindung zu bringen.

Diesmal war die Gruppe sehr unruhig, es gab zu viele Störungen. Ich war ohne Co-Therapeutin und habe mit drei Leuten zu arbeiten begonnen, ein Patient kam einige Minuten zu spät, ich musste, da ich kein Telefon hatte, die Gruppe kurz alleine lassen um zu melden, dass mir eine „Grad3“-Patientin fehlt. Sie kam dann mit über 30 Minuten Verspätung. Mitten während der Bildbesprechung platzte dann noch eine Hausführung ins Zimmer und eine Patientin ist kurz vor Ende gegangen um zu rauchen.



Format: A3

Hr. K war wieder körperlich sehr unruhig und wollte gleich zeichnen ohne vorher reden „zu müssen“. Er meinte, es gehe ihm gut, es ändere sich gar nichts, schließlich sei er noch hier. Das Bildthema hat ihm gefallen. Er hat mit dem Gras begonnen, dann die Figur gezeichnet und war recht schnell fertig. Er wollte noch während die anderen am Arbeiten waren, erzählen,

was das Bild für ihn ist. Auf meine Frage, ob ihm noch etwas Wichtiges zum Bild einfällt, wenn er weiß, dass er noch 15 Minuten Zeit zum Zeichnen hat, erklärte er, dass alles weitere störend wäre. Er möchte nur

⁵⁹ siehe Theoretischer Teil, S. 16, Zusammenfassung Raumschemata

frisch gemähte Wiese, keine Geräusche, keine Tiere, keine Menschen, die Augen zu und den Geruch in der Nase. Dann ist er immer wieder aufgestanden und hat einem Mitpatienten beim Malen zugesehen. Bei der Bildbesprechung hat er sein Bild als erstes auf die Staffelei gelegt und hat wiederholt, was er vorher schon gesagt hat. Auf jede Frage aus der Gruppe hat er wiederholt, dass es nichts Schöneres gibt, als barfuß im frisch gemähten Gras zu stehen. Eine Mitpatientin hat gemeint, wenn sie das Bild anschaut, dann sieht sie eine Figur, die im Mittelpunkt stehe. Er wiederholte wieder, im Gras stehen sei das Beste.

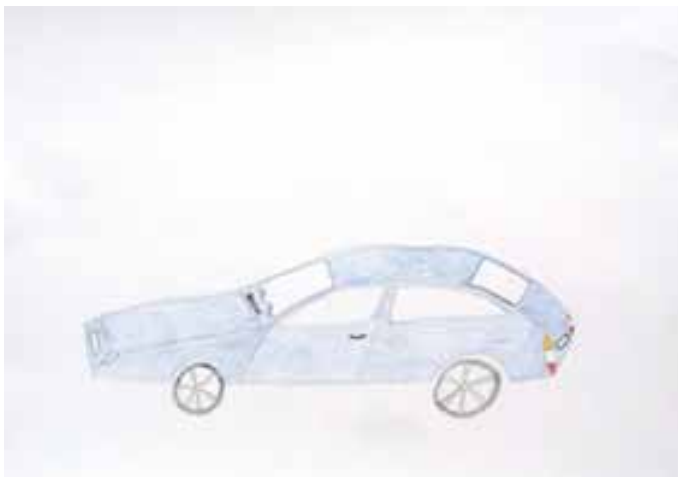
Hr. K war zappelig und ungeduldig, kaum „im Rahmen“ zu halten. Er hat Anschluss an den Mitpatienten gesucht, dem er immer wieder beim Malen zugesehen hat. Das Bild wirkt auf mich einsam. Es ist erstmals eine Figur zu sehen. Abgesehen von den braunen Haaren ist die Figur farblos, das Lachen wirkt gefroren, die Körperhaltung durch die Schräglage und die Handhaltung ausgeliefert, aber erwartungsvoll. Der Blick geht nach links oben, in den Bereich des Väterlichen, der Sehnsucht, der Passivität. „*Es ändert sich nichts*“, sagt er und wartet auf die Erlösung (Entlassung). Immer noch ist der Mittelpunkt des Bildes nach links gerückt. Ohren gibt es keine an der Figur. Hr. K wollte nichts zu seinem Bild hören, hat auf jeden Kommentar dazu immer nur stereotyp seine Beschreibung wiederholt. Wieder hat er auf einem kleinen Fleck das Vermalen der Aquarellstifte begonnen und sogleich das Experiment wieder abgebrochen, das „nasse Gras“ passt ihm perfekt in sein Bild. Es gibt keine Bewegung im Bild, wie auch der Zustand des Hrn. K sowohl in der Außen- als auch in der Eigenwahrnehmung stagniert.

Nach der Unterbrechung durch die Führung wurde das Gespräch abgebrochen.

Gruppe 6, Do, 5 Patienten

Arbeitsauftrag: Lieblingsfarbe als Vorgabe, Thema frei. Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.

Es war wieder schwierig zu beginnen, weil Hr. K sich schon Material aus dem Kasten geholt hat bevor die Begrüßungsrunde begonnen hat. Er war schwer im Rahmen zu halten. Die Grundstimmung der Stunde blieb aber konzentriert.



Format: A4

Hr. K war sehr unruhig und zappelig, er hatte Schwierigkeiten ruhig zu sitzen, hat während des Zeichnens erklärt, warum er was tut und ist zwischendurch aus dem Zimmer gegangen. Noch vor der Themenvorgabe hat er gesagt, dass er einen Porsche zeichnen möchte. Diesmal hat er die Zeit zum Zeichnen voll ausgenutzt. Er hat sein

Bild wieder als Erster auf die Staffelei gestellt. Auf dem Bild sehen wir einen blauen Porsche. Blau ist gut. Er sagte, er habe kein Gefühl zu der Farbe, die löst gar nichts aus. Den blauen Porsche verbindet er mit Freiheit und er würde damit in die Berge fahren, der Himmel müsse auch blau sein, dann wäre es perfekt. Auf die Frage nach der ungewöhnlichen Perspektive hat er abgeblockt, sein Bild von der Staffelei genommen und das Bild einer Mitpatientin aufgestellt.

Bei den Besprechungen der Mitpatienten war er jeweils kurz aufmerksam,

hat ein oder zwei Meldungen gemacht und dann wieder unruhig gezappelt. Nur bei einer Patientin war er bemüht, dass es ihr gut geht. Ihr hat er angeboten, sie in seinem blauen Porsche in die Berge mitzunehmen.

Die Unruhe war heute noch stärker als sonst, die Ursache nicht zu eruieren. Es war, als stünde er unter Zeitdruck, ich fühlte mich angetrieben, wartete schon darauf, dass er „Gemma!“ ruft, um den Ablauf zu beschleunigen. Hr. K war zufrieden solange er von seiner Fahrt im blauen Porsche erzählen durfte, reagierte sehr gestresst auf Fragen „außerhalb der Autofahrt“ und den Versuch die Bildebene zu verlassen. Die Frage nach der Perspektive war zu direkt, aber Hr. K achtet gut auf seine Grenzen. Das Auto weist unterschiedliche Perspektiven auf, was auf mögliche Widersprüche verweist.⁶⁰ Das Auto ist von vier Seiten gleichzeitig zu sehen, wirkt auf mich wie ein aufgespießter Käfer. Hr. K fühlt sich beobachtet, was ja grundsätzlich an jeder Abteilung im Krankenhaus tatsächlich der Fall ist. Der Porsche ist raumfüllender und mittiger als die bisherigen Bilder, steht im Zentrum des Geschehens, in der Gefühlsebene⁶¹. Die Fahrtrichtung ist weiterhin in die Regression, in die Vergangenheit, die Introversion.



Gruppe 7, Mi, 4 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.
Format: A3

Hr. K kam diesmal ein paar Minuten zu spät von einem Termin mit der Psychologin. Er begann sofort wieder herumzuwetzen, dazwischenzureden und zu unterbrechen und wurde klar in die Schranken gewiesen. Er blieb unruhig und wollte

wieder „Gas geben“, wurde erneut aufgefordert im Rahmen zu bleiben. Er zeichnete zuerst das Haus, dann das Auto. Sehr viel Zeit verwendete er auf das Hausdach, dabei war er auch konzentriert. Nach Fertigstellung des Dachs ist er auf die Toilette gegangen. Bei seiner Rückkehr waren wir schon bei den Bildbesprechungen. Trotz des Protests der Therapeutin hat er während der Bildbesprechungen der anderen noch am Auto weiter gezeichnet. Nachdem er das Zeichnen abbrechen sollte, ist er herumspaziert und wurde aufgefordert, sich wieder hinzusetzen. Im Bildgespräch war er läppisch, hat erklärt, dass es sein Elternhaus sei, das Auto sei ein Familienauto, ein Kombi, vor dem Haus geparkt, Fahrtrichtung links. Mehr gäbe es nicht zu sagen.

Das Bild ist erstmals signiert. Hr. K hat drei Monogramm-Kombinationen, ähnlich denen einer Mitpatientin, rechts unten in sein Bild gestellt. Möglicherweise der Beginn der Suche nach sich selbst? Das Bild ist detailreicher als die vorangegangenen. Es gibt kein eindeutiges Zentrum, keine Basis, keinen Boden. Der Zaun um das Haus ist hoch, das Gartentor fehlt, ebenso die Fenster im Erdgeschoß. Das Auto hat keine erkennbare Fahrtrichtung, sieht aus, als könnte es sich in beide Richtungen bewegen. Es wirkt, als würde erstmals ein

⁶⁰ Erwin Bakowsky, MGT-Skriptum „Grundlagen 1 – Bildarbeit“, S. 4

⁶¹ Erwin Bakowsky, MGT-Skriptum „Grundlagen 1 – Bildarbeit“, S. 6

Teil Richtung Progression „ziehen“. Laut Raumschema Riedel ist das Auto unter anderem im Bereich der „Zuwendung zum Du“ geparkt.

Betrachtet man das Haus als Symbol für den Bezug zur Familie, zur Geborgenheit und Sicherheit⁶², so zeigt sich einerseits, dass Hr. K derzeit keinen Zugang hat. Er steht außerhalb, das Gartentor ist weg, der Zugang versperrt. Andererseits kann das versperrte Tor auch für eine Unfähigkeit sprechen, sich gegenüber anderen zu öffnen. Der hohe Zaun kann als Bedürfnis nach emotionalem Schutz gedeutet werden, was der Situation, nach einem Einzelgespräch direkt in die Gruppe zu kommen, angemessen wäre.



Gruppe 8, Do, 4 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.
Format: A3

Hr. K ist zu Beginn nocheinmal in den 2. Stock auf die Toilette gegangen und kam ein paar Minuten zu spät zur Gruppe. Er sagte, es gehe ihm gut, aber er will da weg, er warte auf seinen nächsten Gerichtstermin, hoffe auf seine Entlassung und seine

Freiheit, fühle sich wie im Gefängnis.

Beim Zeichnen hat er zuerst nur die zwei zusammenfahrenden Autos gezeichnet, angemalt und dann „Fertig!“ gerufen und uns das Bild hingeschoben. Auf die Aufforderung zu warten, bis die anderen fertig sind, hat er weitergezeichnet, die Straße, die Laternen, die Ampel und zum Schluss das grüne Auto. Dann hat er den anderen zugesehen. Er wurde aufgefordert, sich zu überlegen wie es den Menschen auf diesem Bild – die ja da sind, auch wenn man sie nicht sieht – geht. Er wollte sofort erzählen, wurde aber auf die Bildbesprechung vertröstet.

Hr. K hat es in Folge des Verweises ein paar Minuten vermieden auf sein Bild zu schauen, beobachtete die anderen beim Malen und wirkte traurig. Dann hat er sich seinem Bild wieder zugewandt und sich bei der Bildbesprechung wieder als erster gemeldet. Das Bild zeigt eine Karambolage, die zwei Autos sind zusammengefahren, weil der eine die Ampel übersehen hat. Den beiden geht es „natürlich“ nicht gut. Der im grünen Auto hat alles gesehen und dem geht es auch nicht gut, weil er einen Schock hat. Hr. K hatte selber schon vier Unfälle. Er strahlt beim Erzählen, erzählt auch, dass er während seiner Ausgänge fährt, obwohl er auf seine verminderte Reaktionsfähigkeit aufgrund der Medikamente hingewiesen worden war. Auch dass es im Falle eines Unfalls keinen Versicherungsschutz gibt, schien ihn nicht zu schrecken.

Ich hatte ihn noch nie so offen und betroffen gesehen wie in der Beschreibung seiner Unfälle. Auf die Frage, was es noch für Unfälle gäbe, meinte er „psychische Unfälle“. Was nach Unfällen helfen kann? „Drüber reden.“ Das Gespräch über die psychischen Unfälle ist ihm nahegegangen, er wirkte verletztlich. Der „psychische Unfall“ ist mindestens so schnell und überraschend eingetreten wie die physischen davor. Erstmals hat er offensichtlich einen Bezug vom Bild zu seinem Leben hergestellt.

⁶² Erwin Bakowsky, MGT-Skriptum „Grundlagen 4 – Bildinterpretation 2“, S. 02_2

Das Zentrum des Geschehens ist im untersten Bilddrittel angeordnet, die Autos haben kaum bis keinen Kontakt zur Straße. Der Weg ist durch die Ampel und die Laternen in Abschnitte unterteilt. Mein erster Gedanke dazu war, dass wenn die Straße als Lebensweg betrachtet wird, die Ampel das Ende der Kindheit signalisiert, das erste Licht den Eintritt ins Erwachsenenalter und das zweite Licht den Eintritt ins Alter, dass der Crash dann genau im Jetzt wäre.

Gruppe 9, Mi, 5 Patienten

Hr. K steht vor der Entlassung, spaltet die Abteilung, nervt. Ich bin beeindruckt auf wie viele Arten man stören kann ohne dabei eine konkrete Angriffsfläche zu bieten. Er akzeptiert meistens die Grenzen, wenn er darauf hingewiesen wird, allerdings kaum je ohne Diskussion. Im Rahmen der Morgenrunde wurde er von allen weiteren Therapiestunden befreit, ich habe mich gemeldet und ihn gebeten heute noch ein letztes Mal in die Kunsttherapie-Gruppe zu kommen, damit es einen Abschluss gibt. Vor der Kunsttherapie-Gruppe hatte er ein extra Abschlussgespräch mit der Ergotherapeutin, weil er in ihrer Gruppe so störend war.



*Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.*

Format: A3

Hr. K hat sich, obwohl er mich gesehen hat als ich die Gruppe zusammengetrommelt habe, noch auf den Raucherbalkon gesetzt. Er kam dann eine Semmel kauend in die Gruppe. Er hat mit geschlossenem Mund sehr laut gekaut, dann lange

und laut die Brösel von seiner Hose gewischt.

Beim Zeichnen war er konzentriert mit Unterbrechungen. Er hat wieder versucht die Struktur zu durchbrechen und sofort nach Fertigstellung des Autos begonnen zu erzählen. Wieder wurde er auf die Bildbesprechung verwiesen. In der Bildbesprechung erklärte er, in dem Auto sitzt ein altes Ehepaar, sie fahren zu der Kapelle hinauf um zu beten. Normalerweise gehen sie jeden Sonntag zu Fuß hinauf, aber diesmal sind sie schon so erschöpft, dass sie mit dem Auto fahren. Auf die Frage, ob er betet, meinte er „selbstverständlich“. Ob es denn auch Menschen gäbe, die das nicht tun? Am Ende der Stunde hat er das Bild zusammengeknüllt und weggeworfen.

Am Anfang des Zeichenprozesses hatte ich kurz die Fantasie, es gehe bergauf. Hr. K hat in der Bildbesprechung erstmals ungefragt Bezug auf die Insassen des Autos und deren Gefühle genommen. Die Steigung ist so groß, dass es sogar mit dem Auto schwierig sein muss hinaufzukommen. Ich hatte den Eindruck, dass es schwer ist zum „Ort der Vergebung“ zu kommen. Der Glaube ist eine starke Ressource im Leben des Hrn. K. Die Bewegungsrichtung hat sich geändert, es geht jetzt Richtung Zukunft, nächster Schritt, in die aktive Auseinandersetzung mit dem Leben, zur morgigen Entlassung. Es ist auch noch die Fantasie aufgetaucht, dass die Bank vor der Kapelle ein Sarg sein könnte, die Kapelle erinnert an ein Mausoleum.

Zusammenfassung Hr K. *(siehe auch Tabelle am Beginn der Fallbeschreibung)*

Im Rahmen seines Aufenthalts ist Hr. K im Widerstand gegen die Abteilung geblieben. So hilfsbereit und aufmerksam er zu seinen Mitpatienten war, so widerständig war er gegenüber den Ärzten, dem Pflegepersonal und den Therapeuten. Oberflächlich war er freundlich und offenbar kooperativ, hat aber das Gefühl hinterlassen, dass er sich mit Händen und Füßen wehrt. Je besser es ihm ging, desto provokanter wurde er in den Morgenrunden und den Therapien. Es war, als würde er sich seines – durch die Krankheit aus der Bahn geworfenen – Selbst wieder bewusster werden und als müsste er in diesem Zusammenhang seine Außengrenzen demonstrativer ziehen, auch um sich ihrer zu versichern. Mit der äußeren Entwertung der Angebote demonstrierte er seine Autonomie, trotzdem hat er viele Anregungen aufgenommen und für sich verwerten können. Während des gesamten Aufenthalts war sein Interesse an seiner Umgebung groß, hat er sich auch aus den Geschichten seiner Mitpatienten für ihn hilfreiche Aspekte aufgegriffen.

Im Verlauf der Kunsttherapie zeigt sich die Entwicklung deutlich anhand der Zunahme an Bilddetails und daran, dass seine Bilder gegen Ende des Aufenthalts beginnen Geschichten zu erzählen, im Gegensatz zu den anfänglich umgebungslosen Autos bzw der Burg. Auch ändert sich die Bewegungsrichtung der entstandenen Bilder von Regression über die „Bewegungslosigkeit“ der Burg und des Menschen hin zum Auto, das scheinbar in beide Richtungen fahren kann, weiter über den Crash bis zum Abschlussbild, dessen Richtung in die Zukunft führt, in die Auseinandersetzung mit dem Leben. In den Bildbesprechungen zeigt sich ebenfalls eine Entwicklung dahingehend, dass gegen Ende der Unterbringung erstmals auch (in kleinen Dosen) über Gefühle gesprochen werden konnte. Interessant war zu beobachten, dass, je vielschichtiger Hr. K in der Betrachtung seiner Bilder wurde, umso weniger suchte er den direkten Kontakt zu den anderen Teilnehmern der Gruppe, während sich zugleich seine „Störaktionen“ verstärkten.

Mein Eindruck war, dass Hr. K während seines gesamten Aufenthalts sehr um seine Würde und seine Selbstachtung kämpfte und dass er sie auch für sich bewahren konnte. Wieweit ihm dabei Trotz ein Motor war, kann ich nicht beurteilen. Aber oft genug entwickeln wir gerade aus Trotz heraus Kräfte, die uns, entgegen den Erwartungen unserer Umwelt, die Möglichkeit zu Entwicklung und Veränderung geben. Im Trotz stehen wir immer klar zu uns selbst. Wobei der Trotz eher dem Widerstand des inneren Kindes entspricht, im Gegensatz zum „erwachsenen“ Widerstand. Im einen wie im anderen schützen wir unsere Grenzen und befinden uns damit auch im Bereich unserer Würde.

3.6.2 Krankheitseinsicht: Fr. F

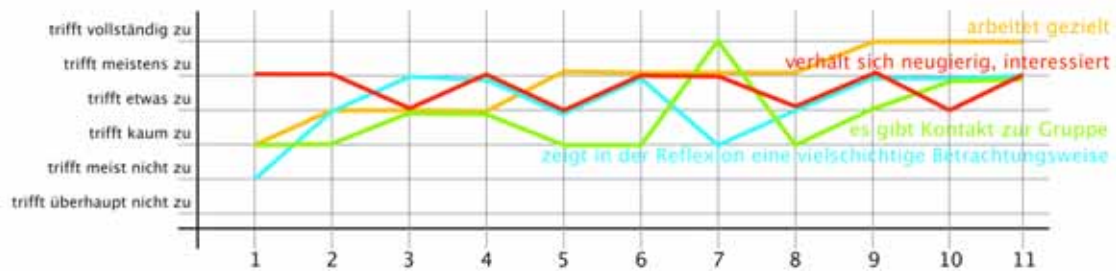
Fr. F, geboren 1978

Diagnose⁶³: kombinierte Persönlichkeitsstörung,
schwere depressive Episode im Rahmen einer Bipolar 2-Störung
(Depression im Vordergrund, hypomane Phasen)

Sozialstatus: Sekretärin, lebt in Wohngemeinschaft mit ihrem Exfreund

Überweisungsauftrag: Stabilisierung, Krankheitseinsicht

Prozessdokumentation Fr. F



Ich habe aus meiner Prozessdokumentation vier Punkte, die mir in der Arbeit mit Fr. F wesentlich erschienen, herausgegriffen, anhand derer ich die Entwicklung im kunsttherapeutischen Prozess grafisch dargestellt habe.⁶⁴

Fr. F kam aus freiem Willen an die Abteilung. Es gab keinerlei psychiatrische Vorgeschichte. Sie war im Laufe der letzten Wochen so durchlässig geworden, dass der Alltag für sie nicht mehr zu bewältigen war. Sie war lichtempfindlich und so lärmempfindlich geworden, dass sie meinte die Mauern könnten die Geräusche nicht fernhalten. Auch hatte sie starke körperliche Beschwerden, wie z.B. Rückenschmerzen.

Im Umgang war sie stets höflich, sehr leise, kaum hörbar, bemüht, sich so weit wie möglich zurückzuziehen. Meistens hatte sie ein oder zwei Kapuzenjacken übereinander an und beide Kapuzen auf. Sie war sehr darauf konzentriert den Ansprüchen zu genügen, den eigenen wie denen der Abteilung. Sie war gekommen, damit ihr bei der Gesundung geholfen wird und wollte alles dazu tun, damit das schnellstens vonstatten ging. Der Druck, der dabei in alle Richtungen aufgebaut wurde, war enorm.

Fr. F nahm bereits am zweiten Tag ihres Aufenthalts erstmals an unserer Gruppe teil. Als ich sie von der Abteilung holte und ihr den Ablauf erklärte, war sie nicht begeistert. Zeichnen und Malen ist so gar nicht „ihres“.

Ihre Bilder sind in kräftigen Farben und raumfüllend, was mehr für Vitalität als für eine Depression sprechen würde. Bei der psychologischen Testung hatte sie ungewöhnlich hohe Depressionsmarker. Für sie war die Diagnose eine Erleichterung, weil sie eine Erklärung für ihren Zustand geboten hat. Fr. F ist eine hochintelligente Frau, ich hatte den Eindruck, dass für sie das intellektuelle Verstehen ihrer Krankheit eine Notwendigkeit war, um sich aktiv dem Verändern des Zustandes widmen zu können. Bäuml, Martius und Rentrop schreiben dazu *„Es zählt [...] zum Behandlungsauftrag der professionellen Helfer, nicht nur die therapeutischen Maßnahmen als solche einzuleiten, sondern die Patienten auch durch eine entsprechende Information über die Erkrankung und die Therapiemaßnahmen zur aktiven Mitarbeit zu befähigen.“*⁶⁵

⁶³ siehe 2.6.3, Erwähnte Krankheitsbilder, S. 18

⁶⁴ Der Dokumentationsbogen ist im Anhang 5.1 beschrieben, siehe S. 48-50

⁶⁵ Sprei / Martius / Förstl, „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“, Verlag Urban & Fischer, 2005, S. 349



Gruppe 1, Mi, 6 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.
 Format: A4

Fr. F erzählte, dass ihr die Morgenrunde zu viel und sie im Anschluss daran kotzen war. Bei der Materialwahl wollte sie nur ein A4 Blatt und einen Bleistift. Dann hat sie doch zu den Pastellkreiden gegriffen, die bei ihrem

Sitznachbarn standen. Bei der Bildbesprechung meinte sie, dass sie zu ihrer Überraschung ruhiger sei als zu Beginn der Stunde. Sie wollte ihr Bild nicht auf die Staffelei stellen, weil es dazu nichts zu sagen gäbe, es sei einfach so entstanden. Dann hat sie das Bild doch hergegeben. Sie war erstaunt über das durchwegs positive Feedback ihrer Mitpatienten, weil sie selbst gar nichts Positives in dem Bild gefunden hätte. Es tue ihr gut. Das Bild hat jeden in der Gruppe angesprochen, alle hatten etwas dazu zu sagen, bei der Besprechung wurde die Gruppe lebendig.

Während des Zeichnens wirkte sie weniger gestresst als vorher. Das Wippen, das sich während der Morgenrunde ständig gesteigert hatte, war weg. Im Mittelpunkt ihres Bildes steht das gebrochene Herz. Zu diesem Zeitpunkt war uns noch nicht bekannt, dass Fr. F bereits seit einem Jahr von ihrem Lebensgefährten getrennt ist, aber noch mit ihm zusammenlebt. Im rechten unteren Bereich, dem Bereich des Traumas, Familiengeheimnisses, der Konflikte, der Zuwendung zum Du – noch scheint jede der Möglichkeiten zu passen – befindet sich ein schwarzer Strudel, der den Betrachter nach innen zieht. Der Blick wechselt zwischen dem Herzen und dem Strudel, kann sich nicht entziehen. In der Gruppe hatte jeder der anwesenden Patienten etwas zum Bild zu sagen.



Gruppe 2, Do, 6 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.
 Format: A3

Fr. F meinte, es gehe ihr sehr schlecht. Alles sei so laut und so hell, sie sei überfordert. Sie entschied sich für Acrylfarben und setzte sich zum Malen an den Extra-Tisch mit dem Rücken zu uns. Bei der Bildbesprechung sagte sie zum Einstieg wie

„extrem unzufrieden“ sie mit dem Bild sei.

Sie wollte eine Kerze, deren Licht die Dunkelheit verdrängt, malen, es hätte weich und fließend werden sollen und ist ihr dann doch so eckig geraten. Darauf angesprochen, dass sie – wie am Vortag – am Ende der Stunde entspannter wirke als am Beginn, stimmte sie zu und meinte, dass es vielleicht daran liege, dass sie so sicher wisse, dass sie nicht zeichnen

könne, dass diese Stunden für sie mit keinerlei Leistungsanspruch verbunden sind. (s.o.)

Im Gespräch kam ihr Perfektionismus klar zum Tragen. *„Ich möchte in allem perfekt sein. Von den anderen verlange ich es nie, von mir selbst erwarte ich es.“* Dass sie derzeit Konzentrationsschwierigkeiten hat und ihren Anforderungen nicht gerecht wird, stresst sie offensichtlich sehr. Im Zuge des Gesprächs über ihren Leistungsanspruch hat sie begonnen ihr Bild mit denen der anderen zu vergleichen, worauf wir alle Bilder nebeneinander gelegt und den Vergleich zur „Übung“ gemacht haben. Das Ergebnis war, dass jedes Bild einzigartig ist, jedes anders, jedes stark in seinem Ausdruck.

Das Bild ist zweigeteilt, in einen hellen und einen dunkeln Teil. Das Zentrum ist die Kerze im oberen linken Quadranten, wo unter anderem das Väterliche und der Leistungsanspruch beheimatet sind. Die Flamme ist auffallend dunkel, es ist schwer vorstellbar, dass sie Leuchtkraft entwickeln könnte, die Strahlen gehen nach rechts, wo der Schein wie ein Schild gegen die Dunkelheit prallt. Die gesamte rechte Bildhälfte versinkt in schwarz, die nähere Zukunft liegt für Fr. F im Dunkeln.



Gruppe 3, Mi,

3 Patienten, 1 nicht gekommen

Arbeitsauftrag: freies Thema

Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.

Format: A3

In der Morgenrunde ging es Fr. F heute sichtlich schlechter, sie war unruhig, die Hände haben gezittert. Am Beginn der KT hat der Hausalarm alle paar Sekunden laut gepiept, mit jedem Piep

wurde die senkrechte Falte auf Fr. F Stirn tiefer. Fr. F erzählte, dass es zwei Teile in ihr gibt, die miteinander kämpfen, sie könne sie aber nicht benennen. Und sie sei wegen der morgigen Prüfung unter Druck. Es stellte sich heraus, dass die psychologische Untersuchung gemeint war. Wir haben lange über Prüfungssituationen und Untersuchungen gesprochen, festgestellt, dass der Druck geringer ist, wenn man keinen Einfluss auf das Ergebnis hat.

Beim Zeichnen wurde sie wieder sichtbar ruhiger. Der Schriftzug hat sich verändert, nachdem sie ihn verwischt hat. Es ist ihr wichtig, dass Bewegung ins Bild kommt. Sie wünscht sich, das „IST“ annehmen zu können, möchte gleichzeitig verändern und verharren. Sie wünscht sich wieder Leichtigkeit in ihrem Leben. Der Druck ist enorm. Gestern war sie eine Wohnung besichtigen, das war zu viel. Sie legt großen Wert darauf jeden Tag an ihre Grenzen zu gehen um zu sehen, ob die Belastbarkeit wieder gestiegen ist.

Dass Fr. F wieder zu den Pastellkreiden gegriffen hat, war wahrscheinlich der Wunsch, etwas „Weiches“ in ihr momentanes Leben zu lassen. Sie verwischt die Kreiden mit einem Tuch, nie mit den Fingern. Das Zentrum des Bildes ist die Schrift, der Text. Textstücke im Bild bedeuten wörtliche Verdeutlichung des Dargestellten, Selbstvergewisserung über das, was man damit meint, aber dem Bild an Aussagekraft nicht zutraut. Mit dem Niederschreiben möchte sie sich selbst erinnern, „es fließen zu lassen“. Im Bereich der Tiefe gibt es eine dunkle

Basis, aus dem unteren Drittel, dem Bereich der Emotionen hebt sich ein Gebirge, wie bei der Kontinentalverschiebung. Das Innenleben der Fr. F ordnet sich neu.



ohne Co-Therapeutin
Gruppe 4, Do, 3 Patienten
Arbeitsauftrag: freies Thema
Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.
Format: A3

Fr. F hatte einen lebhaften Traum. Sie träumte, dass sie schwimmen musste, von einer Insel zur anderen und dabei ihre Eltern retten musste. Es ist sich alles ausgegangen, aber jetzt ist sie erschöpft, hat einen

Muskelkater. Sie war erschrocken, dass der Traum sie so mitnimmt, das wurde von ihr als Indiz gewertet, dass sie „verrückt“ wird. Auf die Frage, was sie zeichnen wolle, meinte sie „mein Lebensbuch“. Beim Zeichnen war sie konzentriert und sorgfältig, hat eine Schicht nach der anderen drübergelegt und sehr viel Zeit auf das Wasser rundherum verwendet. Bei der Besprechung erklärte sie, dass sie sich gerade auf der linken Seite befindet. Sie war nicht sicher, ob das Positive auf der rechten Seite wieder auftaucht oder gerade endgültig aus ihrem Leben verschwindet. Bezüglich der Leserichtung war sie skeptisch, ob das ein Kriterium sein kann. Wir haben gemeinsam bei der Vorstellung geendet, dass es sich um ein Zauberbuch handelt und die Schrift immer stärker und sichtbarer wird, je weiter die positiven Begriffe wieder Einzug in ihr Leben halten.

Im Zentrum des Bildes befindet sich das „Buch des Lebens“. Auf der linken Seite, auf der sich die Patientin gerade befindet, sind *Misstrauen, Anspannung, Untreue, Verwirrung, Angst, Verloren, Kraftlos* und *Trauer* als Begriffe angeführt. Links vom Buch, im Bereich des Väterlichen, des Bewussten, befindet sich eine schwarze Gedankenwolke. Auf der rechten Buchseite, die ja die nächste Seite im Buch des Lebens ist, tauchen zart, kaum lesbar, die Begriffe *Vertrauen, Entspannung, Treue, Klarheit, Mut, Gefunden, Power* und *Freude* auf. Mit diesen Begriffen kommen erstmals seit Beginn des Aufenthalts wieder positive Seiten in die Wahrnehmung von Fr. F, auch wenn sie selbst noch nicht sicher ist, ob diese kommen oder sich endgültig verabschieden. Rechts unten, im Bereich des Mütterlichen, des Urvertrauens, der Zuwendung zum Du⁶⁶, ist der See aus Kälte und Traurigkeit, findet sich das Meer aus dem Traum wieder. Noch fehlt das Vertrauen in die Rückkehr der positiven Gefühle, es ist noch die strikte Trennung in schwarz-weiß, gut-böse, noch kein sowohl-als-auch möglich, es gilt entweder-oder. Insgesamt war Fr. F weniger entwertend als am Vortag.

⁶⁶ siehe Theoretischer Teil, S. 16, Zusammenfassung Raumschemata



ohne Co-Therapeutin
Gruppe 5, Mi,
 3 Patienten, 1 nicht
 gekommen
 Arbeitsauftrag: freies
 Thema

Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen. Format: Ausgangsformat A3, der Würfel ca. 7x7 cm

Fr. F ist müde und überanstrengt. Heute kommen noch das Gespräch bezüglich ihrer Diagnose und dann Musiktherapie auf sie zu, das sei zuviel. Sie möchte nicht mehr reden. Das Angebot ohne weiteres Reden zu beginnen, hat sie aufgegriffen, sich gezielt ans Arbeiten gemacht, Uhu und Schere geholt und den Würfel gebastelt. Laut ihrer Beschreibung ist der Würfel leer und alle Seiten sind problematische Aspekte ihres Lebens: die Leere, die Traurigkeit, der Gedankenwirrwarr, das schwarze Loch, das Chaos und die enttäuschte Liebe. Der Würfel wird von außen bedient, irgendwer stößt ihn an und sie stürzt dann in die entsprechende Gefühlswelt. Jeder Versuch an das Positive heranzukommen wurde abgeschmettert, die Vorstellung, dass der Würfel wie Handschuh zu wenden sein könnte und innen die positiven Seiten tragen könnte, sehr gereizt abgelehnt.

Heute gibt es die Nachbesprechung und Erklärung zur Diagnose, bekommt somit die Erkrankung eine neue Dimension und lässt sich auch von anderen Seiten, aus anderer Perspektive betrachten. Noch fehlt das beruhigende Element, ist keine Entlastung gegeben und aus jeder Perspektive das Schlimmste zu befürchten. Der Würfel wird von außen bedient, Fr. F ist dem ausgeliefert, was kommt. Entsprechend groß die Abwehr. Es gibt in ihrer Vorstellung keine Autonomie und keine Kontrolle mehr.



ohne Co-Therapeutin
Gruppe 6, Do, 3 Patienten
 Arbeitsauftrag: freies Thema
 Intention: Die aktuellen
 inneren Bilder sichtbar und
 somit bearbeitbar zu machen.
 Format: A4

Fr. F ist zum ersten Mal ohne Kapuze in der Therapie erschienen. Sie wirkte wesentlich entspannter und entlastet, erzählte aber, dass der Druck wieder gestiegen ist. Als Anschluss an die gestrige Stunde und in Bezug

auf die Entlastung durch die Diagnose heute die positiven Seiten des Würfels anzugehen war ihr zu anstrengend. Sie wisse nicht, ob sie überhaupt „eine Aufgabe“ erfüllen könne. Sie würde lieber machen, was auftaucht. Sie hat mit Zirkel die Kreise gezogen und dann mit Kreide nachgezogen. In der Bildbesprechung meinte sie, sie selbst sei die Darts-Scheibe und unter all dem, was da auf sie eindringt, gibt es nichts Positives. Der Versuch, durch Fragen die Kreise der Darts-Scheibe als Schutzwälle umzudeuten ist fehlgeschlagen. Daraufhin habe ich das Bild weglassen und gefragt, ob sie sich in der Klinik und außerhalb unterstützt fühlt und glaubt, dass ihr hier geholfen wird. Das Gefühl hat sie schon. Sie sei auch interessiert an allem, was hier passiert und versuche

herauszufinden, was davon ihr hilft. Es sei aber schwierig mit der Diagnose und der Angst davor, was das im gesamten für sie bedeutet, umzugehen. Und alle sagen, sie solle sich besser abgrenzen, aber sie wisse nicht, wie das geht. Und dass sie krank sei, das dulde sie zwar manchmal, akzeptieren könne sie es nicht.

Ich habe den Druck auf den sie sich berufen hat, erstmals bei ihr nicht wahrgenommen. Mein Gefühl war, dass sie durch die Diagnose entlastet ist und jetzt versucht, diese intellektuell in Scheibchen zu zerlegen und zu verarbeiten. Mein Eindruck war, dass sie damit kokettiert, es hat sich das Gesprochene so gar nicht mit der Körpersprache gedeckt. Es war mir deshalb wichtig, das Bild beiseite zu lassen, sie ins Hier-und-Jetzt zu holen und über die hilfreichen Aspekte ihres Aufenthalts zu sprechen. Am Bild war der Widerstand zu groß und mein Eindruck, dass sie versucht in den paranoiden Anteil ganz hineinzugehen.

Luise Reddemann schreibt: „[...] gerade Patienten, die uns von Ohnmachtsgefühlen berichten, lösen in uns im Sinne der Gegenübertragung Ohnmachtsgefühle aus. Wenn wir uns dann nicht sicher fühlen in dem, was wir tun sollten und könnten, und dazu gehört für mich auch eine Sicherheit des Würdeempfindens, kann es zu Fehlentwicklungen kommen. Dazu Alfred Adler: ‚Das erste Gebot lautet für den Psychologen: den Patienten gewinnen. Das zweite: sich niemals um den eigenen Erfolg Sorgen machen; wenn er letzteres tut, verliert er.‘⁶⁷ Ich war zuerst verunsichert, ob ich das Bild „einfach so“ beiseite lassen kann, wo es doch im Zentrum steht, war dann aber sicher, dass es wegzulassen in diesem Fall weit mehr im Sinne der Patientin ist.



Gruppe 7, Mi, 2 Patientinnen

Arbeitsauftrag: Gemeinschaftsbild Baum

Intention: Die beiden Patientinnen sollten schweigend an einem gemeinsamen Bild arbeiten. Intention war, dass sie aufeinander eingehen, achtsam darauf sind, was und wie die andere tut ohne sich sprachlich abstimmen zu können.

Format: > A0

Fr. F wurde heute vor der Morgenrunde von einem Mitpatienten belästigt, der ihr die Kapuze vom Kopf gezogen hat. Sie hat sich gut gewehrt und ihre Grenzen deutlich gezogen, aber es hat sie aus der Bahn geworfen. Sie kam mit einer klaren Vorstellung, was sie malen wollte, in die Stunde. Eine Verlaufskurve der letzten fünf Jahre, ein Strich oben auf 100%, ohne Einbrüche irgendeiner Art, da war alles perfekt, es sei ihr gut gegangen, sie habe

Energie ohne Ende gehabt. Dann erst hätte der Einbruch begonnen, es sei bergab gegangen, wie wenn jemand schieben würde. Fr. F hat sich trotz der konkreten Pläne bereiterklärt, bei einem Gemeinschaftsbild mitzuarbeiten.

Aufgabenstellung war unter anderem, sich beim Arbeiten nicht zu unterhalten. Fr. F ist zum Kasten gesteuert, hat sich die braune Farbe geholt und begonnen den Stamm, das Astloch und die ersten Äste zu malen, noch bevor ihre Mitpatientin, Fr. X sich das Material geholt hatte.

⁶⁷ Luise Reddemann, „Würde“, Verlag Leben Lernen Klett-Cotta, 2008, S. 34

Fr. X betrachtete das Bild lange, orientierte sich und startete ebenfalls mit dem Stamm und widmete sich zuerst intensiv den Wurzeln und dann den kleinen Ästen. Zwischendurch ist sie immer wieder zurückgetreten und hat Fr. F beobachtet. Als Fr. F auf der anderen Seite des Tisches begann Blätter zu malen, ist Fr. X zu ihr hinübergewandert und hat zwischen die Blätter kleine Äste hineingemalt. Fr. F wirkte irritiert, ist ein Stück ausgewichen, hat aber bei den weiteren Ästen immer genug Platz zwischen den Blättern gelassen. Als nächsten Schritt hat Fr. X rote Farbe genommen und auf die kleinen Ästlein rote Früchte gemalt. Fr. F hat zeitgleich mit gelber und roter Farbe aus den grünen Blättern Herbstlaub gemacht und als nächstes den Stamm ausgemalt ohne eine Verbindung zu den Ästen oder den Wurzeln herzustellen. Dann hat sie noch die zwei gefallenen Äpfel gemalt und am Schluss die Raupe im Astloch. Die hat ihr offensichtlich Vergnügen bereitet. Dann hat sie begonnen die Pinsel auszuwaschen und wegzuräumen. Währenddessen hat Fr. X die Verbindung zu den Wurzeln hergestellt. Bei der Bildbesprechung meinten beide, dass es nach Anfangsschwierigkeiten sehr harmonisch gewesen sei und dass ihnen das Ergebnis gefalle. Fr. F meinte, es sei eine gute Stunde gewesen, angenehm, dass das Thema vorgegeben war, sie habe ihren Kopf leer bekommen. Sie hätte begonnen, weil einer ja beginnen müsse und sie sei das von der Arbeit gewohnt. Sie habe in ihrer Kindheit immer Bäume gemalt, es sei ein vertrautes Thema, jeder ihrer Bäume habe ein Baumloch, sonst seien diese aber nicht durchsichtig, sondern schwarz. Das hätte sich diesmal „nicht ausgezahlt“.

Die Gruppe war, obwohl so klein, anstrengend. Ich wurde unendlich müde, als Fr. X sich neben Fr. F stellte und zwischen ihre Blätter malte. Fr. X hat dazwischen geschaut und dann lenkend die Richtung festgelegt. Fr. F hat zwar den Anfang gemacht, sich engagiert, aber sich in der Folge den Impulsen von Fr. X untergeordnet. Laut der Baumschema-Zeichnung von Koch⁶⁸ ist das „Herz des Baumes“ der Bereich, in dem das Gleichgewicht entsteht, das „Anwachsen“ des seelischen Erlebens stattfindet. In diesem Bereich „schwächelt“ der Baum der beiden Frauen auffallend. *„Im Zentrum projiziert sich das Ich des Probanden, das regulierend die verschiedenen Tendenzen zu verbinden sucht.“*⁶⁹, schreibt Gisela Schmeer. Fr. F hat im Prozess den Bereich der Wurzeln, der Zugehörigkeit komplett ausgelassen und keine Verbindung zum Stamm hergestellt. Es ist zu berücksichtigen, dass der Baum ein Gemeinschaftswerk ist.



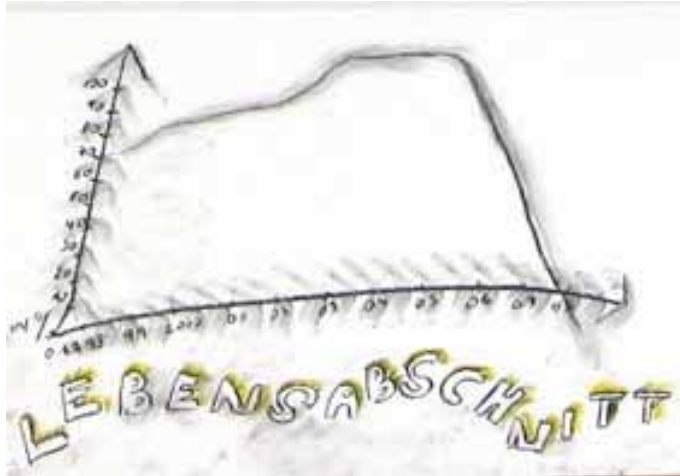
Gruppe 8, Do, 3 Patienten
Arbeitsauftrag: Eigenes Bild mit freiem Thema, Möglichkeit zur Grenzüberschreitung
Intention: Die eigenen und die Grenzen der anderen achten. Den sozialen Umgang miteinander aktivieren. Strukturierung.
 Ich hätte gerne noch ein Gemeinschaftsbild mit den beiden gemacht, aber es

kam eine neue Patientin dazu. Ich hatte sie schon einmal im Frühjahr

⁶⁸ Gisela Schmeer, „Heilende Bäume – Baumbilder in der psychotherapeutischen Praxis“, S. 63

⁶⁹ Gisela Schmeer, „Heilende Bäume – Baumbilder in der psychotherapeutischen Praxis“, S. 62

gesehen und mich an ihr Thema erinnert. Deshalb habe ich das Thema „eigener Bereich mit Möglichkeit zur Ausweitung ins Gemeinsame“ vorgeschlagen. Die Stunde war keine Glanzleistung. Die neue Patientin war in sich sehr orientierungslos und ich habe ihr am Anfang im Gespräch zu wenig Struktur vorgegeben, mit dem Ergebnis, dass sie noch verlorener war und ich auch den Rest der Gruppe „verloren“ habe, weil sie begonnen haben sich zu langweilen. In der Gruppe müssen die Strukturen für alle klar erkennbar und gültig sein.



Format: A3

Fr. F fühlte sich heute schwach, in der Selbstbeschreibung war ihr Zustand wieder verschlechtert. Den Arbeitsvorschlag hat sie ungerührt zur Kenntnis genommen. Sie hat sich wieder für Pastellkreiden entschieden, mit der Basislinie begonnen, mit dem Schriftzug fortgesetzt und mit der Lebenslinie geendet.

Dann kam die Farbe dazu. Sie hat beim Arbeiten ihr Bild so weit wie möglich aus dem „Gemeinsamen“ gezogen und das gemalt, was sie schon gestern beschrieben hatte, nur dass sie den Zeitrahmen auf 10 Jahre ausgedehnt hat. Sie hat keinen Punkt außerhalb ihres Bereichs gesetzt, war 20 Minuten vor den anderen fertig und hat mit verschränkten Armen auf die Bildbesprechung gewartet. Dann hat sie erzählt, dass das die Kurve der letzten 10 Jahre sei, dass es gut war, als sie auf 100% gefahren ist, sie sich da völlig ausgepowert hat und das ein tolles Gefühl war und jetzt ginge es schlecht und schlechter und sie sei unter 0.

Auch bei diesem Bild hatte ich den Eindruck einer sehr intellektuellen Verarbeitung eines Aspekts der Diagnose, diesmal die Depression als Verlaufsstatistik. Das Bild wirkt auf mich klar, kalt und gefühllos. Eine „wissenschaftliche“ Erfassung des Lebensabschnitts. Durch das Sezieren, das „Abschneiden“ kann man diesen ungewollten Lebensbereich abschließen oder wegsperren, zumindest beenden. Das oft verwendete Rosa ist durch ein kaltes Gelb ersetzt. Auch in ihrer Kleidung ist erstmals kein Rosa. Fr. F blieb ganz in ihrem Bereich, hat nicht versucht, die Grenze nach außen zu überschreiten und darauf geachtet ihren Bereich zu schützen.

Gruppe 9, Mi, 5 Patienten, Arbeitsauftrag: freies Thema, Intention: Die aktuellen inneren Bilder sichtbar und somit bearbeitbar zu machen.

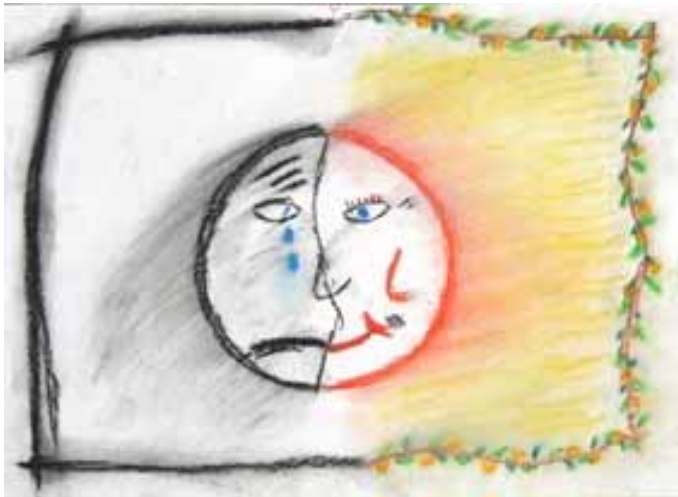
Format: A4

Es gibt kein Foto, weil Fr. F früher gegangen ist.

Fr. F hat über Schmerzen geklagt. Sie hat sich überlegt, die Schmerzen zu malen. Der Vorschlag war dann, nicht nur dem Schmerz nachzugehen und so viel Raum zu geben, sondern ihm auch einen Gegenpol, einen Weg hinaus zu malen. Das hat Fr. F aufgegriffen. Sie hat zuerst mit Ölkreide, dann mit Pastellkreide dazu, einen roten Ball mit Umrandung gezeichnet. Zur Bildbesprechung hat sie sich als Erste gemeldet. Das Rote hat sie als Schmerz beschrieben, den sie versucht wegzuwerfen. Die Gruppe meinte, das Außen des Balles wirke wie eine Dornenkrone und fragte nach, ob es in den Schmerzen nicht auch gut sei, weil man sich umsorgen lassen

könne. Es kam auch die Assoziation Stacheldraht als Grenze nach Außen, das nichts mehr reinlassen. Darauf angesprochen, dass, wenn man den Ball angreifen und wegwerfen wolle, man sich am Stacheldraht verletzen würde, meinte Fr. F, das sei schon ok. Besser ein Ende mit Schmerzen als Schmerzen ohne Ende. Mehr wollte sie nicht reden, weil ihr Bild schon so viel Raum in Anspruch nehme und die anderen sollen auch noch drankommen.

Der Ball war wieder verwischt, die Fallrichtung damit von rechts ins Bild kommend. Mein Eindruck war, dass der Ball auf den Fänger zukommt, nicht dass er weggeworfen wird.



Gruppe 10, Do, 3 Patienten,
*es waren 6 angemeldet,
2 waren so spät, dass wir sie
wieder weggeschickt haben,
1 vermisst*

*Arbeitsauftrag: Thema frei,
aber mit einem Rahmen
versehen, den das Thema
braucht*

*Intention: Bewusst machen,
was im Leben einen Rahmen
braucht, schützenswert ist.
Zur Stabilisierung.*

Format: A4

Fr. F war überpünktlich und

hat erzählt, dass sie endlich wieder glücklich sein und arbeiten gehen möchte. Sie sei normalerweise keine, die jammert, sie sei immer positiv. Und heute möchte sie die beiden Anteile in ihr zeichnen.

Den Vorschlag einen Rahmen zu machen, den das jeweilige Thema braucht, hat sie aufgegriffen. Bei der Bildbesprechung meinte sie, links sei es so wie es seit ein paar Wochen ist und rechts so, wie es war und wieder werden soll. Auf die Frage, wie und was das Gute war und wie sie diesen Teil wieder integrieren könnte, wusste sie keine Antwort. Wieder war alles schlecht. Darauf angesprochen, dass das Ballspielen in der Skills-Gruppe Spaß gemacht hätte, meinte sie, Spaß gibt es gar nicht mehr. Sie versuche jeden Tag etwas zu finden, was Freude macht oder was ihr früher Freude gemacht hat. Sie hat alles gleichwertig toll beschrieben, Geschirr abwaschen mit dem gleichen Glücksfaktor belegt wie reiten. Vorher war alles toll. Jetzt ist es schlecht. Damit konfrontiert, dass sie hier nicht als positiver Mensch erlebt wird, worauf sie sich immer wieder beruft, sondern nur jammernd wahrgenommen wird, die Somatik immer im Vordergrund, war Fr. F fassungslos. Der Vorschlag war dann weniger zu „wollen“ und den Anspruch zurückzuschrauben. Den Dingen, die ihr gut tun, mehr Raum zu geben, beiden Teilen Raum zu geben, Sowohl-als-auch statt entweder-oder.

Wieder hatte ich das Gefühl, dass es um einen Teilaspekt der Diagnose geht, diesmal war es der bipolare Anteil. Die Trennung in gut und böse, positiv-negativ, schwarz-weiß taucht bei Fr. F immer wieder auf. Die Integration des positiven Anteils erfolgt auf dem Bild bereits, im Leben kann es sich noch nicht vorstellen, lebt sie noch von der Erinnerung daran. Im Bild zeichnet sich der Weg aus der Depression ab. Im Gegensatz zum Einstiegsbild ist auf der rechten, der Progression und Entwicklung zugewandten Seite der positive Anteil platziert, beginnt im Rahmen etwas Neues zu wachsen und zu erblühen, hat es sich schon „zum Guten gewendet“.



Gruppe 11, Mi, 6 Patienten
Arbeitsauftrag: Abschied
Intention: Noch einmal für
sich zusammenfassen, was an
der Abteilung passiert ist.
Was wird mitgenommen, was
da gelassen, was hat sich
verändert, was ist an
Ressourcen dazugekommen,
was ist der nächste Schritt?
Format: A4

Fr. F hatte heute ihre letzte
Stunde. Es geht ihr seit zwei
Tagen gut. Sie hatte keine
somatischen Beschwerden,

war freundlich, entspannt und lächelnd. Am Anfang der Stunde wurde
besprochen, ob sie morgen noch kommt oder nicht, Fr. F möchte
schnellstmöglich heim.

Sie wusste schon, was sie zeichnen wollte, hat sich zielstrebig Papier,
Zirkel und die weichen Ölkreiden geholt und zu arbeiten begonnen. Sie
hat mit dem gelben Kern begonnen, dann die Außenkanten vom Ball, die
schwarzen Kringeln und am Schluss alles verwischt. Sie hat wieder als
Erste ihr Bild zur Besprechung gegeben. Fr. F meinte dazu, der Schmerz
sei noch da, aber es sei kein Vergleich, jetzt sei er unter Kontrolle und
schiebt das Dunkle weg und nach vorne wird es Licht. Nach ihren
Assoziationen befragt kam von der Gruppe: Kraftvoll, gebündelte Energie,
Raus aus dem Dunkel, Stärke, Weltallimpressionen und geballte Kraft.

Das Bild ist wieder zweigeteilt, wie in der letzten Woche ist der lichte Anteil auf
der rechten Seite, ein Teil des Dunklen bewegt sich im obersten Drittel, dem
Bereich des Geistes, des Bewussten noch in die der Zukunft zugewandten Seite
hinein. Die depressive Episode wird wahrscheinlich noch im Bewusstsein
bleiben. Die vorhandene Kraft ist gebündelt und zur Aktion bereit, hat die
Oberfläche des Dunklen schon durchstoßen. Fr. F wendet sich mit Energie in
die Zukunft, die Bewegung geht Richtung Geborgenheit. Gisela Schmeer meint,
dass das Visualisieren neuer Wege nicht identisch mit einer Lösung des
aktuellen Problems oder der Not ist, aber dass durch den Visualisierungs-
prozess die Lebensfantasie und -energie in eine neue Richtung gelenkt
werden, wodurch automatisch dem alten Modell Energie entzogen wird.⁷⁰

Zusammenfassung Fr F. (siehe auch Tabelle am Beginn der Fallbeschreibung)

Fr. F kam mit einem derart starken Leidensdruck in die Abteilung, dass sie zu
diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage war ihren Alltag zu bewältigen. Ihr
Leistungsanspruch war hoch und sie konnte sich aus den verschiedenen
Therapieangeboten vieles für sich mitnehmen. Für sie war es wichtig, ihre
Diagnose auch intellektuell zu begreifen. Im Laufe ihres Aufenthalts gewann
sie ihre Autonomie wieder zurück konnte in der letzten Woche sogar vom
Krankenhaus aus ihr Privatleben in ihrem Sinne reorganisieren.

In der Kunsttherapie-Gruppe war Fr. F anfangs eher vorsichtig zurückhaltend,
wurde jedoch im Verlauf des Aufenthalts immer gezielter in ihrer Arbeitsweise.
Ihr Interesse an der Therapie war groß, aber auch von ihrer Tagesverfassung

⁷⁰ Gisela Schmeer, „Krisen auf dem Lebensweg“, Verlag J. Pfeiffer, 1994, S. 210

abhängig, da sie teilweise von ihren Schmerzen abgelenkt war. Den Kontakt zu ihren Mitpatienten vermied sie – mit wenigen ausgesuchten Ausnahmen – soweit das ging. In der Betrachtung und Besprechung ihrer Bilder versuchte sie so viel wie möglich an Anregungen mitzunehmen, wehrte sich jedoch anfangs heftig gegen alles Positive, das in ihren Bildern enthalten sein könnte. Gegen Ende des Aufenthalts wurden die positiven Aspekte wieder integriert, das Schmerzzentrum wandelte sich zum Kraftzentrum.

Die Bilder von Fr. F gewinnen im Verlauf der Therapie zunehmend an Farbklarheit. Zu Beginn sind die Farben noch wie mit einem grauen Schleier bedeckt, erst gegen Ende gibt es klares Rot, Gelb und Orange, der Grauschleier hebt sich, obwohl das Material und die Technik des Verwischens gleich geblieben sind. Sie kam immer mit sehr klaren Vorstellungen, was sie machen wollte, in die Stunden. Mein Eindruck war, dass sie versuchte die vielschichtigen Aspekte ihrer Diagnose intellektuell zu verstehen und Stück für Stück in ihren Bildern aufzuarbeiten. Ingrid Riedel schreibt *„Lebensübergänge vollziehen sich immer und überall [...] in drei Stufen, drei Stadien, die aus einem Abschiednehmen vom Bisherigen, einem Durchgangsstadium und einem Ankommen im Neuen, einer Integration des Bisherigen auf neuer Ebene, bestehen. Keines dieser Stadien ist ohne Bewältigung des Vorherigen zu erreichen.“*⁷¹ In diesem Sinne betrachte ich auch das vorübergehende Festhalten an bestehenden negativen Aspekten der Krankheit, bis sie von allen Seiten betrachtet und „verstanden“ sind, als Versuch der Integration ebendieser Anteile. Erst wenn alle Phasen durchschritten sind, setzt die Besserung ein. Es war schwierig, Fr. F von der Konzentration auf das Negative abzulenken und ihrer Energie und Gedanken eine neue Richtung anzubieten. Ihre Willenskraft und ihre Intelligenz, die sie einerseits bei der Verarbeitung und Bewältigung ihrer Krankheit unterstützten, waren ihr andererseits bei der Annahme von Unterstützung immer wieder im Weg.

⁷¹ Ingrid Riedel, „Die gewandelte Frau“, Verlag Herder Spektrum, 12. Auflage 2006, S. 46

4. Schlussbetrachtung

4.1 Wo habe ich meine Stärken gefunden?

Mein größtes Interesse haben die Patienten gefunden, bei denen die Entwicklung und Besserung am langsamsten stattfindet, z.B.: bei Depression, Persönlichkeitsstörungen oder bei Demenz. Ich habe festgestellt, dass ich im Umgang mit diesen Patienten die größte Geduld aufbringe und Freude an den mikroskopisch kleinen Entwicklungsschritten finde.

Eine meiner Stärken liegt darin, dem Platz zu geben, was kommt. Ich muss eher darauf achten, nicht zu viel Raum zu lassen, in dem sich der Patient auch verlieren könnte. Dem versuche ich durch möglichst große Klarheit zu begegnen, indem ich auch sage, wenn ich an meine Grenzen stoße und nicht weiter weiß. Damit habe ich gute Erfahrungen gemacht, sowohl in der Gruppe als auch im Einzelsetting.

Ich versuche auch die Patienten mit Fragen zu führen, statt zu interpretieren, kenne ich es doch von mir selbst, dass „Erkenntnisse“ bei mir nur ankommen, wenn ich sie selbst „gefunden“ und formuliert habe.

Ich halte es ebenso für wichtig, die Erwartungshaltungen, denen ich als Therapeutin begegne, zu erkennen und klarzustellen, welche davon erfüllbar sind und welche nicht. Nur so ist es möglich, die Patienten zur Autonomie zurückzuführen.

4.2 Der Umgang mit der Co-Therapeutin / dem Team

Mein Beisein bei den Morgenübergaben, den Sektorbesprechungen und den Treffen mit dem PSD (Psychosozialer Dienst Baden) gab mir die Möglichkeit die Vernetzungen und Abläufe innerhalb des Systems kennenzulernen.

Das Team hat mich von Anfang an als Kollegin aufgenommen und ich konnte mich mit auftauchenden Fragen an alle MitarbeiterInnen wenden, egal ob ÄrztInnen, TherapeutInnen oder Pflegepersonal.

Zu Anfang empfand ich es als belastend die Kunsttherapie-Gruppe „unter Beobachtung“ zu leiten und war dadurch mit verstärktem Leistungsdruck konfrontiert. Durch das Nachbesprechen der Stunden und das direkte Feedback im Anschluss an die Gruppen, war aber genau dieses Beobachtet-Werden für mich das größte Lernfeld. Die Zusammenarbeit mit Fr. Haller war in jeder Hinsicht von Sympathie und Respekt getragen und ein großer Gewinn.

4.3 Zukünftige Zielsetzungen

Meine weiteren Ziele und Pläne sind einen Job in einer Institution, wie z.B. einem Altersheim oder Krankenhaus, zu finden, parallel dazu das Propädeutikum und anschließend eine Psychotherapieausbildung zu machen. Ich möchte weiterlernen und mit kranken Menschen arbeiten.

5. Anhang

5.1 Evaluierung und Dokumentation

Meine Überlegung war, dass ich auf der Akutpsychiatrie keinen Feedbackbogen an die Patienten austeilen kann, ich aber nicht nur für die Abschlussarbeit, sondern auch für mich selbst ein Werkzeug zur Evaluierung und Nachvollziehbarkeit der Stunden haben möchte.

Eine Kollegin hat die kopierten Fragebögen aus der Zeitschrift „Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 18“⁷² in die Peergruppe mitgebracht. Der Fragebogen stammt aus einem Forschungsprojekt der Fachhochschule für Kunsttherapie an der Sonnenberg-Klinik, Universitätsklinik Ulm, Abteilung für psychosomatische Medizin, Furtbach-Krankenhaus, DRK Kliniken Berlin. Die Autoren sind H. Kurz, B. Grün-Roisieux, A. Hornbach, M. Hölzer, A. Klöss-Fleischmann und M. Krilles-Mayr. Ziel des Forschungsprojekts war eine nachvollziehbare Evaluierungsmethode für kunst- und gestaltungstherapeutische Prozesse zu finden, unter anderem auch um gegenüber Institutionen und Arbeitgebern die Position der Kunsttherapie zu festigen.

Mit Hilfe dieser Dokumentationsbögen ist es möglich die Entwicklung der abgefragten Punkte pro Patient tabellarisch darzustellen und im größeren Rahmen zu vergleichen. Dafür gibt es im Rahmen des Forschungsprojekts sicherlich ein eigenes Programm. Ohne dieses Programm ist der Aufwand entsprechend größer, aber für einzelne Patienten lassen sich spezielle Themenbereiche, wie z.B. „Widerstand“, gut sichtbar nachvollziehen.

Der in der Zeitschrift veröffentlichte Fragebogen hatte 3 A4-Seiten. Das war mir zu viel, da mehr als ein A4-Blatt pro Patient und Stunde einen ziemlichen Papierberg ergeben hätte und mir für die Praxis dementsprechend unsinnig erschien. Ich habe mir den Bogen auf 2 A4-Seiten nachgebaut und während des gesamten Praktikums pro Patient und Stunde je ein Blatt ausgefüllt. Das Ausfüllen der Bögen nach jeder Stunde hat mein Hinschauen schon nach kurzer Zeit verändert. Zu Beginn musste ich mich noch bewusst auf Abläufe und Bewegungen konzentrieren, die ich nach einigen Wochen registrierte auch ohne darauf zu achten.

Anhand dieser Bögen habe ich bei den Fallbeispielen einzelne Punkte herausgenommen und in Form einer Prozessentwicklungstabelle an den Beginn der jeweiligen Fallbeschreibung gestellt.

Zusätzlich habe ich meine Eindrücke auch noch in freier Prosa dokumentiert. Mit der Kombination aus beidem sind die Stunden für mich auch aus größerem zeitlichen Abstand noch nachvollziehbar.

⁷² „Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 18“, 2007, Hofgrefe Verlag Göttingen

KUNST- UND GESTALTUNGSTHERAPEUTISCHE PROZESSDOKUMENTATION

Dokumentationsbogen
 nach einem Forschungsprojekt der FHKI,
 Sonnenberg-Klinik, Universitätsklinik Ulm,
 Abt. psychosomatische Medizin, Furtbach-Krankenhaus,
 DRK Kliniken Berlin – Wiegmann Klinik
 Autoren: H. Kurz, B. Grün-Roisieux, A. Hornbach,
 M. Hölzer, A. Klöss-Fleischmann, M. Killes-Mayr
 veröffentlicht in: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 18, 2007,
 Hofgrefe Verlag Göttingen

Name

Setting

Gruppe

Datum dokumentiert von

Therapeut 1 Therapeut 2

Material-/Themenvorgabe ja nein

1 Materialangebot, Materialauswahl des Patienten	
Materialqualitäten	

trifft überhaupt nicht zu
 trifft meist nicht zu
 trifft kaum zu
 trifft etwas zu
 trifft meistens zu
 trifft vollständig zu

Bemerkungen / Kommentare

2 Patient arbeitet ...									
Arbeitsweise	zurückhaltend, gehemmt, ängstlich								
	gezielt								
	experimentierend								
	Form suchend								
	motorisch materialgerecht								
	motorisch kräftvoll								
	motorisch koordiniert								
	mit kleinen Bewegungen								
	mit feinen Bewegungen								
	mit großen, raumgreifenden Bewegungen								
	hektisch, getrieben								
	ruhig, gelassen								
	konzentriert								
eigeninitiativ									
sucht Anleitung									
eingehend auf die Materialeigenschaften									
sinnlich erkundend									
3 Patient verhält sich ...									
Arbeitshaltung Arbeitseinstellung	neugierig, interessiert								
	bezogen								
	achtsam, einfühlsam								
	wertschätzend, sorgfältig								
	entwertend								
	widerständig								
	überfordert, hilflos								

trifft: überhaupt nicht zu
trifft: meist nicht zu
trifft: kaum zu
trifft: etwas zu
trifft: meistens zu
trifft: vollständig zu

Bemerkungen / Kommentare

4 Das entstandene Werk oder Objekt wirkt ...											
Ausdruck – Darstellung	realistisch, gegenständlich, proportioniert, naturalistische Form, Darstellung, Objekt ist benennbar										Patient macht keine Aussage, weil _____
	abstrakt										
	verwirren, unklar, diffus, gestaltlos										
	lebendig										
	starr										
	flächig										
	körperlich, räumlich										
	Differenzierung in Vorder- und Hintergrund										
	(Bild-)Raum ausschöpfend, Raum erfüllend										
	sich ausweitend, expandierend, überschreitend										
reduziert											
mikroskopisch											
fragmentiert, unzusammenhängend											
5 Der Patient zeigt in der Reflexion des eigenen Prozesses ...											
Reflexion – Betrachtung	einen haptischen, sensomotorischen Bezug										Keine Einschätzung > mit <input type="radio"/> kennzeichnen
	einen emotionalen Bezug										
	Differenzierung von Vorder- und Hintergrund										
	eine vielschichtige Betrachtungsweise										
	eine flexible und wandelbare Betrachtungsweise										
	Bezug zu lebensgeschichtlichen und persönlichen Zusammenhängen										
	die Wahrnehmung seiner Gestaltung als Einheit im Gegensatz zum Teilobjekt										
	eine rationalisierende, intellektualisierende Verarbeitung										
freie Assoziation											
6 Einzelstunde <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein											
Der Patient in der Gruppe	eigene Probleme / Themen / Konflikte werden <i>projektiv</i> verarbeitet										Keine Einschätzung > mit <input type="radio"/> kennzeichnen
	eigene Probleme / Themen / Konflikte werden <i>introspektiv</i> verarbeitet										
	es gibt einen Kontakt zur Gruppe										
	Mitpatienten werden in die Gestaltung / Betrachtung einbezogen										
	die Gestaltung wird in Beziehung / Verbindung zu anderen gesehen										
	Beziehung z. Therapeutin klar, eindeutig										
	Beziehung z. Therapeutin vermeidend										
	Beziehung z. Therapeutin ambivalent										
7 Zustand des Objekts bei Beendigung der Sitzung und Ort des Verbleibs:											
Beendigung und Trennung											
	klare, eindeutige Beziehung zum Objekt										
	vermeidende Beziehung zum Objekt										
	ambivalente Beziehung zum Objekt										

5.2 Stundenübersicht

		von	bis	h	TN	KT-h ⁷³	Methode
di	05.02.2008	8.00	13.30	5,5			
mi	06.02.2008	8.00	12.00	4	2	2	Gemeinschaftsbild
do	07.02.2008	8.00	13.00	5	2	2	freies Thema
fr	08.02.2008	8.00	13.00	5			
di	12.02.2008	8.00	13.15	5,25			
mi	13.02.2008	8.00	13.00	5	3	2	freies Thema
do	14.02.2008	8.00	12.00	4			
fr	15.02.2008	8.00	12:45	4,75			
di	19.02.2008	8.00	12.00	4			
mi	20.02.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	3 freies Thema, 1 Themenvorgabe
do	21.02.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	2 freies Thema, 1 Themenvorgabe, 1 Materialvorgabe
fr	22.02.2008	8.00	13:15	5,25			
di	26.02.2008	8.00	13.30	5,5			
mi	27.02.2008	8.00	12:30	4,5	5	2	4 freies Thema, 1 Themenvorgabe
do	28.02.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	3 freies Thema, 1 Themenvorgabe
fr	29.02.2008	8.00	13:00	5			
di	04.03.2008	8.00	12:00	4			
mi	05.03.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	2 freies Thema, 1 Themenvorgabe, 1 1:1-Begleitung
do	06.03.2008	8.00	13:30	5,5	4	2	3 freies Thema, 1 1:1-Begleitung
di	11.03.2008	8.00	12:15	4,25			
mi	12.03.2008	8.00	13:00	5	4	2	4 freies Thema
do	13.03.2008	8.00	13:00	5	4	2	4 freies Thema
fr	14.03.2008	8.00	13:15	5,25			
di	18.03.2008	8.00	12:00	4			
mi	19.03.2008	8.00	12:00	4	3	2	1 freies Thema, 1 Ort des Wohlfühlens, 1 Blume
do	20.03.2008	8.00	13:00	5	3	2	2 Ort des Wohlfühlens, 1 Abschied
fr	21.03.2008	8.00	12:30	4,5			
di	25.03.2008	8.00	14.15	6,25			
mi	26.03.2008	8.00	12:30	4,5	3	2	1 freies Thema, 1 meine Insel, 1 das Schönste in meinem Garten
do	27.03.2008	8.00	12:30	4,5	3	2	2 freies Thema, 1 Hyazinthe größer
fr	28.03.2008	8.00	10:45	2,75			
mi	02.04.2008	8.00	12:15	4,25	5	2	freies Thema
do	03.04.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	Haus/Wohnen
mi	09.04.2008	8.00	12:30	4,5	3	2	Gemeinschaftsbild: sicherer Ort und dann Verbindungen schaffen
do	10.04.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	Gemeinschaftsbild: eigener Bereich und Gemeinsames
mi	16.04.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	freies Thema, 1 das gute Gefühl in der Brust
do	17.04.2008	8.00	12:45	4,75	4	2	freies Thema, 1 Gegenteil vom gestrigen Gefühl
mi	23.04.2008	8.00	12:45	4,75	4	2	freies Thema
do	24.04.2008	8.00	12:15	4,25	3	2	freies Thema
mi	30.04.2008	8.00	12:15	4	4	2	freies Thema
mi	07.05.2008	8.00	12:45	4,75	4	2	freies Thema
do	08.05.2008	8.00	12:45	4,75	4	2	Quelle
mi	14.05.2008	8.00	12:00	4	1	2	Bitte nicht stören-Schild
do	15.05.2008	8.00	12:30	4,5	3	2	Ort des Wohlfühlens
mi	21.05.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	freies Thema, Vorschlag: Weg
mi	28.05.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	freies Thema
do	29.05.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	freies Thema
mi	04.06.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	freies Thema
do	05.06.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	„Mal dich frei“, Gemeinschaftsbild mit eigenem Bereich
mi	11.06.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	freies Thema
do	12.06.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	freies Thema
mi	18.06.2008	8.00	12:45	4,75	5	2	Ort des Wohlbefindens
do	19.06.2008	8.00	13:00	5	5	2	Lieblingsfarbe
mi	25.06.2008	8.00	12:00	4	4	2	freies Thema
do	26.06.2008	8.00	12:15	4,25	4	2	freies Thema
mi	02.07.2008	8.00	12:30	4,5	5	2	freies Thema
do	03.07.2008	8.00	12:30	4,5	4	2	freies Thema, 1 „was tut mir gut, mache ich gerne“
mi	09.07.2008	8.00	12:30	4,5	2	2	freies Thema
do	10.07.2008	8.00	12:15	4,25	3	2	freies Thema
mi	16.07.2008	8.00	12:30	4,5	5	2	freies Thema
do	17.07.2008	8.00	12:15	4,25	6	2	freies Thema
mi	23.07.2008	8.00	12:15	4,25	3	2	freies Thema
do	24.07.2008	8.00	12:45	4,75	3	2	freies Thema, 1 Kirchenfenster
mi	30.07.2008	8.00	12:15	4,25	3	2	Quelle
do	31.07.2008	8.00	14:00	6	3	2	freies Thema, 1 Baum
mi	10.09.2008	8.00	12:15	4,25	5	2	freies Thema
do	11.09.2008	8.00	12:00	4	4	2	freies Thema
mi	17.09.2008	8.00	12:15	4,25	6	2	freies Thema
do	18.09.2008	8.00	13:00	5	4	2	freies Thema
mi	24.09.2008	8.00	12:45	4,75	3	2	freies Thema
do	25.09.2008	8.00	12:45	4,75	3	2	freies Thema
mi	01.10.2008	8.00	12:30	4,5	3	2	freies Thema
do	02.10.2008	8.00	13:00	5	3	2	freies Thema
mi	08.10.2008	8.00	12:00	4	2	2	Gemeinschaftsbild Baum
do	09.10.2008	8.00	12:15	4,25	3	2	Gemeinschaftsbild mit eigenem Bereich, freies Thema
mi	15.10.2008	8.00	12:15	4,25	5	2	freies Thema
do	16.10.2008	8.00	12:30	4,5	3	2	Rahmenbild
mi	22.10.2008	8.00	12:15	4,25	6	2	freies Thema
do	23.10.2008	8.00	12:15	4,25	3	2	freies Thema
mi	29.10.2008	8.00	12:00	4	3	2	Übergang, Wandlung
do	30.10.2008	8.00	12:00	4	3	2	freies Thema
				371		130	Exkl. Vor- und Nachbereitungszeit

In dieser Zeit habe ich 58 verschiedene Patienten in der KT-Gruppe erlebt.

⁷³ KT = Kunsttherapie

6 Literaturliste

6.1 Verwendete Literatur

Volker Arolt / Christian Reimer / Horst Dilling

- „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“, Verlag Springer, 6. Auflage 2006

Udo Baer / Gabriele Frick-Baer

- „Würde und Eigensinn“, Verlag Beltz, 2009
- „Vom Schämen und Beschämtwerden“, Beltz, 2008

Erwin Bakowsky

- MGT-Skriptum „Grundstufe – Grundlagen 1 – Bildarbeit“
- MGT-Skriptum „Grundstufe – Grundlagen 2 – Der therapeutische Prozess“
- MGT-Skriptum „Grundlagen 4 – Bildinterpretation 2“

David Bauer / Jutta Jackowski

- „Kunst & Therapie 2/2007“, Claus Richter Verlag

Joachim Bauer

- „Warum ich fühle, was du fühlst“, Verlag Heyne, 10. Auflage 2006

Erich Fromm

- „Den Menschen verstehen – Psychoanalyse und Ethik“, dtv, 7. Auflage 2005

Christa Henzler / Ingrid Riedel

- „Maltherapie“, Kreuz Verlag, 2004
- „Malen in der Gruppe“, Kreuz Verlag, 2008

Jolande Jacobi

- „Vom Bilderreich der Seele“, Walter Verlag AG Olten, 1969

Johannes Kipp / Hans-Peter Unger / Peter M. Wehmeier,

- „Beziehung und Psychose“, Psychosozial-Verlag, 2. Auflage 2006

Edith Kramer

- „Kunst als Therapie mit Kindern“, Reinhardt, 4. Auflage 1997

Christof Meier / Gisela Perren-Klingler

- „Ressourcenarbeit – ein Handbuch“, Institut Psychotrauma Schweiz, 2002

Ilse Nürnberger

- „Kunsttherapie und Autonomie“, Verlag Daedalus, 2004

Klaus Paulitsch

- Vortrag „Psychische Erkrankungen“ – Seminar für MitarbeiterInnen der Caritas
- „Praxis der ICD-10-Diagnostik“, Verlag Facultas, 2004

Nossrat Peseschkian,

- „Der Kaufmann und der Papagei“, Fischer, 25. Auflage 2001

Luise Reddemann

- „Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie“, Verlag Leben Lernen Klett-Cotta, 2008

Ingrid Riedel

- „Die gewandelte Frau“, Verlag Herder Spektrum, 12. Auflage 2006

Gisela Schmeer

- „Krisen auf dem Lebensweg“, Verlag J. Pfeiffer, 1994
- „Heilende Bäume – Baumbilder in der psychotherapeutischen Praxis“, © Schmeer

Flora von Spreti / Philipp Martius / Hans Förstl (Hrsg.)

- „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“, Verlag Urban & Fischer, 2005

Maria Steinbauer / Johann Taucher

- „Integrative Maltherapie“, Verlag Springer Wien NewYork, 1997

6.2 Literaturempfehlungen

Erwin Bakowsky

- MGT-Skriptum „Grundlagen 3 – Farbpsychologie“

Karin Dannecker (Hrsg.)

- „Internationale Perspektiven der Kunsttherapie“, Verlag Hausner & Hausner, 2003

Stephan Doering / Heidi Möller (Hrsg.)

- „Frankenstein und Belle de Jour“, Verlag Springer, 2008

Gregg M. Furth

- „Heilen durch Malen“, Walter-Verlag, 1991

Christian Mayer

- „Hieroglyphen der Psyche – mit Patientenskizzen zum Kern der Psychodynamik“, Verlag Schattauer, 2008

Danke an
die Patienten, die ihre Bilder zur Verfügung gestellt haben
die Abteilung Psychiatrie im LKH Baden
meine LehrtherapeutInnen und Supervisoren
meine Familie
Klaus
für die Unterstützung und die Geduld

Alexandra Mesensky
1090 Wien
Müllnergasse 6/30
Tel.: 0043 / 650 / 96 85 963
E-Mail: alexandra.mesensky@chello.at