

# Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,  
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,  
Kreativitätstherapien, Kulturprojekte

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold* und  
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leiser* und *Chae Yonsuk*

für das

„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur  
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der

„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit

Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen  
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

**Ausgabe 02/2018**

**Die Pantherfrau  
Integrative Kunsttherapie auf der Palliativstation**

*Maria Petras* \*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Behandlungsjournal zur Weiterbildung „Kunsttherapie im Integrativen Verfahren“, Betreuung/Begutachtung Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

1. Zur Palliativstation – Patienten, Team, kunsttherapeutische Aufgabe
2. Erstkontakt. Die Klientin Frau P. und ihre Selbstvorstellung
  - 2.1. Medizinische Diagnose
  - 2.2. Zur Zielstellung der Kunsttherapie. Erwartungen der Klientin
3. Verlauf (Phase I) Positive Entwicklungen unter Verbesserung der Symptomatik durch die medizinisch symptomatische Therapie
  - 3.1. „Ich bin in meinen Körper eingesperrt wie ein Tier!“ – Rilkes „Panther“
  - 3.2. Zur biographischen Anamnese
  - 3.3. Prozessdiagnostische Erhebung (Phase I)
    - 3.3.1. Ressourcen und Potentiale der Klientin
    - 3.3.2. Therapieplan (Phase I)
  - 3.4. Therapieprozess (Phase I)
    - 3.4.1. Das Rilke-Gedicht „Der Panther“
    - 3.4.2. Text-Bild des Gedichtes
    - 3.4.3. Gestaltetes Bild: Panther-Augen hinter Gitter
    - 3.4.4. Die Frau und der Panther in der Geschichte der Kunst
    - 3.4.5. Fachgespräche. Selektive Offenheit
  - 3.5. Abschluss Phase I. Vorläufige Ergebnisse
    - 3.5.1. Frau P. und ihr Lebensgefährte. Hoffnungen und Ängste
    - 3.5.2. Hoffnungen und Befürchtungen des Lebensgefährten
    - 3.5.3. Dankbarkeit und Sorgen der Therapeutin
4. Verlauf (Phase II). Prozesse bei Erreichen eines emotionalen Plateaus und bald einsetzender, erneuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Klientin
  - 4.1. Prozessdiagnostische Erhebung (Phase II)
  - 4.2. Therapieprozess (Phase II). „Wir üben!“
    - 4.2.1. „Übungen für die linke Hand“. Malen und erneutes Hoffen – Frau P.

- 4.2.2. Mitmachen und trauriges Glücklichein – Der Lebensgefährte
- 4.2.3. Beinahe Gemälde. Wirklich Kunst – Der Prozess aus der Sicht der Therapeu-  
tin

## 5. Verlauf (Phase III). Aufbäumen gegen den Selbstverlust. Zunehmende körperliche Schwäche und beginnendes Versinken

- 5.1. Enttäuschungen. Wachsende Probleme
  - 5.1.1. „Aber ich will!“ – Reaktionen von Frau P.
  - 5.1.2. „Aber Ja. Aber wie?“ – Ängste und Befürchtungen des Lebensgefährten
  - 5.1.3. Ohnmacht und Hoffnung der Therapeutin
- 5.2. Der Abschied

## 6. Ein Nachtrag

## 7. Anhang. Zu Prozessen der An- und Abgrenzung des Therapeuten in therapeutischen Prozessen in palliativer Situation. Eine Antwort auf die Forderung nach professioneller Distanz in der Klinik

- 7.1. Affiliationsprozesse im palliativen Kontext. Zuwendung, Zuneigung
- 7.2. Abgrenzungsprozesse. Das Streben nach Professionalität und die Notwendigkeit aktiver Selbstwahrnehmung und Lebensgestaltung auf Therapeutenseite
  - 7.2.1. Aus emotional geprägter Sicht (Erlebens-Ebene)
  - 7.2.2. Aus kognitiver Sicht, als bewusstes Tun
  - 7.2.3. Aus persönlicher, individuell geprägter Sicht
- 7.3. Belastungen, die sowohl positive Empathie, als auch Professionalität behindern

## 8. Zusammenfassung / Summary

## 9. Literatur

## Die Pantherfrau Integrative Kunsttherapie auf der Palliativstation

### 1. Zur Palliativstation - Patienten, Team, kunsttherapeutische Aufgabe

Eine Palliativstation<sup>1</sup> nimmt Menschen mit schwerer und schwerster Erkrankung auf (vorwiegend Krebs),<sup>2</sup> die unter der akut gewordenen Last massiver Symptome, wie Atemnot, Übelkeit, Schmerz u.a.m. weder zuhause, noch in normalen Pflegeeinrichtungen zu versorgen sind. Die Station ist an ein Krankenhaus angeschlossen, so dass eine komplexe medizinische Behandlung – anders als in einem Hospiz und in vergleichsweise kurzer Zeit<sup>3</sup> – möglich ist, doch wird damit keine kurative, sondern eine palliative, d.h. die Symptome lindernde Absicht realisiert. Es geht um eine Verbesserung der Lebensqualität, um die Herstellung einer stabilen Situation auf niedrigem gesundheitlichen Niveau und im sozialen Kontext, so dass eine anschließende Versorgung in häuslicher Pflege oder in einem Hospiz möglich ist.<sup>4</sup>

Das Team der Palliativstation arbeitet hoch effektiv und in engem Kontakt mit Patienten und Angehörigen. In täglichen Besprechungen, ausführlichen Übergaben bei einem vergleichsweise breiteren Personalschlüssel pro Patient wird es möglich, den Patienten in seiner körperlichen und psychischen Symptomatik und seiner sozialen und häuslichen Situation (Familie, Freunde, Wohnsituation) zu sehen und auf komplexe Weise für seine menschenwürdige Pflege und Betreuung zu sorgen.

Der kunsttherapeutische Arbeitsauftrag ist dabei immer eingebettet in den Kontext des palliativ medizinischen Ziels. Es geht um die Würde des Einzelnen und sein aktuell mögliches Leben in seiner sozialen Situation, zugleich aber auch um die Bewäl-

---

<sup>1</sup> lat. „palliare“ – mit dem Mantel bedecken, umhüllen

<sup>2</sup> Die Daten dieses Journals wurden insgesamt anonymisiert, so dass sie keinen Rückschluss auf wahre Personen zulassen.

<sup>3</sup> Der Gesetzgeber sieht vor, dass das speziell ausgebildete Team von Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten (für Ernährung, Physiotherapie, Lymphdrainage, Psychotherapie, Kunst- und Musiktherapie) und Seelsorgern die Probleme innerhalb von 14 Tagen, maximal drei Wochen behebt.

<sup>4</sup> Diese Versorgung wird gegebenenfalls unterstützt durch ein ambulantes ärztlich-pflegerisches Team (SAPV), das auf der Grundlage der im Krankenhaus eingestellten Medikation weitere medikamentöse Anpassungen vornehmen kann und Infusionen und komplexe medizinisch-pflegerische Leistungen bewältigt, die ein normales Pflorgeteam und ein Hausarzt nicht leisten kann.

tigung dieses Anliegens durch das Team, das durch kunsttherapeutisch psychoonkologische Begleitung der Patienten und Angehörigen zu unterstützen ist.

Dieser Auftrag wird fast immer durch den behandelnden Arzt ausgesprochen und erfolgte für die im Folgenden darzustellende, kunsttherapeutische Arbeit während der halbstündigen, täglichen Morgenbesprechung mit den Worten „das ist wirklich mal eine Patientin für Sie!“ Am frühen Morgen sei eine in der Klinik bereits bekannte Patientin eingetroffen, fast bewegungsunfähig und durch Hirnmetastasen nahezu „eingelagert“. Die Oberärztin der Ambulanz habe sie als extrem willensstark und voller seltsamer Vorstellungen über Selbstheilungskräfte beschrieben, also als „schwierig, doch letztlich intelligent und bei einfühlsamer Gesprächsführung durchaus führbar“.

## **2. Erstkontakt. Die Klientin Frau P. und ihre Selbstvorstellung**

Die 56jährige Patientin stand bei meiner ersten Begegnung mit ihr unter dem Eindruck höchster subjektiver Not. Sie konnte sprechen, sich aber kaum bewegen. Nur der linke Arm war teilweise selbsttätig führbar, doch ohne Kraft. Sie begann sofort zu erzählen.

Sie habe Station auf einer Transportliege des Notarztes erreicht. Dass es nun nicht mehr um Heilung gehen könne, sondern um einen Abschied vom Leben, das sei ihr vollkommen klar.

Das Erleben völligen Verlustes von Selbstkontrolle (automatisches Urinieren und Einkoten, absolute Bewegungsunfähigkeit bei zugleich wachem Bewusstsein) – sie meinte, alles gesehen zu haben – schilderte sie überzeugend und hoch erregt als grausame traumatische Erfahrung. Entsprechende Begrifflichkeiten und eine dramatisch mitreißende, bildhafte Ausdrucks- und Darstellungskraft standen ihr trotz der zunächst zu erwartenden mentalen Einschränkungen ungehindert zur Verfügung. Sie schilderte den Hergang in zunächst relativ ungeordneter Durchmischung von Szenen, Gedanken, Eindrücken und grundsätzlichen Werten, die ihre Persönlichkeit, ihre persönlichen Werte deutlich machen sollten.

Auf dem Weg zu einer von ihr selbst geleiteten Weiterbildung sei sie auf dem Frankfurter Bahnhof zusammengebrochen. Sie habe nie auf „jede Kleinigkeit an körperlichen Beschwerden“ Rücksicht genommen, doch diese letzten Stunden hätten sie traumatisiert. Bislang sei sie in ihrem Leben grundsätzlich und intensiv um „positives Denken“ bemüht gewesen. Sie habe auch „aktiv an ihre Heilung geglaubt“, um den Prozess ihrer Heilung auf diesem Wege zu befördern, ja möglichst aktiv voran zu treiben. Sie zeichne sich von Kindheit an durch einen sehr starken Lebenswillen aus. Das habe sie immer gerettet. Sie habe ein schwieriges Leben gehabt, doch sie habe letztendlich immer alles bewältigt. Zum Beispiel auch während der Krebstherapie habe sie die körperlichen Einschränkungen, vor allem also OP, Chemotherapie, Bestrahlung bewusst „akzeptiert“ und mit ihnen gelebt. Sie habe es tatsächlich geschafft, ihre selbstständige Arbeit als psychologische Beraterin im Pflegebereich fast ohne Einschränkungen durchzuhalten. Trotz der damit verbundenen Reisen sei kaum je ein Termin entfallen.

Eigentlich sei doch gerade alles gut gewesen.

Sie habe geglaubt gehabt, sie hätte es endlich geschafft.

Sie sei sich eigentlich sicher gewesen.

Zumal – sie sei seit drei Jahren verheiratet – es sei ihr doch jetzt endlich wirklich alles gelungen.

Welch ungeheure Lebenskraft und zugleich auch massive Verdrängungsleistung hinter diesen Erzählungen und subjektiven Einschätzungen ihres Lebens in der letzten Zeit gestanden hatte – und ihr offenbar bis zum frühen Morgen dieses ersten Tages meiner Begegnung mit ihr das Gefühl gelingenden, wunderbar sich endlich erfüllenden Lebens erhielt – sollte ich erst beim anschließenden Lesen der medizinischen Diagnose der Klientin annähernd begreifen.

## 2.1. Medizinische Diagnose

Frau P., geboren 1960, zum Zeitpunkt unserer Begegnung im Mai 2016 also 56 Jahre alt, hatte im November 2013 eine Krebsdiagnose erhalten: Mamma-Ca rechts, histologisch invasiv duktal, bereits exulceriert (T4b), ohne Lymphknotenbefall (N0), doch mit initialen Metastasen (pulmonal und ossär). Das Grading des Tumorgewebes war mit 2-3 eingeschätzt worden. Eine erste Therapie wurde erfolgreich mit R0 abgeschlossen, also ohne Nachweis eines noch verbleibenden Tumorrestes im Gewebe. Doch bereits seit November 2014 waren Metastasen pulmonal, ossär und hepatisch nachgewiesen worden. Eine cerebrale Metastasierung war seit Februar 2015 bekannt.

Die Behandlung von Frau P. war im KH NW (nach OP) mit Chemotherapie und Ganzhirnradiatio weitgehend ambulant erfolgt.

Da eine Bestrahlung der Hirnmetastasen bereits Anfang 2015 erfolgt war, nicht wiederholt werden konnte, würde die medizinische Behandlung der cerebralen Metastasen symptomatisch und nur sehr begrenzt erfolgreich bleiben. Aus medizinischer Sicht war deutlich: Die Patientin fand sich mit einem nun zu erwartenden massiven Progress bei sehr belastender neurologischer Symptomatik innerhalb der kommenden Tage, Wochen, vielleicht auch Monate bis zu ihrem Tode konfrontiert.

Aus ärztlicher Sicht wurde damit und auch aufgrund der sofort deutlichen, spürbaren Inanspruchnahme des Teams durch die laut sprechende, zunächst als agitiert aufgefasste Patientin eine möglichst sofortige **psychoonkologische Unterstützung** not-

wendig, die die Patientin auch akzeptierte. Ich arbeitete auf der Station in den beiden Funktionen der Kunsttherapeutin und Psychoonkologin und nahm diese Aufgabe an.

## 2.2. Zielstellung der Kunsttherapie. Erwartungen der Klientin

Frau P. empfing mich direkt und begeistert bereits zu Beginn unserer ersten Begegnung als „Kunsttherapeutin“. Dies würde ihr eine ideale, vermutlich letztmögliche Unterstützung ihrer psychologischen Selbstheilungsabsichten bieten. Solche Begeisterung prompt einzuschränken, ist in einer krisenhaften Situation eigentlich nicht geraten. Auch aufgrund der Hirnmetastasen war zunächst weder mit einer für die Klientin ursprünglich normal gewesenen Reflexionsfähigkeit, noch auf hirnphysiologisch unbeschädigte emotionale Reaktionen zu rechnen. Doch ich war mir sicher, dass mein Unbehagen angesichts so hoch gesteckter Ziele für sie sehr schnell spürbar werden würde, beschrieb deshalb Schritt für Schritt, Blickkontakt haltend und im sich bald ergebenden Wechselgespräch meine eigenen Vorstellungen von den sich ergebenden Möglichkeiten. Ich verstehe mich nicht als „Heilerin“ und empfinde den Anspruch an eine „Heilung“ von Krebs über einen etwa „rein psychischen Weg“ als ein eigentlich falsch gegriffenes Ziel. Ich wollte vielmehr gern versuchen, ihr beizustehen, sie in der gegebenen Situation und mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln und Möglichkeiten als Kunsttherapeutin zu unterstützen. Es ging mir vor allem darum, ihr zu helfen, auch in der gegenwärtigen Situation „sie selbst“ zu bleiben, sich „nicht zu verlieren“. Frau P. freute sich über meine Formulierung. Ja, „ich selbst bleiben“, das sei ihr wichtig. Das Einschränkende meiner Reaktion in Bezug auf psychologisch erwirkte Heilung hatte sie vielleicht schon erwartet und reagierte flexibel. „Lassen Sie nur, Sie sind doch nicht verpflichtet, diese Heilung zu bewirken! Das weiß ich doch, dass man nichts erzwingen kann. Aber wissen Sie, ich gebe nicht auf, nie! Man kann es doch immerhin versuchen. Man kann es, man muss es!“ Es würde also gelten, mit ihr gemeinsam den Spagat zwischen den Heilungszielen der Klientin und ihrem Realitätssinn auszuhalten?

Dass dies noch zu einfach gedacht war, wurde mir schon am selben Nachmittag beim Eintreffen des Lebensgefährten deutlich. Sie begrüßte ihn, erklärte ihm die generelle Situation und stellte mich dann vor: „Mit solcher Arbeit kann ich doch noch Heilung finden!“ Später erfuhr ich, dass sie zunächst vermutlich auch auf ihre persönliche Psychoonkologin hoffte, eine Heilpraktikerin, die sie in den vergangenen Jahren



mit Visualisierungen von gelingender Heilung und glücklicher Zukunft begleitet hatte. Es ist möglich, dass Frau P. in diesem Moment noch glaubte, weiter mit ihr zu arbeiten. Darüber erfuhr ich auch später nur Vages. Wichtig für die Entwicklung unserer unsere Beziehung im Folgenden wurde die Fähigkeit von Frau P., klar zwischen ihren Wünschen und dem von mir begrenzten Angebot zu unterscheiden. Für ihre hoch gesteckten, eigentlichen, innersten Ziele sah sie sich selbst verantwortlich. Doch sie war dankbar sowohl für die Offenheit meinerseits, als auch das bestehende Angebot. Formulierungen, wie „sie selbst bleiben“, „sich nicht selbst verlieren“ fügten sich in ihr Programm. Sie wollte es nutzen und griff danach mit aller Kraft. „Was haben Sie denn zu bieten?“

Aus meiner Sicht ging es von nun an um den Erhalt ihrer Würde, ihrer subjektiven Selbstwahrnehmung, ihrer hier neu zu gewinnenden Identität (Petzold, Lückel 1985).<sup>5</sup> Dies musste, soweit dies bewusste Elemente, Wahrnehmungen, Ausdrucksweisen und konkrete Dinge (z.B. letzte Verfügungen, Bitten, zum Ausdruck zu bringende Gesten) betraf, „schnell gelingen“, denn das Bewusstsein dieser Klientin war durch die Hirnmetastasen bedroht. Es erschien im Augenblick noch intakt, Frau P. reagierte situativ angemessen. Bald aber würden sich unvorhersehbare, schwer zu ertragende Bewusstseinsveränderungen, auch emotionale Verschiebungen ergeben. Die bewusste Wahrung dieses inneren „Ich“, die die Klientin so sehr wünschte, sollte also „Jetzt“ geschehen.<sup>6</sup> Die offensichtliche Stärke ihres Ichs, ihr kraftvolles Wollen, Denken, Handeln, Wahrnehmen und Entscheiden (Ich-Funktionen) würden dabei eine Hilfe sein. Wir hatten sehr rasch zu einem Wir gefunden und es gab im gegebenen Kontext – unabhängig von ihrem idealen Wunsch – ein tatsächlich realistisches, gemeinsames Ziel.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Die Akzeptanz eines „So-Seins“ ist auch für Schwerstkranke und Sterbende möglich, kann sich verbinden mit einer Akzeptanz des eigenen Lebens als eines Ganzen, mit einem bewussten Abschied davon. Der Abschied Nehmende gewinnt und konstruiert hier eine neue, der Situation entsprechende Identität. Im therapeutischen Rahmen kann ein solcher Prozess unterstützt werden durch biographisches Erzählen, indem ein offenes, empathisches Gegenüber die innere Entwicklung des Sterbenden begleitet, „wahr-nimmt“ und akzeptiert (Petzold, Lückel 1985).

<sup>6</sup> Bei einem Patienten mit Hirnmetastasen sind massive mentale Einschränkungen zu erwarten. Schmerzen, beängstigende Halluzinationen und Bewusstseins Einschränkungen können auftreten. Ein ruhiges „Hinübergehen“, das den Erhalt, ja die Realisierung wichtiger innerer Werte des Sterbenden bedeutet, ist somit nicht am Ende eines solchen Sterbeprozesses zu erwarten.

<sup>7</sup> Zur komplexen Zielstellung Integrativer Therapie und eben auch Kunsttherapie siehe auch Petzold, Stefan 2000a.

### **3. Verlauf. Phase I. Positive Entwicklung unter Verbesserung der Symptomatik durch die medizinisch symptomatische Therapie**

Mit diesem ersten Kontakt am ersten Tag hatte ich den ärztlichen Auftrag, sowie den der Klientin erhalten. Aus psychoonkologischer Sicht ging es um die Begleitung einer Sterbenden und ihrer Familie – viele der Patienten mit Hirnmetastasen bleiben bis zum Tod auf der Station, da sich die Symptomatik so schwerwiegend gestaltet, dass das Zeitlimit für den Stationsaufenthalt (2, max. 3 Wochen) aufgehoben werden muss. Eine ärztliche Überwachung der Medikation bleibt dann bis zum Schluss notwendig. Kunsttherapeutisch hoffte ich diese so redegewandte, sich bildhaft ausdrückende Klientin sowohl mit poesie- und bibliothераpeutischen, als auch bildhaften und bildgestalterischen Möglichkeiten in dem bevorstehenden Prozess zu unterstützen.

In Reaktion auf die Frage der Klientin nach meinen Möglichkeiten verabredete ich deshalb eine Pause im Gespräch. Ich versprach, da sie sehr darum bat, bald wieder zu kommen und fragte, ob sie denn Interesse an Gedichten habe. „Oh, ja! Ich liebe Gedichte, kenne sehr viele auswendig.“ Ich beschloss also, zunächst noch einmal den medizinischen Bericht zu lesen, um sicherer auf Hoffnungen und Ängste der Klientin zu reagieren und dann meine Mappe mit Gedichten mitzubringen.<sup>8</sup> Wir würden gemeinsam lesen.

Mit dieser Unterbrechung bei dem noch am gleichen Tag beizubehaltenden Kontakt hoffte ich auch thematisch auf einen Gesprächsumschwung. Frau P. steigerte sich mit ihren dramatischen Schilderungen des Traumatischen spürbar in dieses Erleben hinein, vertiefte es dabei. Sie würde im Liegen, Hören und Verfolgen der zu lesenden Gedichte vermutlich eine gewisse Beruhigung finden, ein wenig mehr aufgehoben sein im „Wir“, im Klang und im „hohen Ton“ der Texte. Sie würde vielleicht wenig mehr ankommen auf der Station, in einem Bett bei intensiver pflegerischer, ärztlicher und emotionaler Betreuung. Wir würden „Zeit“ gewinnen, der gefühlsmäßige Absturz,

---

<sup>8</sup> Für die Arbeit mit vielen verschiedenen Patienten, die mir im Verlauf eines Arbeitstages begegnen, habe ich eine Mappe mit Gedichten, auch einzelnen Sprüchen angelegt, alphabetisch geordnet nach Autoren (Rose Ausländer bis Stefan Zweig) und Themen (Träume, Schlaf, Hoffnung, Engel, Kinderlieder, Landschaften, Jahreszeiten), sind neben sehr bekannten (Goethe, Schiller) auch stimmungsvolle (Matthias Claudius, Eichendorff) auch drastische (Peter Rühmkorf, Robert Gernhard), moderne (Inger Christensen) und humorvolle Texte enthalten.

das immer weiter wiederholte, „innere Fallen“ der Klientin würde, so hoffte ich, etwas langsamer werden. Das war – im Augenblick und aus meiner Sicht in Bezug auf diese Klientin – vielleicht der Beginn eines wieder ausgehaltenen, eigenleiblichen Spürens „Ich bin“. Im Reden und Sich-Selbst-Darstellen würde Frau P. sich wohl immer sicher fühlen, solange ihr dies noch befriedigend gelang. Doch es war mir wichtig, dieses „Ich bin“ auch auf Augenblicke der Ruhe zu erweitern. Die Patientin würde auch das Alleinsein und Schlafen aushalten können müssen.

### 3.1. „Ich bin in meinen Körper eingesperrt wie ein Tier!“ – Gedichte und Rilkes „Panther“

Schon im ersten Kontakt hatte Frau P. ihre Situation beschrieben: „Ich bin in meinen eigenen Körper eingeschlossen wie in einen Käfig!“ Sie konnte zwar klar sprechen, hatte aber sonst keine Kontrolle mehr über ihre Situation.

Ich unternahm keine eigentliche Anamnese, denn gerade das, dieses bislang aufgebaute, innere „Ich bin“, ging ja gerade verloren. In meiner Sammlung „gelegentlich passender Texte“ erwiesen sich Gedichte von Ingeborg Bachmann als „schön“ für die Klientin, die diesen „hohen Ton“ hier sehr genoss.

#### **Ingeborg Bachmann**

##### **Schatten Rosen Schatten**

Schatten Rosen Schatten  
Unter einem fremden Himmel  
Schatten Rosen  
Schatten  
auf einer fremden Erde  
zwischen Rosen und Schatten  
in einem fremden Wasser  
mein Schatten

1956

##### **Entfremdung**

In den Bäumen kann ich keine Bäume mehr sehen.  
Die Äste haben nicht die Blätter, die sie in den Wind halten.  
Die Früchte sind süß, aber ohne Liebe.  
Sie sättigen nicht einmal.  
Was soll nur werden?  
Vor meinen Augen flieht der Wald,  
vor meinem Ohr schließen die Vögel den Mund,  
für mich wird keine Wiese zum Bett.  
Ich bin satt vor der Zeit  
Und hungre nach ihr.

Was soll nur werden?

Auf den Bergen werden nachts die Feuer brennen.  
Soll ich mich aufmachen, mich allem wieder nähern?

Ich kann in keinem Weg mehr einen Weg sehen.

1948

**Ich.**

Sklaverei ertrag ich nicht  
Ich bin immer ich  
Will mich irgend etwas beugen  
Lieber breche ich.

Kommt des Schicksals Härte  
Oder Menschenmacht  
Hier, so bin ich und so bleib ich  
Und so bleib ich bis zur letzten Kraft.

Darum bin ich stets nur eines  
Ich bin immer ich  
Steige ich, so steig ich hoch  
Falle ich, so fall ich ganz.

1942/43 (*Jugendgedicht*)

**Wie soll ich mich nennen?**

Einmal war ich ein Baum und gebunden,  
dann entschlüpft ich als Vogel und war frei,  
in einem Graben gefesselt gefunden,  
entließ mich berstend ein schmutziges Ei.

Wie halt ich mich? Ich habe vergessen,  
woher ich komme und wohin ich geh,  
ich bin von vielen Leibern besessen,  
ein harter Dorn und ein flüchtendes Reh.

Freund bin ich heute den Ahornzweigen,  
morgen vergehe ich mich an ihrem Stamm ...  
Wann begann die Schuld ihren Reigen,  
mit dem ich von Samen zu Samen schwamm?

Aber in mir singt noch ein Beginnen  
- oder ein Enden - und wehrt meiner Flucht,  
ich will dem Pfeil dieser Schuld entrinnen,  
der mich in Sandkorn und Wildente sucht.

Vielleicht kann ich mich einmal erkennen,  
eine Taube einen rollenden Stein ...  
Ein Wort nur fehlt! Wie soll ich mich nennen,  
ohne in anderer Sprache zu sein.

1952

In allen diesen Texten ringt ein „Ich“ um seinen Bestand, seinen inneren Klang, fühlt sich, ja weiß sich existentiell bedroht. Frau P. fühlte sich darin aufgehoben, verstanden.

Als „zu elegisch“ empfand sie dann Johann Wolfgang Goethes „Gesang über den Wassern“, ein Gedicht, das nach dem Tod seiner Schwester entstanden war.

### **Johann Wolfgang Goethe**

#### **Gesang der Geister über den Wassern**

Des Menschen Seele  
Gleicht dem Wasser:  
Vom Himmel kommt es,  
Zum Himmel steigt es,  
Und wieder nieder  
Zur Erde muß es,  
Ewig wechselnd.

Strömt von der hohen,  
Steilen Felswand  
Der reine Strahl,  
Dann stäubt er lieblich  
In Wolkenwellen  
Zum glatten Fels,  
Und leicht empfangen  
Wallt er verschleiernd,  
Leisrauschend  
Zur Tiefe nieder.

Ragen Klippen  
Dem Sturz entgegen,  
Schäumt er unmutig  
Stufenweise  
Zum Abgrund.

Im flachen Bette  
Schleicht er das Wiesental hin,  
Und in dem glatten See  
Weiden ihr Antlitz  
Alle Gestirne.

Wind ist der Welle  
Lieblicher Buhler;  
Wind mischt vom Grund aus  
Schäumende Wogen.

Seele des Menschen,  
Wie gleichst du dem Wasser!  
Schicksal des Menschen,  
Wie gleichst du dem Wind!  
(1779)

Frau P. spürte darin zu viel Ohnmacht, zu wenig Widerstand. So, wie Goethes Schwester wollte sie weder leben, noch erinnert sein, wie liebevoll auch immer.

Wir trafen dann fast sofort auf Rilkes Gedicht vom Panther hinter Gittern. Frau P. war begeistert. Ja, diesen Text hatte sie schon als Kind auswendig gelernt. Bereits als Schulkind habe sie darin ein Bild ihres eigenen Daseins gesehen. Immer eingesperrt in Regeln und Normen, nie frei. Es sei ihr in ihrer damals schwierigen Kindheit und in der komplizierten Beziehung zu „einer kalten, beziehungslosen, zugleich autoritären Mutter“ vergleichbar mit ihrer eigenen Existenz erschienen. Es war und wurde jetzt erst recht paradigmatisch für ihre eigene Lebenssituation.

**Rainer Maria Rilke**

**Der Panther**

*Im Jardin des Plantes, Paris*

Sein Blick ist vom Vorübergehn der Stäbe  
so müd geworden, daß er nichts mehr hält.  
Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe  
und hinter tausend Stäben keine Welt.

Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte,  
der sich im allerkleinsten Kreise dreht,  
ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte,  
in der betäubt ein großer Wille steht.

Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille  
sich lautlos auf -. Dann geht ein Bild hinein,  
geht durch der Glieder angespannte Stille -  
und hört im Herzen auf zu sein.

*Aus: Neue Gedichte (1907)*

Wir lasen den Text mehrfach, zum Teil auch gemeinsam und im Sprechen die Erinnerung der Klientin aufgreifend. Für Frau P. war vor allem die faszinierende Stärke und Schönheit des wunderbaren Tieres wichtig. Es ging verloren, wo es nicht sein durfte, wo es, hinter Gitter gesperrt, sein Wesen nicht entfalten konnte. Sie griff den Blick auf, der verlösch und schien damit eine Wahrnehmung zu erinnern, die sie als Kind schon gekannt hatte: Sich aufzubäumen, sobald sie spürte, im Begriff zu sein, sich zu ergeben, „weniger zu werden“. Gegen das Erlöschen hatte sie immer gekämpft.

### 3.2. Zur biographische Anamnese

Damit hatte ich bereits einiges über Frau P., ihre Kindheit und innere Entwicklung erfahren. Dass weder diese Kindheit noch ihre berufliche Karriere problemlos verlau-

fen waren, stand aus meiner Sicht nach den wenigen Andeutungen außer Frage. Doch schien Frau P. nicht gern darüber zu sprechen. Ich nahm dies hin, fragte nur punktuell<sup>9</sup> und ließ auch kleine Unstimmigkeiten, die sich später zeigten, auf sich beruhen, sofern sie für die therapeutische Zielstellung nicht notwendig relevant erschienen.<sup>10</sup> Wichtiger wurden ihre inneren **Narrative**: „Ich bin stark“, „Ich kann mit meinem Willen (fast) alles erreichen“, „Ich bin eine erfolgreiche Frau“, „Ich sterbe, aber ich vergehe nicht, Ich werde sein!“ All dies wurde gestützt durch ihre berufliche Ausrichtung. Frau P. war selbstständig tätig gewesen als „Psychologische Beraterin in der Pflege-Ausbildung und im Pflegebereich“. Insgesamt erschien mir ihr Verständnis von Psychologie und Psychotherapie sowohl systemisch, als auch sehr betont pragmatisch im Sinne psychologisch wirksamen Handelns orientiert.<sup>11</sup> Darauf und auf ihre besonderen persönlichen Fähigkeiten ließ sich therapeutisch bauen. Frau P. hatte sich als starke und prägnant auftretende Persönlichkeit gezeigt. Alle Ich-Funktionen erschienen kraftvoll entwickelt, sie verfügte über ein klares Ich- und Selbstbewusstsein, ein hohes Maß an Entschlossenheit und Zielorientierung. Schon die wenigen Andeutungen zu ihrer Kindheit in kalter, kritisierender und einengender Atmosphäre ließen vermuten, dass sie ihr aktuell aufscheinendes Selbstwertgefühl spät und teilweise sehr bewusst aufgebaut hatte. Sie zeigte sich deutlich bemüht, die Kontrolle über ihre persönliche Identität und deren innere und äußere Wahrnehmung zu erhalten, würde sich gegenüber Fremdattributionen vermutlich wachsam und kritisch verhalten. Zugleich reagierte sie dankbar auf ein Entgegenkommen, war fähig zu Exzentrität und Perspektivenübernahme und konnte bewusst nach Hilfsmöglichkeiten greifen, ohne sich davon in ihrer persönlichen, subjektiv wahrgenommenen Souveränität bedroht zu fühlen.

All dies war aktuell bedroht durch den Tod. Frau P. rief ihre Identität auf und formulierte ihre Angst und Zustandsbeschreibungen drastisch, weil sie in ihrer körperlichen Existenz spürbar und sichtbar erlosch. Sie hatte aber und würde diese Identität – das wurde im weiteren Verlauf bestätigt – auf immer neue Weise gestalten (Petzold, Lückel 1985, Petzold 2012a).

---

<sup>9</sup> Z.B. fragte ich, nicht ausführlich nach den Eltern, sondern eher: „Haben Ihre Eltern gewusst, dass Sie dieses Gedicht so liebten?“

<sup>10</sup> Frau P. hatte sich z.B. als „seit drei Jahren verheiratet“ vorgestellt, lebte aber in einer Lebenspartnerschaft, die auch noch nicht ganz so lange bestand, sondern erst nach ihrer Krebsdiagnose gewachsen war.

<sup>11</sup> Gespräche, die Frau P. in ihrer beruflichen Qualifikation und Erfahrung wertschätzten, wurden später wichtig.

### 3.3. Prozessdiagnostische Erhebung (Phase I)

#### 3.3.1. Ressourcen und Potentiale der Klientin

Resilienz und Resistenz von Frau P. gegenüber der Bedrohung durch den Tod waren deutlich (Petzold, Müller 2007-2007). Sie wurden zum Teil bereits mit der prägnanten Formulierung ihrer inneren Narrative notiert. Als Schutz ihrer Integrität und relativen Souveränität wirkten ihre hohe Intelligenz, ihre Wahrnehmungs- und Differenzierungsfähigkeit und ihre ausgeprägte Tendenz zur Exzentrizität.<sup>12</sup> Ihre teilweise sehr bewusste Identitätsgestaltung wurde in der Identifizierung mit dem Panther als Kind und jetzt deutlich. Damals hatte sie verstanden, ausbrechen zu müssen, um sie selbst sein, bzw. werden zu können. Heute sah sie sich als die, der dieser Ausbruch gelungen war, die aber nun vor neuen, schier endgültigen Begrenzungen stand. Als äußere protektive Faktoren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold 1997p) wirkten zunächst ihre Freundinnen, die sich zunächst bemühten, sie in ihrem Mut zu bestätigen. Sie verloren allerdings ihrerseits bald „den Mut“, da sie die Spannung zwischen „Realität“ und Hoffnung als unaushaltbar empfanden. Lediglich ihr Lebensgefährte war bis zum Ende unserer Begegnung bestrebt, Frau P. in ihren Bemühungen ums Da-Sein beizustehen.<sup>13</sup> Die Eltern – inzwischen sehr alt – kamen nur einmal zu Besuch und wirkten völlig überfordert. Protektiv für Frau P. wurde hier eher ihre aktive Umkehrung der elterlichen Schutzfunktion. Frau P. half sich selbst, indem sie die beiden Eltern emotional stützte und beide in ihrer aktuellen Wirksamkeit als Fürsorgende auf gerade der Ebene bestätigte, die dem Ehepaar möglich war: Frau P. aß das Eis und die Süßigkeiten, die die Eltern ihr brachten, mit Genuss und aus-

---

<sup>12</sup> Hier ist sowohl an eine innere (das „Ich“ das Selbst wahrnehmend, spürend, korrigierend und konstruierend), als auch an eine starke äußere Exzentrizität gedacht, da Frau P. sich auch deutlich nach außen darstellte und bewusst Reaktionen und Attributionen anderer abrief und prüfte.

<sup>13</sup> Diesen Beistand in so hoher Intensität empfand ich selbst als hoch problematisch, zumal der Lebensgefährte sonst fast keine Auskunft über sich gab, sich aber offenbar in prekärer Lebenslage befand. Auch seinen richtigen Namen erfuhr ich erst spät, da er zunächst als Ehemann, nicht Lebensgefährte vorgestellt worden war. Er meinte auch dann, „Herr P.“ genüge ihm, sie wollten ja ohnehin noch heiraten. Da er bereits zu Beginn der Bekanntschaft mit Frau P. von ihrer weit fortgeschrittenen Erkrankung und Behandlung gewusst hatte, musste seine Hinwendung zu ihr immer von der akuten Lebensbedrohung und der Vorstellung von zeitlicher Begrenztheit geprägt gewesen sein. Trotzdem hatte Herr P. ihr geholfen, an das „Unwahrscheinliche“ zu glauben. Er glaubte selbst an die Kraft solchen Glaubens in seiner Bedeutung für Frau P., nicht aber an eine mögliche Gesundung. Er schien unbegrenzt „Zeit“ zu haben, war zugänglich, solange es um seine Gefühle ihr gegenüber ging, auch sehr dankbar, in seiner positiven Kraft ihr gegenüber wahrgenommen zu sein. War seine Haltung selbstlos auf der fatalen Grundlage eines sich selbst sehr weitgehenden Verlorenseins? Das empfand ich, ohne mir darin sicher zu sein. Seinem mir ahnungsweise spürbaren Lebensproblem konnte ich nur sehr begrenzt, nur in der Würdigung seiner Haltung und seines Verhaltens begegnen.



drücklichem Lob. Frau P. hatte, so betonte sie, nie tiefere Gespräche mit ihren Eltern führen können. Beide waren sehr alt und körperlich geschwächt. Sie verließen die Station ohne sich um Gespräche mit dem Arzt oder anderen Stationsmitarbeitern zu bemühen.

### 3.3.2. Therapieplan (Phase I)

Der therapeutische Prozess hatte bereits im Erstgespräch und dem intensiven Kontakt danach beim Lesen der Gedichte und einer ersten Begegnung mit dem Lebensgefährten begonnen. Die Begabung von Frau P. im Umgang mit Sprache war zum Tragen gekommen, ihre enge Beziehung zu Gedichten, zu rhythmischem Sprechen, ihre Freude an freiem, spielerischen Assoziieren<sup>14</sup> hatte die besondere Intensität der Begegnung auch im Zusammenhang mit den Texten erst möglich gemacht.

Ich hatte mich zunächst darauf konzentriert, die Situation der Klientin in ihrer Komplexität zu erfassen. Meine Deutung ihrer Wünsche und meine Reaktionen auf die von ihr formulierten Ziele, auch die Formulierung meiner eigenen therapeutischen Hoffnungen für einen Arbeitsprozess mit ihr waren wesentlich von meiner Kenntnis der medizinischen Diagnose und meinen bisherigen Erfahrungen mit vergleichbaren Erkrankungen bestimmt. Die Würdigung ihrer Person müsste schnell beginnen und möglichst in greifbarer Form eine „Realisierung“ erfahren. „Hier, das zeugt von mir, so, wie ich jetzt bin. Trotz aller Einschränkungen. Es zeugt von meiner Besonderheit, von der mir eigenen Kraft und Stärke“ – So etwas sollte entstehen. Sicher schon sehr bald würden Bewusstseinsveränderungen auftreten, die für Betroffene und Nahestehende schwer zu ertragen sind, da sie die Persönlichkeit der Klientin auf mentaler Ebene in Frage stellen.

Mit dem Gedicht und seiner hohen Bedeutsamkeit für die positive Selbsteinschätzung von Frau P. hatte sich bereits ein erster Anhaltspunkt ergeben. Man könnte in einem nächsten Schritt den Text sichtbar gestalten, farbig oder auf farbiges Papier drucken, dies dann auf einem passepartoutartigen Karton befestigen. Sie könnte Größen, Schriftbild, Farbigkeit bestimmen. Vielleicht ließe sich auch eine bildhafte Umsetzung des Gedichtes für sie finden, die sie ebenfalls per Anweisung gestalten kann? Tatsächlich fasste Frau P. in ihren eigenen Formulierungen gern Situationen in Bildern zusammen, die sich zugleich auch als innere Bilder erkennen ließen (Berg,

---

<sup>14</sup> Freies Assoziieren, Wortspielereien waren, so erzählte sie, war auch ein sehr geliebtes Spiel mit ihrem Lebensgefährten beim Frühstück geworden.

Baum, Spitze, Gefängnis, Gitter, „Ich bin sein Halt.“) und – vermutlich – auch sichtbar gestalten.

Mir war klar, wir würden auch in den kommenden Tagen weitere Gedichte lesen, doch der besondere Eindruck dieses ersten gemeinsamen Lesens und Aufnehmens, des Staunens über Menschen, die anderes erlebt hatten, andere waren, sich aber eben auch und ganz auf ihre Weise aufbäumten und um Erhalt und Gestaltung ihres Selbst rangen, würde sich nicht so wiederholen. Es musste auch wirklich Neues entstehen.

Damit wurden aus therapiepraktischer Sicht bereits im ersten Kontakt alle vier Wege der Heilung und Förderung im Rahmen integrativer Therapie zum Einsatz gebracht.<sup>15</sup> Bewusstseinsarbeit (Weg I) leistete Frau P. von sich aus. Sie suchte grundsätzlich Sinn in ihrem Leben, sah sich im Kontext mit anderen und war um kognitive und emotionale Regulation bemüht. Hier war es vor allem wichtig, sie positiv zu unterstützen, zu spiegeln, für „wahr“ zu nehmen, was ihr wichtig war (Modalität II und IV). Die Förderung von Grundvertrauen, Selbstwert und damit verknüpfter emotionaler Regulation (Weg II)<sup>16</sup> fand im empathischen Annehmen ihrer Person und ihrer Wünsche statt (Modalität II und III). Es wirkte zugleich auch netzwerkorientiert (Modalität V), indem Angehörige und Freunde positiv unterstützend einbezogen wurden. Erlebnis- und Ressourcenaktivierung (Weg III) hatte bereits im darstellenden Erzählenkönnen der Klientin stattgefunden, besonders aber beim Lesen der Gedichte. Es sollte sich später auch auf Gestaltungsarbeiten erstrecken. Im Komplex mit der medikamentösen Unterstützung der Patientin in der Klinik griffen sehr schnell alle 6 Modalitäten therapeutischer Arbeit zusammen. Im miteinander Arbeiten ließ sich die innere Anspannung der Patientin vermindern (I), sie ging dankbar darauf ein. Sie ließ sich bewusst unterstützen (II), spürte selbst, wie sie sich dadurch leichter auch auf andere Menschen, besonders ihren Lebensgefährten einstellen konnte (III, IV, V). Es unterstützte somit die Stabilität des Paares in diesem kritischen Moment (V). All dies

---

<sup>15</sup> Als „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 2012h) gelten in der Integrativen Therapie die Arbeit am Bewusstsein (I), die Nach- und Neusozialisation (II), die Erlebnis- und Ressourcenaktivierung (III) und die Förderung von Exzentrizität und Solidarität (IV).

<sup>16</sup> Zu den Modalitäten therapeutischer Arbeit: I: übungszentriert-funktionale Modalität, II: konservativ stützende, supportiv beratende, soziotherapeutische Modalität, III: erlebniszentriert-stimulierende, emotionsorientierte (agogische) Modalität, IV: konflikt- und störungszentrierte, aufdeckende, einsichtsorientierte Modalität, V: netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, VI: medikamentengestützte Modalität.

förderte die von ihr selbst gesuchte Einsicht (IV) und nahm grundsätzlich auf ihre Lebenslage Bezug (V).

### 3.4. Therapieprozess. Phase I

#### 3.4.1. Das Rilke-Gedicht „Der Panther“. Ein Text-Bild

Der Therapieprozess hatte, wie bereits gesagt, im Erstgespräch begonnen. Zur folgenden Sitzung brachte ich mehrere Ausdrucke dieses Textes in verschiedener Schrift und Schriftgröße mit und schlug vor, ihn als Bild zu gestalten, das wir auch an die Wand hängen könnten.

Das geschah in Absprache zu Größe, Schriftbild und Farbigkeit des unterlegten Kartons. Ich lief und holte Scheren, Papiere, Klebstoff, Kartons, veränderte das Schriftbild je nach Wunsch – wir hatten viel Freude. Frau P. fand ihren Text auf diese Weise „selbst gestaltet“, er lag nun greifbar vor. Ihrem Lebensgefährten würde er immer erhalten bleiben. Das Gedicht wurde so – als ein greifbares Gebilde – zu einem ersten Intermediärobjekt, einem Gegenstand, der in ihrem Fall den Kontakt herstellen und halten würde zwischen ihr und ihr selbst als einer nicht mehr Lebenden (Transformation, „Ich bleibe“) und zugleich auch zwischen ihr als einer Verstorbenen und ihrem Lebensgefährten, der weiter, und auch dann in einem neu zu gestaltenden, sich im der Zeit verändernden, inneren Austausch mit ihr lebt (Petzold 1988n, 309; Petzold 2017d).<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen werden Intermediärobjekte in sehr verschiedener Form, auch Puppen genutzt. Besonders mit ihnen können soziale Interaktionen nachgestellt, imaginiert, geübt werden. Dabei wird der wie beim klassischen Übergangsobjekt eigentlich vermisste Andere in diesem Objekt verkörpert. Das greifbare Materialobjekt erleichtert den Weg zur Transformation des Abwesenden in ein Mentalobjekt. Eine Beziehung zu ihm kann aktiv gestaltet werden, der geliebte, gesuchte, zunächst vermisste Andere wird in diesem Prozess zunehmend interiorisiert (Petzold 1988n, 309, 2017d).

*Rainer Maria Rilke*

*Der Panther*

*Im Jardin des Plantes, Paris*

Sein Blick ist vom Vorübergehn der Stäbe  
so müd geworden, daß er nichts mehr hält.  
Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe  
und hinter tausend Stäben keine Welt.

Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte,  
der sich im allerkleinsten Kreise dreht,  
ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte,  
in der betäubt ein großer Wille steht.

Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille  
sich lautlos auf -. Dann geht ein Bild hinein,  
geht durch der Glieder angespannte Stille -  
und hört im Herzen auf zu sein.

*Aus: Neue Gedichte (1907)*



### 3.4.2. Gestaltetes Bild: Panther-Augen hinter Gitter

Noch wichtiger sollte das zweite Bild werden. Wäre es uns vielleicht möglich, auch den Eindruck des Textes zu visualisieren? Was würde für Frau P. das Wichtigste sein?

Es waren die Augen – nicht ihre eigenen, ein Pantherauge kann nur das einer Katze sein – also Katzenaugen und das Versperrtsein dieser Augen durch Gitter.

Wir einigten uns auf grüne Augen, im inneren Spalt rot, weil blutunterlaufen. Eine abstrakte Gestalt in Form einer Art Brille sollte sie aufbrechen lassen. Nase, Fell, Maul, Ohren, all dies würde unwichtig sein.

Der nächste Schritt wären die Gitterstäbe. Erst drei, dann fünf graue Streifen wurden ausgeschnitten und aufgelegt – wir hielten es nicht aus. Der Wirkung dieser grauen, alles erschlagenden Blöcke war erdrückend. Unerträglich. Sie wurden beiseite gelegt, nicht weiter verwendet. Im Grunde war ja schon mit den Augen, die aus dem weißen, leblosen Grund ausbrechen mussten, etwas von der Bedrängnis und Ausichtslosigkeit der Situation gezeigt, soviel stand fest. Doch trotzdem: Das Anbringen der bleigrauen Gitterstäbe vor den blutunterlaufenen, hoffnungshungrigen Augen hätte für Frau P. das Traumatisierende ihrer Situation noch zusätzlich vertieft. Es war, so ist mir heute klar, ein wichtiger therapeutischer Schritt, das Aufbringen dieser Stäbe zwar zu versuchen, sie in ihrer Gewaltbarkeit im Bild aber nicht zu realisieren. So, mit diesem Leuchten der Augen, mit dieser außerordentlichen Kraft – seinem und ihrem „letztendlich ungebrochenen Willen“ – wurde das Bild für sie „wahr“. Es stellte ihre innere Wirklichkeit dar, ihr Bild von sich selbst – nicht ihre aktuelle Situation! Ihr Lebensgefährte sollte es immer behalten. An der Wand brachten wir dieses Bild nicht mehr an, sie wollte es nicht ständig sehen. Doch es blieb auf dem Fensterbrett, wurde allen Besuchern gezeigt.

Der Panther würde sie in ihrer inneren Würde, in ihrer wirklich außerordentlichen Kraft beschreiben, obwohl sie diese Kraft im Augenblick ja offensichtlich, wenn auch „nur scheinbar“ und „nur von Außen besehen“, nur durch den Tod verlor. Sie würde in diesem Bild als kraftvolle Person bis zuletzt bestehen bleiben.

### 3.4.3. Die Frau und der Panther in der Geschichte der Kunst

Mit diesen beiden Bildgestaltungen waren in rascher und intensiver Folge bereits mehrere Stunden Therapie vergangen (siehe Anm. 20). Am darauf folgenden Freitag lasen wir nochmals, nun gemeinsam mit dem Lebensgefährten, Gedichte (1 h) und verabredeten uns für den kommenden Montag – ein Wochenende in der gegebenen Situation bedeutete eine lange Zeit.

Ich hatte für den weiteren Prozess eine kleine Präsentation von „Pantherbildern aus der Geschichte der Kunst“ vorbereitet, zeigte sie Frau P. auf meinem kleinen Laptop. Der Prozess gestaltete sich zunächst wenig intensiv, denn das Hinschauen auf den relativ kleinen Bildschirm erwies sich als anstrengend. Auch die Pantherbilder selbst zeigten – natürlich – nicht den Panther, den sie selbst meinte und in dessen Bild sie sich sah.



Mänade auf einem Panther reitend, römische Wandmalerei, 1. Jh.



Salvador Dalí, Traum, verursacht durch den Flug einer Biene um einen Granatapfel, eine Sekunde vor dem Aufwachen, 1944



Mowgli und Bagheera, aus Disney's The Jungle, Book, 1967

Der Panther auf dem römischen Wandbild spielte mit der Mänade – in solchem Spiel kannte sie sich nicht und würde sich auch nicht sehen wollen. Dalis Tiger waren nicht schwarz, vor allem aber war ihr Dalis Spiel mit dem Unbewussten völlig fremd. Zudem erschienen diese Tiere wirklich aggressiv, sie empfand sie als „einfach Tiere“. Auch Bagheera, immerhin schwarz und ein kluges, starkes Urwaldwesen aus dem Dschungelbuch, mochte sie, doch hatte auch er „nichts mit ihr zu tun“. Sie meinte weder ihn, noch einen Mowgli oder Balu zu kennen, fühlte sich eher als ein nochmals sehr viel einsamer gewesenes Kind.



Erst mit Danneckers „Ariadne auf dem Panther“ entspann sich ein wirkliches Gespräch. Es ging um ihre Rolle als Frau, ihre Vorstellungen von Liebe und Zusammensein. Sie wollte nicht als „Weib“ gesehen werden, würde auch nicht „siegen“ wollen über eine etwaige „männliche Animalität“. Dies alles entsprach nicht ihren Vorstellungen. Sie hatte Partnerschaft gesucht – und in ihrem Lebensgefährten einen Menschen gefunden, der bereit und fähig dazu war.

Trotzdem sah sie auch in ihrer eigenen Partnerschaft ein Problem. Frau P. machte sich Sorgen um diesen Mann, der ihr so sehr geholfen hatte, so unverbrüchlich und klug zu ihr hielt und so sehr an ihr hing.



Johann Heinrich Dannecker, Ariadne auf dem Panther, 1803-1814

Sie berichtete, dass sie ihn gebeten hatte, sich nach ihrem Tod nicht das Leben zu nehmen. Erst im Zusammenleben mit ihr in den letzten zwei, fast drei Jahren habe er zu neuem Lebensmut und – durch sie – auch zu materiellen Ausgangsbedingungen für ein selbst gestaltetes, „eigenes Leben“ gefunden. Grundlage sei ihr Beratungsunternehmen gewesen, Psychologie im pflegerischen Bereich. Trotzdem lebten beide in materiell sehr beschränkten Verhältnissen, ihre Wohnverhältnisse waren eng. Sein Lebensunterhalt wäre ohne ihren Verdienst nicht gesichert. Ihr Plan sei, dass er ihr Unternehmen auf der Grundlage ihrer Seminarunterlagen und Kundenkartei weiter-



führe. Er kenne, könne alles, sei in den letzten Jahren an alledem beteiligt gewesen. Herr P. hatte sich ihr gegenüber nahezu optimistisch gezeigt, ihr ein Versprechen gegeben. Trotzdem zweifelte sie daran. Ihre Freundinnen waren bereits instruiert, doch auch ich sollte ihn – zumindest jetzt, in diesen Tagen – entsprechend unterstützen.<sup>18</sup> Meinen Hinweis, dass dies nur sehr begrenzt möglich sei, akzeptierte sie. Es sei, betonte sie auch hier, nur ein Versuch.

Frau P. fühlte sich in diesen Stunden menschlich an- und wahrgenommen, nach Möglichkeit versorgt und geschützt. Sie war fähig, diese Wahrnehmung, ihr eigenes Gefühl momentaner, relativer Sicherheit und Geborgenheit zu nutzen, um sich in ihren Lebensgefährten zu versetzen, ihn zu sehen und also auf möglichst konstruktive Weise zu versuchen, ihm ihrerseits hilfreich für sein weiteres Leben zu sein.

#### 3.4.4. Fachgespräche. Selektive Offenheit

Doch trotz aller relativen Geborgenheit nahmen nächtliche Angst- und Panikattacken zu. Unruhe, lautes Rufen, überlaute Telefonate und Klagen über Halluzinationen führten zu nächtlichen Sensationen auf der Station. Frau P. schämte sich, bat sowohl das Pflegepersonal, als auch ihre Zimmernachbarin immer wieder um Entschuldigung. Wir begannen, „Fachgespräche“ zu führen. Denn natürlich wusste Frau P. um die Ursachen ihrer Angst, verfügte über Selbsthilfestrategien, die ihr aber in der gegebenen Situation kaum nützten. Sie hatte zugleich auch klare Vorstellungen von „wirklich guten, professionellen Reaktionen des Personals“. Das war ja ihr Thema gewesen, sie wusste sich fachlich kompetent. So ließ ich mich von ihr beraten, wie mit anderen Klienten in vergleichbarer Lage umzugehen sei, wie ich ihnen beistehen was ich raten könnte. Es ging um Ruhe und grundsätzliche Akzeptanz, vorsichtige, feinspürige Berührung (sofern vom Klienten gewünscht / erlaubt). Ich kehrte also die therapeutische Situation um. Frau P. sollte sich in ihrem Können wahrgenommen und bestätigt finden. Es stabilisierte ihr Selbstbewusstsein für den Moment und nahm ihr die Scham. Frau P. war nicht „schuldig“, sondern betroffen! Zusätzlich entspannte sich die schwierige Situation, indem Frau P. in einem Einzelzimmer untergebracht

---

<sup>18</sup> Die Beziehung zwischen Frau P. und ihrem Lebensgefährten erschien mir sehr intensiv bei deutlicher Dominanz von ihr in allen mir sichtbaren Lebensbereichen. Er machte den Eindruck einer ursprünglich starken, doch durch persönliche Schicksalsschläge fast gebrochenen Persönlichkeit (vergleiche Anm. 13).

werden konnte. Auch weitere, zuvor eher abgelehnte Medikamente wurden von Frau P. als hilfreich akzeptiert und angenommen.

All dies bedeutete aus meiner Sicht, dass Frau P. ihr mögliches Sterben inzwischen deutlicher vorhersah, sich unterschwellig, vermutlich kaum bewusst, intensiv mit diesen Fragen beschäftigte. Doch sie verbalisierte das nicht. Den Tod, die Augenblicke des Sterbens, ihre Ängste davor oder vor einem zu erwartenden „Danach“ hatte sie bislang nicht angesprochen. Das Thema wurde deshalb auch von mir nur indirekt berührt. Tatsächlich stand ja der Verlust ihres Lebens als das Unfassbare, das Ungeheure ständig im Raum. Er war das Thema geworden, das uns zum Arbeiten, zu diesem Versuch zwang, dieses offenbar Unhaltbare, ihr Leben, zumindest in seinem ideellen Wert zu erhalten. Doch anstatt meiner hatte ein Pflegedienstschüler, der eine Hausarbeit anfertigen wollte, ungeschickt direkte Fragen zur ihrer Befindlichkeit, ihren Ängsten vor Tod und Sterben gestellt. Frau P. reagierte mit aufflammender Wut, erlaubte dem Schüler in der Folge nicht mehr, ihr Zimmer zu betreten.<sup>19</sup> – Diese heftige Reaktion ließ mich in meiner eigenen Ausdrucksweise zum Thema Tod und Sterben von nun an doppelt vorsichtig sein.

### 3.5. Abschluss Phase I. Vorläufige Ergebnisse

#### 3.5.1. Frau P. und ihr Lebensgefährte. Hoffnungen und Ängste

Frau P. hatte in dieser Phase – in der ersten Woche ihres Aufenthaltes auf der Palliativstation – zum Teil auch neue Hoffnungen geschöpft. Sie hatte unter der Medikation wieder etwas aufstehen können, wurde zum Toilettenstuhl, gelegentlich sogar ins Bad mobilisiert. Vielleicht würde sie ja doch wieder gesund? Herr P. lebte ihre emotionalen Schwankungen, diese Aufschwünge und Abstürze, intensiv mit. Ihm halfen Hinweise des Personals und von mir, sich auf die grundsätzlich zu erwartenden, negativen Entwicklungen einzustellen. Er lernte, sich selbst durch eine reflektierte Distanz in einer gewissen Stabilität zu halten. Zunächst waren vor allem ihre aufgeregten Berichte und nächtlichen Telefonate über Halluzinationen mit einer gewissen

---

<sup>19</sup> Diese Wut entsprach natürlich durchaus ihrem Temperament. Frau P. hatte offenbar immer zu cholischen Reaktionen geneigt. Vor allem aber empfand ich sie als Ausdruck ihrer hohen emotionalen Belastung durch den ständig nahen, näher rückenden Tod.

Gelassenheit hinzunehmen. Herrn P. gelang es schließlich sogar, mit ihr über manche dieser „Erscheinungen“ und „Traumgebilde“ zu scherzen.

### 3.5.2. Dankbarkeit und Sorgen der Therapeutin

Ich selbst empfand zunächst vor allem Dankbarkeit angesichts der bislang so guten, sehr rasch vorangegangenen und offenbar weitgehend gelingenden Entwicklung.<sup>20</sup> Frau P. erschien mir in ihrer Rationalität und ihrem hohen moralischen Anspruch an sich selbst durchaus nahe, fast vertraut. Ihr Umgang mit Sprache, Bildern und Gedichten ließ sich nutzen. Ihr starker Wille, ihr massiver Kampf bezog sich auf sich selbst, die Realisierung ihrer eigenen Wünsche. Frau P. griff nicht an, sie versuchte, ihre Gefühle, auch die der Wut und eventuelle aufkommenden Eifersucht auf „die Gesunden“ zu steuern. Das alles beobachtete ich mit größtem Respekt. Ich fühlte mich zugleich auch von ihr, bzw. meinem Erleben dieser Frau und dieser intensiven, immer zugleich respektvollen und von Liebe und Zuneigung getragenen Paarbeziehung in so schwieriger Situation in besonderer Weise zugleich beschenkt und gefordert, mit den mir gegebenen Möglichkeiten zu entsprechen.

Es war für mich eine besondere, über das in diesem Arbeitskontext bisher Erlebte hinausgehende Herausforderung geworden, hier etwas Positives beizutragen.

Im Umgang mit ihrem Auftrag: „Reden Sie mit meinem Mann!“ wusste ich allerdings meine Möglichkeiten deutlich begrenzt. Frau P. war meine Klientin, er als Angehöriger hoch wichtig, doch Zeit, Raum und Gelegenheit zur Besprechung seiner Lebensprobleme waren nicht gegeben.<sup>21</sup> Es galt, sich sinnvoll abzugrenzen. Im Gespräch mit Frau P. hatte ich das bereits getan, der Auftrag war eingeschränkt worden. Auch er selbst hielt sich in Bezug auf seine persönliche Lebenssituation vollkommen zurück, berichtete und wünschte offensichtlich nichts. Er war zu diesem Zeitpunkt fast

---

<sup>20</sup> Bisherige Therapiestunden:

Montag, Woche 1, Ankunftstag: Erstgespräch und Gedichte lesen (2 x 1,5 h ),

Dienstag, Woche 1: Gedicht-Bild gestalten (1 x 1,5 h ),

Mittwoch, Woche 1: Panther-Bild gestalten (1 x 1, 5 h),

Donnerstag, Woche 1: Gespräch, Gedichte lesen (1 x 1,5 h),

Montag, Woche 2: Panther-Bilder aus der Geschichte der Kunst, Suizid-Problematik des Lebensgefährten angesprochen (1 x 1,5 h),

Dienstag und Mittwoch, Woche 2: Fachgespräche (je 1 x 1h ).

Bei den Zeitangaben sind gelegentliche Vorbereitungszeiten der Therapeutin nicht mitgezählt.

<sup>21</sup> Unabhängig von seiner persönlichen Verschlossenheit war natürlich auch seine Aufmerksamkeit in diesen Tagen fast vollkommen auf sie focussiert. I

völlig auf den Augenblick, die Gegenwart mit ihr konzentriert, erschien sich auch dessen bewusst. Die Situation in der Klinik erschien also diesbezüglich geklärt.

Als zunehmend problematisch empfand ich aber die in diesen Tagen von mir erwartete, weitere Entwicklung von Frau P. angesichts des Fortschreitens der Erkrankung. Ich wusste, wir würden das erreichte Hoch – die Verbesserung ihrer Beweglichkeit und ihre damit verknüpfte, verbesserte Stimmung – nicht halten können. Nicht sofort hielt ich einen „Plan“ bereit, dieser nächsten Phase therapeutisch zu begegnen. – Tatsächlich schlich sich hier ein Fehler in meiner therapeutischen Haltung ein. Ich begann, das wird mir im Rückblick klar, ihre positive Stimmung halten zu wollen. Auf diese Problematik komme ich im Folgenden noch ausführlich zurück. Die Begleitung, manchmal auch Führung eines Klienten durch die für ihn schier unerträgliche Situation, kann nicht bedeuten, ihn sodann in einer einmal erreichten, „besseren“ oder gehobenen Stimmung zu halten.

#### **4. Verlauf (Phase II). Prozesse bei Erreichen eines emotionalen Plateaus und bald einsetzender, erneuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Klientin**

##### 4.1. Prozessdiagnostische Erhebung (Phase II)

Mit den Bildern aus der Kunst- bzw. Kulturgeschichte und den „Fachgesprächen“ war die Mitte der zweiten Woche erreicht. Die symptomatischen Verbesserungen ihrer Beweglichkeit und Kraft in Armen und Beinen hatten Frau P. neue Hoffnungen suggeriert, sie hatte begonnen, sich verstärkt an zukunftsweisende Gedanken zu halten. Hoffnung bedeutet Heiterkeit, ein gewisses Maß an Entspannung. Es ist – so meine Sicht – tatsächlich wichtig, diese Gefühle nicht zu zerstören, sie zur Grundlage schöner, gelingender Stunden für den Kranken werden zu lassen, der ja auch aufbrechen können muss, um Abschied zu nehmen. Er braucht „Atempausen“, das Gefühl von Hoffnung, um wieder einfach nur „da sein“ zu können und wieder freier, weiter zu fühlen und zu denken.

Als Therapeutin konzentrierte ich mich zunächst auf dieses Ziel, hoffte, Hoffnung und mit ihr Humor und Heiterkeit immer wieder aktiv ermöglichen und unterstützen zu können. Aus früheren Erfahrungen wusste ich immerhin, dass dies nicht immer gelingt, dass es also kein absolut gültiger Anspruch an meine Arbeit sein kann, doch Frau P. kam diesem Ziel auch von sich aus mit ganzer Kraft entgegen. Es gelang ihr tagsüber, besonders in den Therapiestunden, fast alle Eindrücke, die eine negative Grundstimmung in ihr erzeugen könnten, weitgehend abzublenden. Die Spannung zwischen „wahrnehmbarer Realität“ für den Gesunden und der Hoffnung, der manchmal regelrecht aufblühenden Aufbruchsstimmung im Kranken ist nicht immer leicht auszuhalten. Die Atmosphäre im Krankenhausraum mit dem entsprechenden Mobiliar, das abgedunkelte Licht durch die geschlossenen und fast immer verhängten Fenster, auch die unangenehmen Gerüche und Geräusche, dieser an so vielen Details wahrnehmbare Verfall der hier begegnenden Menschen, das Sterben im Nachbarzimmer und die hörbaren Klagen müssen aktiv abgeblendet werden.<sup>22</sup> Frau P. konzentrierte sich auf ihre eigene Situation. Willensstark und focussiert auf positi-

---

<sup>22</sup> Die äußere Erscheinung des Kranken selbst auf den ihm täglich begegnenden, nahestehenden Gesunden ist weniger „objektiv“, vielmehr deutlich geprägt von der emotionalen Bindung und den wahrnehmbaren Veränderungen, dem Auf und Ab in physischer und psychischer Erscheinung.

ve Entwicklungen, war sie mit der Physiotherapie noch nicht zufrieden, sie wollte selbst aktiv sei, etwas tun. Von sich aus führte sie regelmäßig Greif- und Beinbewegungen aus, übte gezielt, um wieder selbstständiger zu werden – es war der ideale Moment, mit dem Malen zu beginnen.

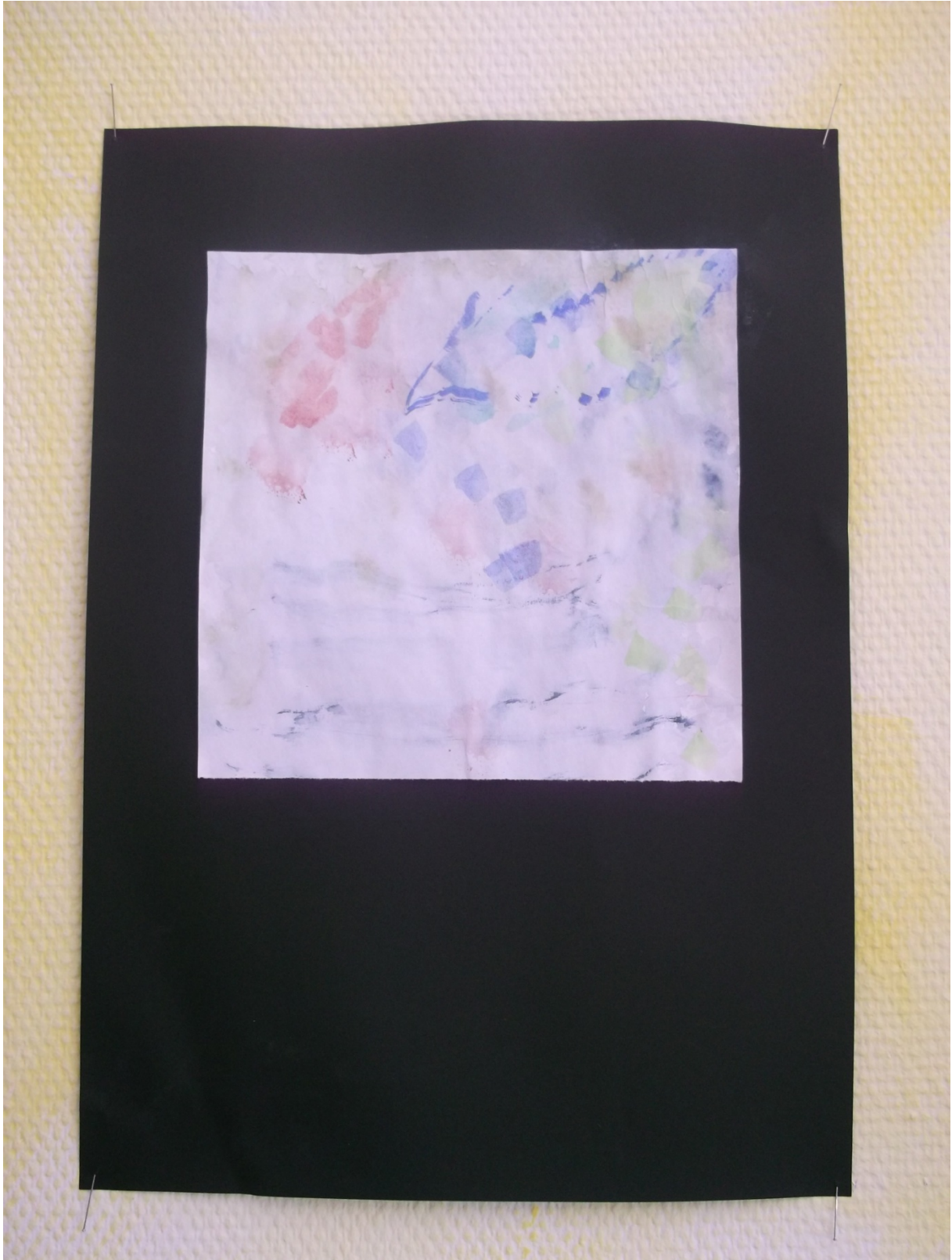
#### 4.2. Therapieprozess (Phase II). „Wir üben!“

##### 4.2.1. „Übungen für die linke Hand“. Malen und erneutes Hoffen – Frau P.

Die erste Reaktion auf mein Ansinnen, mit Aquarellfarben und Pinsel zu hantieren, war blanke Skepsis. „Ach nein, nicht malen!“, das hatte sie „nie gekonnt“! Doch dass es immerhin eine Übung sei und wir dabei zusammen sein und plaudern könnten, sah sie ein. Also begann ein recht umständlicher Prozess. Vor ihr, auf dem Brett des Krankenhaus-Schränkchens, das befestigte Papier. In meinen Händen Wasserbecher, Tuschkasten und Papiertücher, um ihr das jeweils Gewünschte entgegen zu halten. In ihrer Hand – nur in der linken, da die rechte keine Kraft besaß – ein Pinsel. Umständlich tauchte sie den Pinsel ins Wasserglas. Für das Aufnehmen von Farbe kam ich ihr mit dem Kasten entgegen. Dann musste der Pinsel aufs Papier. Ein Klecks! Durch die Anstrengung und die hohe Konzentration begannen wir bald zu lachen. Es machte Spaß. Und das erste Blatt wurde eine „Klecksographie!“, ideales Ergebnis einer „Übung mit der linken Hand!“ Mit diesem Ausspruch wurde dem Lebensgefährten und jedem zufällig ins Zimmer Kommenden präsentiert, was wir da machten. Herr P. griff die positive Stimmung auf, freute sich – und verließ gelegentlich den Raum, um auszuruhen. Es erforderte auch für ihn ein höchstes Maß an Selbstbeherrschung und partiellem Ausblenden der Wahrnehmung von Realität, denn er sah natürlich die Kranke in ihrer Schwäche und Todesnähe. Herr P., der Gesunde, Liebende, lachte und weinte zugleich. Frau P., seit langem geübt in zielorientierter Verdrängung, hielt in den so begonnenen drei aufeinander folgenden Stunden (bis zum Ende der zweiten Woche ihres Aufenthaltes auf der Station) fast vollständig durch.

Zu dieser Freude trug auch bei, dass wir die so entstandenen Bilder – es wurden insgesamt drei – wiederum auf einfache, farbige Kartons montierten. Sie wurden zu Kunstwerken, ideal abstrakt. „Wer hätte das gedacht, dass das Zeug zur Malerin in mir steckt!“

Sowohl Frau P., als auch der Lebensgefährte und ich begleiteten diesen Malprozess mit Humor und Wortspielen. Tatsächlich war es aber vor allem Frau P. selbst, die die Angebote zu entspannter Tätigkeit, zu Humor und Lachen aufzugreifen vermochte und das Gefühl eines „Gelingens“ möglich werden ließ.



Frau P., Bild 1





Frau P., Bild 2



Frau P., Bild 3, am Freitag der zweiten Woche entstanden, zeigt bereits die Wirkung dieser „Übung der linken Hand“, indem die Kleckse weiter, breiter verstrichener werden, die Farbe insgesamt mutiger aufgebracht ist und auch ein „Zusammenhang von Form“, eine Konzentration, also eine Gestaltungsabsicht zu beobachten ist. Dieser Prozess hat sich am Montag der dritten Woche nicht mehr fortsetzen lassen, da Frau P. zunehmend mehr schlief und an körperlicher Kraft und Konzentrationsfähigkeit verlor.

#### 4.2.2. Mitmachen und trauriges Glücklichein – Der Lebensgefährte

Herr P. wuchs in diesen Tagen buchstäblich über sich hinaus. Er hatte beobachtet, wie viele Papiertaschentücher wir beim Malen verbrauchten. Frau P. trocknete den Pinsel nach jedem Kleck oder Strich gründlich aus.<sup>23</sup> Nachts, allein zuhause, stand ihm diese Situation vor Augen. Er griff das Gesehene auf, zerriss ein Papiertaschentuch, tupfte Farbe auf die kleinen Fetzen und klebte sie auf. Ein plastisches, abstraktes Bild für sie! Eine Antwort auf ihre Arbeit, sein Geschenk!

---

<sup>23</sup> Die Spuren von Zwanghaftigkeit, das starke Ordnungsbedürfnis der Klientin beobachtete ich, wollte es aber natürlich auf keinen Fall einschränken oder kritisieren. Vielmehr suchte ihr auch darin entgegen zu kommen, hielt ihr regelmäßig die gewünschten Reinigungstücher hin.





Herr P., Bild 4

Das Geschenk von Herrn P. an seine Frau. Liebevoll ihr gewidmet, eine Würdigung ihrer Arbeit an sich selbst, dabei zugleich humorvoll leicht. Es wurde später auch noch auf einen farbigen Karton montiert, um mit den anderen eine kleine Galerie im Krankenzimmer zu ergeben.

#### 4.2.3. Beinahe Gemälde. Wirklich Kunst – Der Prozess aus der Sicht der Therapeu- tin

Tatsächlich war es, wie bereits notiert, Frau P. selbst, die die Angebote zu Entspannung, zu Humor und Lachen aufgegriffen hat und während dieses therapeutischen Prozesses das Gefühl eines „Gelingens“ möglich werden ließ.<sup>24</sup> Sie blieb auch in dieser Zeit – zumindest tagsüber – auf ihre „mögliche Heilung“ focussiert. Während der Therapiestunden konnte sie sich deutlich entspannen. Wir hatten mit Freude die entstandenen Kunstwerke betrachtet. Sie würden, wie schon das Gedicht- und das Pantherbild, als Intermediärobjekte dienen. Zugleich hoben sie, indem auch fast jeder andere, in den Raum Tretende, die Bilder sah und darauf reagierte, die allgemeine Stimmung. Es wurde gelacht. Somit entstand auf mehrfache Weise „Kunst“. Als Objekte existierten die Bilder, zugleich aber wirkte auch dieser Prozess, indem wir alle drei gemeinsam, ko-kreativ, den jeweiligen Augenblick gestalteten. Die Hoffnung, Lebensfreude, die in solchen Momenten entsteht, empfinde ich als „übergreifend“, transzendental. Sie entsteht im Moment, den sie würdigt, der aber durchaus auch das Bewusstsein menschlicher Begrenztheit erfasst.

Für die Therapeutin, wie auch jeden anderen, intensiv den Prozess begleitenden Beteiligten, ist diese Hoffnung mit der wachsenden Spannung verknüpft, die als Anstrengung, bald auch als Erschöpfung spürbar wird. Das „Gelingen“ ist eine Freude, doch die immer gegenwärtige Antizipation des zu Erwartenden wird zur Last. Wie würde Frau P. auf nun bald wirklich nicht mehr zu ignorierende Rückschritte reagieren? Ich wusste das nicht und hatte auch keine Vorstellung, wie ich therapeutisch anders, als mit Entgegenkommen und in tröstender Haltung reagieren könnte. Imaginationen, die ich sonst anbiete, mochte Frau P. nicht mit mir unternehmen, denn sie hatte mit ihrer früheren psychoonkologischen Begleitung ausgiebige, sehr schöne und beglückende Imaginationsreisen erlebt. Damals hatten sie einem klaren, letztendlich in gelebte Realität umzusetzenden Ziel gedient. Jetzt war all dies – nun auch für sie selbst – so nicht mehr möglich.

---

<sup>24</sup> Maltherapiestunden: Mittwoch, Woche 2: Frau P., Bild 1 (1,5 h),  
Donnerstag, Woche 2: Frau P., Bild 2 (1, 5 h),  
Freitag, Woche 2: Frau P., Bild 3 und Herr P., Bild 4 (1, 5 h).

## **5. Verlauf (Phase III). Aufbäumen gegen den Selbstverlust. Zunehmende körperliche Schwäche und beginnendes Versinken**

### 5.1. Enttäuschungen. Wachsende Probleme

Am Montag der dritten Woche brach die positive Grundstimmung von Frau P. auf der Palliativstation endgültig ab. Sie wurde zunehmend schwächer, schlief viel und musste im Laufe des Tages mehrfach aufgesucht werden, bevor ein wacher Augenblick getroffen war.

Am Mittwoch dieser dritten Woche wurde ihr zudem vom Arzt mitgeteilt, dass die Dauer ihres Aufenthaltes auf der Station begrenzt war. Tatsächlich gestaltete sich die ärztliche Versorgung als weniger kompliziert, als zunächst befürchtet. Der Progress ihrer Erkrankung und die Entwicklung der Symptomatik würden vermutlich noch weitere Wochen dauern. Sie könnte, begleitet von einem ambulant betreuenden Palliativteam (SAPV) nach Hause gebracht werden. Doch die Wohnung von Frau P. war selbst für ein Pflegebett zu klein, weitere Geräte, Toilettenstuhl, Duschgelegenheit etc. waren nicht unterzubringen. Frau P. musste deshalb, soviel war sehr schnell klar, in ein Hospiz.

#### 5.1.1. „Aber Ich will!“ – Reaktionen von Frau P.

Frau P. selbst war sich ihrer zunehmenden Müdigkeit und Schwäche bewusst. Sie wurde nicht nur trauriger, sondern – auch jetzt auf Heilung hoffend – auch erregter. Die Teammitglieder, Schwestern und Pfleger, ertrugen ihr ständiges Weinen und wiederholtes Klagen nur schwer. In den Begegnungen mit mir – nun ohne Gedichte oder Malzeug – entspannte sie sich spürbar, sprach aber weniger, weinte oft und wehrte sich nach wie vor gegen diese Tränen. Ab Mitte der Woche – nach dem Gespräch mit dem Arzt, dem für sie neuen Problem einer Verlegung<sup>25</sup> – konzentrierte sich auf das Nächstliegende.

---

<sup>25</sup> Der Arzt sah keine Notwendigkeit für einen weiteren Aufenthalt seiner Patientin bis zum zu erwartenden Tod auf der Station. Er hätte dies auch vor dem medizinischen Kontrolldienst nicht überzeugend begründen können. – Tatsächlich fallen den Patienten solche Entscheidungen oft sehr schwer, sie wollen „unbedingt!“ da bleiben, wo sie sich inzwischen eingewöhnt haben, menschlich vertraut geworden sind. Es heißt nicht selten: „Aber da unterschreibe ich doch meinen Tod!“ Dennoch sind auch sie, sofern sie noch wach und aufmerksam genug sein können, im Hospiz dann unerwartet wohl auf und plötzlich, nach dem schweren, inneren Kampf glücklich, bereit, die Tage zu genießen.

Das war für sie:

1. „Ich will nach Hause! Wenn schon sterben, dann bei Dir, bei uns und allein in Deinen Armen!“
2. „Ich will in Dir weiter leben, immer bei Dir sein. Du wirst mich brauchen, indem ich bei Dir bin, werde ich Dir helfen und sein.“

Hintergrund des ersten Wunsches war nicht nur die so oft anzutreffende Sehnsucht nach Zuhause, sondern auch die Angst vor einer neuen Umgebung, neuen Pflegekräften, einem anderen Arzt. Auch die Kunsttherapeutin würde sie dann nicht mehr besuchen. Das Bleiben auf der Palliativstation wäre Frau P. sehr viel leichter gefallen. Nun musste sie – ihr Sterben nicht akzeptieren könnend – entscheiden, wo es geschehen soll.

Der zweite Wunsch wies auf eine neue, positive Identitätsgestaltung von Frau P. hin. Sie versuchte nun verstärkt, ihr eigenes Ich zu transzendieren und zugleich ihrem Lebensgefährten weiterhin Stütze und Wegweiserin zu sein. Das war allerdings verknüpft mit der großen, alles überschattenden Angst vor seinem möglichen Suizid nach ihrem Tod. Wieder gab sie nicht auf. Herr P. musste erneut versichern, sich nicht das Leben zu nehmen, wirklich weiter zu leben und den bereits oben notierten Plan, ihre Firma weiterzuführen, tatsächlich zu realisieren. Auch ich wurde wieder gebeten, ihm dabei zu helfen, mit ihm zumindest jetzt, wenn schon nicht später, über die verschiedenen Möglichkeiten zu sprechen.

#### 5.1.2. „Aber Ja. Aber wie?“ – Ängste und Befürchtungen des Lebensgefährten

Herr P. wollte gern alles wahr werden lassen, was sie so sehr wünschte. Zunächst also würde er sie nach Hause nehmen. Nur wie? In diesem Punkt sah er sich völlig überfordert. Ihr das zu sagen, erschien ihm als ein schier unlösbares Problem. Und die Übernahme ihrer Firma? Sein weiteres Leben? Seine Grundstimmung mochte er sie nicht spüren lassen. Meine Tätigkeit verlagerte sich angesichts dieser Fragen und der fortschreitenden Müdigkeit von Frau P. auf seine Unterstützung und Würdigung in der aktuellen Situation. Seine Haltung ihr gegenüber, sein Tun wurde auch von den anderen Mitarbeitern des Teams gesehen und hoch geschätzt.<sup>26</sup> Gemeinsam betonten wir Frau P. gegenüber, dass noch Zeit bliebe für ihre Entscheidung, ob sie

---

<sup>26</sup> Der Zusammenhalt des Teams wurde wichtiger. Pflegerische und medizinische Erfahrungen wurden im Folgenden zunehmend relevant. Sowohl die Pflegenden, als auch die jeweils anwesenden Ärzte setzten sich intensiv unterstützend ein.

ins Hospiz gehen würde, oder nach Haus.<sup>27</sup> Er selbst würde ihr sagen, dass nichts anderes, als Hospiz in Frage käme, sobald sie auch selbst soweit war.

Mit Unterstützung des Teams wurde also abgewartet. Sie würde, so hofften alle, in absehbarer Zeit einsehen, dass sie zu viel an kompetenter Versorgung brauchte, zu viel schwierige Pflege und rasch zu verabreichende Medikamente. Herr P. würde sie im Hospiz tatsächlich besser, ihr menschlich näher bleibend, begleiten können.

Für Herrn P wurde diese Zeit doppelt schwer. Er traf, so sagte er, erstmals Entscheidungen „für sie“, doch „über ihren Kopf hinweg“. Damit litt er unter dem für viele Angehörige in vergleichbaren Phasen besonders schwer zu ertragenden, „doppelten“ Verlust seiner Frau. Denn seine Entscheidung erschien ihm wie ein „beinahe Tod“ bereits vor ihrem tatsächlichen Sterben. Entsprechende Gespräche („Was könnte ihr jetzt gut tun? Wie könnten Sie, wie werden wir jetzt mit ihr sprechen, was wollen wir ihr sagen?“) halfen ihm ein wenig. Sie bedeuteten im gegebenen Kontext eine wichtige emotionale Unterstützung. Wir trugen die Last, die innere Enttäuschung, die es bedeutet, einem Menschen zuzumuten, was er nicht möchte, doch akzeptieren muss, so weit, als irgend möglich gemeinsam.

All dies konnte nur auf den Moment bezogen sein. Es stabilisierte, würdigte ihn und würde – so blieb zu hoffen – auch in der Zeit danach ein für ihn positiv wirksames, ein durchaus prägendes, Halt vermittelndes Erlebnis sein. Praktisch aber würde ich selbst als Therapeutin das weitere Leben von Herrn P., sein „Weiterleben“ nicht mehr begleiten.

### 5.1.3. Ohnmacht und Hoffnung der Therapeutin

Unter der entstandenen Situation litt ich nun doch auch selbst. Zunächst viel mir auf, wie groß meine Erleichterung war, wenn ich Frau P. in ihrem Zimmer aufsuchte und sofort wieder gehen konnte, da sie schlief. Ihr Leid, ihre offensichtliche Trauer und Enttäuschung mussten auch mich belasten. Frau P. gehörte nicht zu den Patienten der Station, die ihren nahenden Tod, ihre spürbar wachsende Schwäche irgendwann in zumindest scheinbarer Ruhe erwarten oder sich auf ein bewusstes Abschied-

---

<sup>27</sup> Grundsätzlich gilt, dass die Entscheidung über den Aufenthalt auf der Station beim Patienten selbst liegt, solange er bei Bewusstsein ist. Gegen seinen ausdrücklichen Willen wird nichts unternommen.

nehmen) konzentrieren.<sup>28</sup> Sie bäumte sich auf. Ihr nun formuliertes, neu betontes Ziel, sie würde in ihm weiterleben, ihm zum Weiterleben helfen, wurde verbal bejaht. Doch sie fürchtete seinen Zusammenbruch und auch er selbst schien sich keineswegs sicher. Ich empfand mich als ohnmächtig in dieser Situation, denn ich sah keine Möglichkeit, ihm zukunftsichernd zu helfen. Ohnmachtsgefühle und Angst erschienen mir nahezu körperlich greifbar, doch ich wusste sie nirgends anzupacken. Das „In Dir werde ich weiter leben“, ein eigentlich schön erscheinender, tröstender Gedanke, erschien mir im gegebenen Moment überschattet und belastet. Ich war in meinen eigenen Vorstellungen gefangen und keineswegs mehr frei, offen und kreativ zu reagieren, ja auch nur genau hinzusehen, was denn tatsächlich bei Frau P. und ihrem Lebensgefährten geschah.

## 5.2. Der Abschied

Allerdings war die Zeit auch kurz, sie war für mich im Grunde kaum mehr gegeben.<sup>29</sup> Denn die Verlegung von Frau P. ins Hospiz erfolgte unerwartet rasch. Am Donnerstag wurde die Last der Entscheidung, die Trauer im Miteinandersein, in gelegentlichem Reden und gemeinsamem Stillsein ausgehalten. Am Freitag konnte ich Frau P. oder ihren Lebensgefährten aus anderen, äußeren Gründen nicht besuchen. Am folgenden Montag wurde sie schon gegen 9.00 Uhr von Patiententransport abgeholt, sie war also bereits fort, als ich die Station betrat. Ich sah Frau P. nicht mehr wieder. Obwohl ich die Möglichkeit, einander vielleicht nicht wieder zu sehen, im letzten Gespräch selbstverständlich vorbereitet hatte, der Abschied in entsprechender Form war entfallen.

Damals fühlte ich mich unbestimmt „ungenügend“. Trauerte, dass es nicht möglich gewesen war, sie „einfach auf der Palliativstation zu behalten“. „Sie hätte doch“, dachte ich, „so viel leichter einfach in ihre Sterben hinein dämmern können.“ – Welch ein fataler Denkfehler dies war, sollte ich erst sehr viel später begreifen.

---

<sup>28</sup> Zum theoretischen Konstrukt einer möglichen Akzeptanz von Tod und Sterben, bzw. Identitätsverwandlung siehe Anm. 5 und 31.

<sup>29</sup> Nach dem Mittwoch der 3. Woche folgte nur noch eine Therapiestunde am Donnerstag. Am Freitag dieser 3. Woche war ich nicht im Haus, am Montagmorgen wurde Frau P. bereits entlassen, da in diesem Fall der Hospizplatz außergewöhnlich schnell zur Verfügung stand.



## 6. Ein Nachtrag

Mein Denkfehler, Frau P. würde von nun an in ihrem Leid „stecken bleiben müssen“, da ja nun keine physische Besserung mehr zu erwarten war, wirkte doppelt fatal. Er brachte nicht nur eine emotionale Last mit sich, die mir schwer wurde. Er hinderte mich auch, mich der Situation aktiv zu stellen. Ich wich aus. Ich besuchte Frau P. nicht im Hospiz, obwohl ich doch noch im Krankenhaus erfahren hatte, es ginge bei den gut, sie hätten auch noch geheiratet.<sup>30</sup> Mehr als zwei Jahre ließ ich bis zu einem ersten Anruf bei Herrn P. verstreichen.

Was erfuhr ich dann? Tatsächlich hatte Herr P. einen kreativen Weg gefunden, ihr zu sagen, dass das Nach-Hause-gehen nicht mehr möglich sei. Noch am letzten Freitag hatte er ihr erklärt, es sei doch egal, in welchem Bett sie liege. „Wenn Du gesund wirst, dann auch im Hospiz!“ Freudig hatte sie zugestimmt, zumal klar war, nun würde er auch in allen Nächten bei ihr sein. Herr und Frau P. haben nicht nur geheiratet, sie haben auch die ihnen im Hospiz dann verbleibenden Tage genossen. Ganz im Gegensatz zu ihm, der sich, so erzählte er, immer wieder dabei ertappte, zu denken, dass sie z.B. den geliebten Baum vor ihrem Fenster nie würde wiedersehen können, scherzte sie wieder: „Na ja, jedenfalls wirst Du immerhin nie wieder eine Steuererklärung für mich schreiben müssen!“ Und außerdem: „Weißt Du was, ich kann gar nicht sterben: Du hast noch nicht genug gelacht!“

Herr P. hielt diese Tage als Tage der Freude, des glücklichen Beisammenseins in Erinnerung. Die Zeit danach hatte er schreibend überstanden. Zunächst schreibend an sie, später auch für sich selbst. Irgendwann hatte er begonnen, auch ihre Seminartätigkeit weiter zu führen.

Was also hatte mir gefehlt? Heute sehe ich, dass mein Denkfehler schon in den ersten Therapiestunden eingesetzt hatte. Kaum war eine Stimmungsbesserung erreicht, wollte ich Frau P. bereits helfen, sich darin zu halten. Tatsächlich überraschte sie mich dann immer wieder mit ihrer immensen Anpassungsfähigkeit. Sie war in der Lage, im freundlichen Zugewandtsein, im liebevollen Miteinander den Augenblick zu genießen. Es war sie, die sich hielt – ich bot zunächst nur etwas an! Nur ein Wenig-

---

<sup>30</sup> Für den Besuch eines Klienten im Hospiz ist formal kein Raum während der Arbeitszeit eingerichtet. Andere Hospizbesuche, die ich später unternahm, fanden deshalb an den Wochenenden, in meiner Freizeit statt.

ges in dieser schönen Fähigkeit von Frau P. hatte ihrem „Gesundheitsplan“ entsprechen. Vielmehr genoss sie das Zusammensein, die ihr von ihrem Lebensgefährten entgegengebrachte Liebe wirklich. Es war etwas Besonderes an ihr, das hier zum Ausdruck kam.

Tatsächlich ermöglicht erst die Akzeptanz der Vielfalt der Gefühle eines Leidenden ein solches Aufbrechen, ja Aufblühen seines eigenen, inneren Gartens. Es ist das „Wunder des Anderen“, das erst da deutlich werden und wachsen kann, wo ich ihm dieses Er-Selbst-Sein wirklich überlasse, ihn nicht „behüten“, nicht vor einem „Zuviel an Traurigkeit“ schützen will.

Das Leben – und mit ihm eben auch der Tod, der Schmerz, die Angst und die Trauer – ist dem Menschen zumutbar. Wir können ihm nicht entfliehen, doch wir können einander im Miteinandersein Räume eröffnen, in denen das Aushalten des Unerträglichen zunächst einmal beginnt. Wo es gelingt, wird es auch nicht dabei bleiben. Vielmehr entsteht etwas Neues, es wird „von hier aus“ gelebt.<sup>31</sup> Eben das hatten Frau und Herr P. im Hospiz dann wirklich gekonnt.

So hatte auch ich selbst nicht gänzlich versagt, war vielmehr eine beträchtliche Strecke erfolgreich mit Frau P. gegangen. Indem ich offen war für die Entwicklungen, die sie nahm, hatten sich immer wieder realisierbare Möglichkeiten gefunden, sie zu unterstützen. Nach dem Erlebnis der Katastrophe, des zunächst absolut erscheinenden Verlustes, war im Sprechen, Malen und Gestalten, im gemeinsamen, zugewandten und kreativen Wirken ein neuer Ausgangspunkt für beide gefunden worden, dann auch im Hospiz, wo sie wiederum liebevoll zugewandt begleitet wurden, miteinander zu sein.

---

<sup>31</sup> Selbst das bewusste Abschiednehmen eines Sterbenden von seinem Leben ist nicht einfach gleichzusetzen mit einem „Ja, ich sterbe!“, „Ich akzeptiere meinen Tod“. Letzteres, den Tod, das Nichts, den vollkommen erfahrungslosen Raum positiv anzunehmen, erscheint mir im Grunde nicht möglich. Vielmehr erlebe ich jeweilige Situationen in einer weiten Spanne zwischen der u.U. sehr weit reichenden Verdrängung des drohenden Todes und einer eben auch begegnenden, inneren Akzeptanz des eigenen Lebens als eines Lebens, das nun beendet wird. Doch auch das, dieses Abschiednehmen, der bewusst angenommene, vielleicht „letzte Moment“, entspringt ganz offensichtlich noch einem ausdrücklichen „Ja!“ zum Leben.

Tatsächlich ist der Tod zum Leben so gehörig, dass es erst mit ihm eine Grenze, eine bestimmte Dauer, also eine Form gewinnt und gestaltbar wird. Diese Form erfüllen wir jeweils mit dem uns eigenen, individuellen Sinn. Er wird spürbar, wo wir Augenblicke der Begegnung erleben. Es ist das Gefühl der Schönheit, der Augenblick der Evidenz, der uns sagt, dass es wahr ist. Dass dieser Sinn des Lebens für uns Wirklichkeit geworden ist.

## **7. Anhang. Zu Prozessen der An- und Abgrenzung des Therapeuten in therapeutischen Prozessen in palliativer Situation**

### **Eine Antwort auf die Forderung nach professioneller Distanz in der Klinik**

#### 7.1. Affiliationsprozesse im palliativen Kontext. Zuwendung, Zuneigung

Affiliation ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis des Menschen als eines sozialen Wesens. Affiliationsprozesse finden in unterschiedlichsten sozialen Zusammenhängen und Situationen statt, werden dabei in sehr verschiedenen Formen wahrgenommen und gestaltet (Petzold, Müller 2005/2007). Im palliativen Kontext ist das Bedürfnis der Kranken nach menschlicher Nähe grundsätzlich hoch, zugleich aber auch individuell sehr verschieden, es reicht von fast reinen Ansprüchen an konkrete Versorgung bis hin zu deutlich spürbarer Sehnsucht nach intensiver emotionaler Nähe, menschlicher Begegnung.

Aufgrund der Situation ist der Therapeut sehr weitgehend auf seine Feinspürigkeit, sein ahnendes Verstehen der inneren Bedürfnisse und Befindlichkeit der Klienten angewiesen. Grundlage ist sein Verständnis der grundsätzlichen Situation, sein Versuch, sich mit dem einzelnen schwerst kranken, vom Tode bedrohten Menschen zu identifizieren und seine hier zum Tragen kommende, menschliche und therapeutisch bewusste Haltung der Zuwendung, ja Zuneigung zu diesem Kranken mit Respekt und einer hohen Bereitschaft zur Akzeptanz (Varevics, Petzold 2005, 132 f.).

Für mich selbst gilt, dass ich inzwischen weiß, wie sehr ich störende Faktoren ausblende, um diese innere Zuwendung zum anderen möglich werden zu lassen. Ich konzentriere mich bewusst auf das jeweilige Gegenüber, suche nach einzelnen Momenten, sichtbaren, spürbar werdenden Details, die meine Zuwendung zu einer Zuneigung werden lassen können. Diese Haltung empfinde ich als liebevoll. Ich fühle mich dabei selbst wohl, denn ich weiß mich darin frei. Die Zuwendung zum Kranken, der mir im Rahmen der palliativen Versorgung anvertraut wird, entspringt meiner Entscheidung. Sie entspricht der Situation, dem grundsätzlich gegebenen, menschlich moralischen Anspruch, wie auch meinem aktuellen Arbeitsauftrag. Da die Kräfte und Möglichkeiten der Kranken noch deutlicher eingeschränkt sind, als die eines körperlich gesunden Klienten der Kunst- oder Psychotherapie, überrascht und erstaunt mich das dann doch sehr oft zu erlebende Entgegenkommen und die Dank-

barkeit dieser Klienten immer wieder. Es ist eine Erfahrung, die auch von meinen Kollegen und vielen anderen, in vergleichbarem Kontext Tätigen bestätigt wird: Es sind die Kranken, die uns in solchen Situationen ihrerseits mit Zuneigung und Dankbarkeit beschenken.

## 7.2. Abgrenzungsprozesse. Das Streben nach Professionalität und die Notwendigkeit aktiver Selbstwahrnehmung und Lebensgestaltung auf Therapeutenseite

Doch das Wahrnehmen eigener Grenzen des Therapeuten bleibt natürlich auch in der Haltung und Bereitschaft zu Zuwendung und Empathie von grundsätzlicher Bedeutung für das Gelingen von Kunst- und Psychotherapie. Ein An-, doch nicht Abgrenzen setzt das Spüren von und Reagieren auf Grenzen gleichermaßen voraus.<sup>32</sup> Kein Miteinander, keine Form, keine Gestaltung ist letztendlich ohne Grenzen realisierbar. Ich möchte im Folgenden versuchen, die Voraussetzungen zur Wahrnehmung und Wahrung dieser Grenzen auf Therapeutenseite, dem Erhalt seiner eigenen, inneren Stabilität zu klären, soweit sie mir selbst bisher bewusst geworden sind.

### 7.2.1. Aus emotional geprägter Sicht (Erlebens-Ebene)

Da ist zunächst – auch bei intensiver Empathie gegenüber einem Klienten – das starke Erleben eigenen Lebens, ein Bewusstsein eigener Lebensgeschichte. Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass das Miteinander-Sein in einem Augenblick der Trauer zwar eine bestimmte Zeit in meinem Leben prägt, doch nicht zugleich mein Lebensgefühl insgesamt bestimmt. Vielmehr wird mir oft unmittelbar nach solchen Situationen das Bedürfnis deutlich, das eigene Leben noch bewusster, es besonders zu gestalten. „Mache Dein Leben zum Projekt!“

Die eigene Wahrnehmung wird intensiviert. Ich schaue genauer hin, sehe nicht nur den Klienten und seine Situation, sondern zugleich auch mich. Ich erlebe meinen in diesem Moment leicht veränderten Blick auf den Himmel, die Wiesen, das Leben in der Stadt und meiner Freunde. Vieles wird deutlicher, es wird unter anderem Aspekt gesehen. Das beginnt bereits im Kontakt mit dem Kranken, da meine Wahrnehmung

---

<sup>32</sup> Das Erspüren von Reaktanzen oder Übertragungsphänomenen des Klienten durch den Therapeuten ist an seine Wahrnehmung eigener Reaktionen und Grenzen geknüpft. Grundsätzlich wäre eine zielgerichtete, über weite Strecken geplante, jeweils an Situationen angepasste Therapie ohne diese klare innere Selbstwahrnehmung des Therapeuten unmöglich (Petzold, Müller 2005a).

bewusst, konzentriert und auf bestimmte, wichtig erscheinende Bereiche focussiert ist. Es setzt sich – etwas distanzierter vom Klienten, stärker in meiner Selbstwahrnehmung haftend – fort, wenn ich aus dem Fenster schaue, mich durchs Haus bewege, die nächsten Arbeitsschritte überlege. Gespräche und Begegnungen mit Kollegen, Schwestern, Ärzten, Therapeuten führen zu einem Wir-Gefühl auf dieser, vom Klienten entfernten Seite. Sie stabilisieren alle Beteiligten, helfen, das gemeinsame Ziel im Bewusstsein zu halten.

Diese Phänomene sind mir inzwischen vertraut. Sie sind hilfreich, doch bleibt ein anderer, schwieriger Aspekt noch bestehen. Denn im Kontakt mit den Kranken und Sterbenden, den täglich zu erlebenden, oft wirklich tragischen Lebensgeschichten und Krankheitsverläufen wächst auch eine unterschwellige Angst. „Und wenn ich nun selbst krank werde?“ Sie kann sich zu Unruhe, zu einem Gefühl „rasenden Zeitvergehens“ entwickeln, steigert sich beim Auftreten von möglichen Symptomen. Bisher konnte ich ihr bewusst begegnen. Gesundheitliche Fragen werden aktiv geklärt. Ich lebe gesund und akzeptiere, ja nutze diese Angst in ihrer positiven Kraft. Sie lässt mich achtsam sein, treibt mich positiv an, mein Leben zu führen. Momente der Unruhe, des Getriebenseins müssen deutlich wahrgenommen und identifiziert sein, um ihnen im folgenden Schritt bewusst und vielschichtig kreativ zu begegnen.

#### 7.2.2. Aus kognitiver Sicht, als bewusstes Tun

Zugleich wirkt bereits die Arbeit selbst als ein aktiv und bewusst gestalteter Prozess schützend. Mein Erleben, die in mir entstehenden Gefühle sind bereits bestimmt durch den Kontext, die therapeutischen Ziele. Auch indem diese Ziele grundsätzlich von Offenheit gegenüber den Wünschen und inneren Problemen der Klienten geprägt sind, intensiviert sich mein aufmerksames Mitdenken und inneres Klären. Es gilt, wach auf verschiedensten Ebenen zu reagieren, Ziele und Zwischenziele für sich selbst und möglichst gemeinsam mit dem Klienten zu formulieren, sich jeweils neu über Prozesse und Prozessanpassungen klar zu sein. Indem ich all dies – die Fern- und Nahziele meines therapeutischen Wirkens – klar in meinem Bewusstsein halte, bin ich vor einem „Abgleiten“ ins pure Mitleiden wesentlich geschützt. Es entsteht eine innere positive, affiliativ zugewandte, und zugleich auch mich selbst positiv abgrenzende, professionelle Distanz.

### 7.2.3. Aus persönlicher, individuell geprägter Sicht

Für mich persönlich gilt, dass die Breite meines kunsttherapeutischen Angebotes auch mich selbst bereichert. Was ich mit den Klienten erlebe, durch sie erfahre, ist mir im Grunde immer „neu“. Es regt mich an, eröffnet mir eine neue, sich „sich vergrößernde Welt“ und ermöglicht zugleich auch neue Ausdrucksweisen.

Zugleich vertieft sich vieles, das ich in meinem Leben außerhalb der Arbeit erfahre, durch die Suche nach neuen kunsttherapeutischen Angeboten oder Gestaltungsmöglichkeiten. Tatsächlich erweitert das positiv verinnerlichte „Arbeitsziel“ eben auch mein eigenes Wahrnehmen und Gestalten.

### 7.3. Belastungen, die sowohl positive Empathie, als auch Professionalität behindern

Zu hohe Klientenzahlen und zu kurze Behandlungssequenzen, in denen ich den therapeutischen Prozess nur sehr begrenzt gestalten kann, erzeugen in mir auf Dauer das Gefühl, innerlich „auszubrennen“. Die bewusste Gestaltung meines Arbeitsalltags und der einzelnen therapeutischen Prozesse ist deshalb auch im Sinne meines eigenen, persönlichen Schutzes im Sinne von positiver An- und Abgrenzung, im Klinikalltag als „professionelle Distanz“ verlangt, wichtig.

Unproduktive Kollegenstreitigkeiten, unklare Arbeitsziele und Arbeitsbereiche, ein Zuviel an Arbeit generell belasten über Gebühr. Manches davon ist in mir selbst und durch eigene Arbeitsstruktur und -organisation zu klären. Geklärte Arbeitsaufgaben sind einzufordern. Supervision schützt, hilft Sinnvolles zu erkennen, Mögliches von Unmöglichem zu unterscheiden, sich persönlich abzugrenzen von Machtstrukturen, die eine Entfremdung von der Arbeit erzeugen und denen ich begegnen, von denen ich mich abgrenzen kann. Auch hier gilt, dass die Unverfügbarkeit einer Sache, eines bestimmten Ziels oder persönlichen Wunsches – wie die Unverfügbarkeit des Lebens generell – nicht zugleich bedeutet, dass ich dieses Leben in generalisierter Ohnmacht erlebe. Solange es möglich ist, den therapeutischen Prozess selbst und im Zusammensein mit dem jeweiligen Klienten zu gestalten, bin ich „frei“. Damit ist eine wichtige Grundlage für professionelles, therapeutisches Arbeiten gegeben.

## **8. Zusammenfassung: Die Pantherfrau. Integrative Kunsttherapie auf der Palliativstation**

Dargestellt wird der Prozess integrativer Kunsttherapie mit einer Klientin in hochpalliativer Situation. Ziel ist die Darstellung des individuellen Verlaufs im Zusammenwirken von (1.) subjektiven Faktoren, (2.) äußeren Entwicklungsbedingungen und (3.) therapeutisch intendiertem Handeln. Zugleich sollen die grundsätzliche Wirksamkeit und spezifische Bedeutung der zentralen Theorie- und Wirksamkeitsmodelle Integrativer Therapie im palliativen Kontext deutlich werden (Persönlichkeitstheorie und Identitätsgestaltung, Kreativität, therapeutisches Ziel, vier Wege der Heilung und Förderung im Zusammenwirken mit den sechs Modalitäten therapeutischer Behandlung, Affiliation und Reaktanz, Intermediärobjekte, subjektiv intendierte, persönliche Transzendenz).

**Schlüsselwörter:** Integrative Kunsttherapie, palliative Situation, Identitätsgestaltung, Kreativität, vier Wege der Heilung und Förderung, sechs Modalitäten therapeutischer Behandlung, Affiliation und Reaktanz, Intermediärobjekte, subjektiv intendierte, persönliche Transzendenz

### **Summary: The panther`s woman. Integrative Art Therapy in palliative context**

The process of Integrative Art Therapy is presented with a client is shown in highly palliative situation. The aim is the representation of the individual course in the interaction of (1) subjective factors, (2) to external developing terms and (3) therapeutically intended action. At the same time, the basic effectiveness and specific meaning of the central theory and effectiveness models of Integrative Therapy in the palliative context should become clear (personality theory and identity, creativity, therapeutic aim, four ways of healing and support in conjunction with the six modalities of therapeutic treatment, affiliation and reactance , intermediary objects, subjectively intended personal transcendence).

**Keywords:** Integrative Art Therapy, palliative situation, identity creation, creativity, therapeutic aim, four ways of healing and support in conjunction with the six modalities of therapeutic treatment, affiliation and reactance , intermediary objects, subjectively intended personal transcendence



## 9. Literatur

- Orth, I.(2015): Unsägliches sagbar machen. Interview. Erschienen in: Textpraxis 11/2015, <http://www.uni-muenster.de/Textpraxis/ilse-orth-unsaegliches-sagbar-machen> und <http://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/heilkraft-der-sprache/01-2015-orth-ilse-unsaegliches-sagbar-machen-interview.html>.
- Petzold, H.G., Lückel, K. (1985): Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: Petzold (1985a) 467-499; repr. (2005a) 109-139.
- Petzold, H.G. (1987k): Form als fundierendes Element in der Integrativen Therapie mit kreativen Medien. *Kunst & Therapie* 11, 59-86. = Petzold 1987k, 1990b Form u Metamorphose als Konzepte für IT, Kunstpsychotherapie-polyloge-11-2017.
- Petzold, H.G (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2. Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann, überarbeitete Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold (1993c) und in: Petzold, Sieper (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446 und Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996. Junfermann, Paderborn, S. 125-171. 38TU<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-26-2012-petzold-hilarion-g-orth-ilse.html>U38T.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1995/1997): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld - Präzisierungen Integrativer Positionen. Diskussionspapier, FPI, Düsseldorf 1995. In: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): Mythen, Macht und Psychotherapie, Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag, S. 125-262.
- Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. Revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Junfermann, Paderborn. = Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. Revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.
- Petzold, H.G. (1996r): Die eigene Lebensgeschichte verstehen lernen. Vortrag mit der Volkshochschule München. In: Dokumentation der 10ten Münchner Gestalttage. Prozeß und Diagnose – Gestalttherapie und Gestaltpädagogik in Praxis, Theorie und Wissenschaft. Eurasburg: GFE-Verlag, S. 25-50.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: Petzold (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter, A. (1998) (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer, Erweitert in: Petzold (1998h) 118-141.

- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a):* Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis, Ziele in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. *Integrative Therapie* 2, 203-230 und: *Psychologische Medizin* 1/2001, S. 34-46.
- Petzold, H.G. (2001p/2004):* „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001 <http://www.fpipublikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2001-2001p-petzold-h-g-transversaleidentitaet-und-identitaetsarbeit.html>, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.
- Petzold, H.G. (2002j):* Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.= Petzold 2002j, 2017\_Der informierte Leib-embodied-and-embedded-leibgedaechtnis-polyloge-03-2017.
- Petzold, H.G., Grund, Oliver; Richter, Katja; Schwedland-Schulte, Gabriele:* Das "komplexe Leibkonzept" der Integrativen Therapie, 3/04, S. 216-236. Hier um die Vorbemerkung ergänzt in 38TU<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv> 13-2017.
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007):* Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Europäische Akademie, Hückeswagen und in: *Petzold, H.G., Integrative Supervision*, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. 38TU<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>U38T.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004a):* Biographiearbeit mit alten Menschen – Erarbeiten und Teilen biographischer Erfahrung. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2004. Auch in *Petzold, H.G. (2004a):* Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta. S.249-262.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2005a):* Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G. (2008e):* Trauma und Beunruhigung, Trauer und Trostarbeit. Über Katastrophen, kollektive Gedächtnisdynamik, heftige und sanfte Gefühle - Kulturtheoretische Überlegungen der Integrativen Therapie. Bei: [www.FPIPublikationen.de/materialien.htm](http://www.fpipublikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 29/2008. <http://www.fpipublikation.de/polyloge/alle-ausgaben/29-2008-petzold-h-g-2008e-trauma-undbeunruhigung-trauer-und-trostarbeit.html>.
- Petzold, H.G. (2009c):* Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>.
- Petzold, H. G. (2010e):* Trauer, Complicated Grief, Trost, Trostarbeit – integrative Perspektiven. Zeitschrift für Integrative Gestaltpädagogik und Seelsorge 2010/1, 20-28.
- Petzold, H.G. (2012a):* Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Petzold, H.G.(2012c):* Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affiliaer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“. Erschienen in: *Integrative Therapie* 1/2012. <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>.

- Petzold, H.G.*(2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.* (2014a): Mythen, Macht und Psychotherapie, Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G.*(2016f, 2017): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG (2017) in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“. Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeiten. <http://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/heilkraft-der-sprache/02-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeit-biographieerarbeitung-in-der.html>.
- Petzold, Orth, Sieper* 2005 = *Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I.* (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02/2005 und in: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627 – 765. In : *Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G.* (2006): Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und „der Integrative Ansatz“. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 41-94.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (2017b): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: *Petzold, H. G., Leeser, B., Klemptauer, E.* (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aisthesis. S. 885-971.
- Pleschberger, S.* (2001): Palliative Care: Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Räuchle, H.* (2017): Prozesse persönlicher Hermeneutik und Lebensgestaltung durch die Integrative Poesie- und Bibliothherapie, in: *Petzold, H. G., Leeser, B., Klemptauer, E.* (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aisthesis. S. 45-94.
- Schulz-Kindermann, F.* (2013): Psychoonkologie: Grundlagen und psychotherapeutische Praxis. Basel: Beltz, Weinheim
- Schweighofer, A.* (o.J.): Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie, EAG-FPI, <https://www.eag-fpi.com/wp.../Kleines-Wörterbuch-der-Integrativen-Therapie.pdf>.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G.* (1984) (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.1 – Mai 2015. AWMF-Registernummer: 128/001OL, [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLI\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2015-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf).
- Quinodoz, D.*(2010): Älterwerden – Eine Entdeckungsreise. Erfahrungen einer Psychoanalytikerin. Gießen: Psychosozial-Verlag.