

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 08/2019

„Wieder in Fluss kommen“
Natürliche Wege aus der Depression
Intermediale Kunsttherapie und Naturerfahrungen
als Gruppenangebot auf einer Depressionsstation

Jutta Weidler *

* 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, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung „Kunsttherapie im Integrativen Verfahren“.

Einleitung	
Eigene Wurzeln und Erfahrungen	4
1. Integrative Therapie	
1.1. Ein Überblick	6
1.2. Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie	7
2. Depression, das klinische Krankheitsbild	
2.1. Psychiatrische Diagnostik	9
2.2. Historischer Rückblick	10
2.3. Die depressive Störung aus der Sicht der Betroffenen	12
2.4. Depressionsstationen	13
2.5. Die neurowissenschaftliche Perspektive der Depression	15
2.6. Die Perspektive der Integrativen Therapie: Der „Informierte Leib“	17
2.7. Komplexes Lernen in der menschlichen Evolution	19
2.8. Die Genderperspektive	21
3. Der Weg	23
3.1. Beobachtungen und erste Schritte in der Klinik	24
3.2. Eigene Resonanz, Ideen und erste Entwürfe	26
3.3. Das Setting	27
3.4. Die Rolle der Therapeutin und der PatientInnen	28
3.5. Die Medien und ihre Funktionen	29
3.6. Auswahl des Mediums: Naturmaterialien	36
3.7. Kommunikation und Interaktion	40
3.8. Prozesstheorie und intersubjektive Korrespondenz	41
3.9. Der therapeutische Raum und die Gruppe	44
3.10. Zusammenarbeit mit dem Stationsteam	45
4. Angebote und erste Spuren	47
4.1. Fototherapie (rezeptiv, aktiv)	48
4.2. Kunsttherapeutische Arbeit mit Naturmaterialien	54
4.2.1. Erster Kontakt	54
4.2.2. Grundlagen für die Gestaltungen mit Naturmaterialien	60
4.2.3. Gestaltung einer Figur aus Ton mit ergänzenden, gesammelten Naturmaterialien	60
4.2.4. Wahrnehmungsübungen und Gestaltungen zum Thema „Zeit“	63
4.2.5. Gestaltungen von Räumen und Plätzen aus Naturmaterialien	67
4.3. Ausflug in die Umgebung, an den Fluss	74
4.4. Poesietherapie	80
4.5. Imagination	87
4.6. Bewegung	89
4.7. Die Bedeutung der Intermedialen Quergänge	95

5.	Beispiele therapeutischer Prozesse	98
5.1.	Beispiel eines Gruppenverlaufs	100
5.2.	Beispiel der Therapie und Diagnostik im Einzelprozess	115
6.	Auswertung und Ausblick	125
6.1.	Bezug zu den vier Wegen der Heilung der Integrativen Therapie	128
6.2.	Bezug zu den vierzehn Wirkfaktoren der Integrativen Therapie	134
	 Schlussbemerkungen	
	Kunst, Natur und Heilen	146
	 Abbildungsverzeichnis	151
	Übersicht der angewandten bewegungstherapeutischen Übungen	153
	Übersicht der kunsttherapeutischen Angebote	154
	Zusammenfassung/Summary	155
	 Literaturverzeichnis	155

Einleitung

Eigene Wurzeln und Erfahrungen

Wenn ich in meiner Lebensgeschichte zurückschaue und meinen Blick auf die kraftgebenden Erlebnisse und schutzbietenden Erfahrungen richte, so fallen mir zuallererst erlebte Szenen in der Schönheit der Natur ein. Ich hatte das Glück, schon als Kind eine Naturverbundenheit in meiner Familie zu erleben, die mich seitdem begleitet und für mich stets eine Quelle der Kraft war und ist, aus der ich auch in Krisenzeiten und Notlagen schöpfte.

Die ersten Zelturlaube als jüngstes Kind meiner fünfköpfigen Ursprungsfamilie in den Dünen der holländischen Nordseeküste gehören zu meinen schönsten frühen Erinnerungen. Das Bewegen unter freiem Himmel, das Laufen und Springen im Spiel mit meinen Brüdern im Sand, das eigene Rufen und Hören der Stimmen einer Pilze sammelnden Familie in den grünen Sommerwäldern an Regentagen geben mir noch heute in meiner Erinnerung das Gefühl, ein lebendiger Teil eines großen umfassenden Ganzen zu sein, kurz gesagt – dazuzugehören!

Als aktives bewegungsfreudiges Kind entdeckte ich für mich zwei Sportarten, in denen ich für den Leistungssport gefördert wurde. Es war der Eiskunstlauf und das Geräteturnen. In beiden entwickelte ich mit den Trainern eine Kür auf Musik neben vielen anderen Pflichtübungen. Rhythmik, Bewegung und Musik blieben seither tief verwurzelte leibliche Erfahrungen, die auch heute unabdingbar zu meinem Leben gehören.

In meiner Jugend interessierte ich mich für Philosophie und die bildende Kunst. Nach der Schulzeit studierte ich Produktdesign mit dem Schwerpunkt „Keramik“. Als junge Studentin reiste ich viel und lernte „malend“ andere Länder, Menschen und Kulturen kennen. Auf der Suche nach mir selbst streifte ich während dieser Zeit viele Medien und Ausdrucksmöglichkeiten.

Thema und Mittelpunkt blieb in den verschiedenen Gestaltungsangeboten an der Hochschule für mich „der Mensch“. Ich vertiefte meine Freizeichenkurse im Portraitmalen und Aktzeichnen und veranschaulichte meine persönlichen Erfahrungen mit Musik, Bewegung, Theater, Pantomime in Gestaltungen aus Ton. Es war mir stets ein Bedürfnis, wenn mich etwas begeisterte, es auf verschiedenen Ebenen der mir zur Verfügung stehenden Gestaltungsmöglichkeiten auszudrücken. So formte ich zum Beispiel verschiedene Gesichtsausdrücke aus eigenem pantomimischen Spiel in Ton und setzte sie auf Tonplatten als Wandrelief zusammen.

In meiner Diplomarbeit als Designerin bearbeitete ich Ton in verschiedenen selbsterforschten Techniken und lernte, Prozesse zu entwickeln, Spuren zu beobachten und sie für eigene Zwecke und Ausdrucksformen einzusetzen. Das spannende Erleben und Begreifen fand für mich meist im Arbeitsprozess statt, das Endprodukt war eine Erscheinung unter vielen anderen sich verändernden Gestalten.

Während langer Seereisen im Atlantik und Pazifik auf kleinen Segelbooten verwirklichte ich einen meiner größten Träume, und meine Naturliebe verband sich mit meinem künstlerischen Schaffen als Portraitmalerin und Keramikerin. Die Musik, als Ausdrucksform der jeweiligen Kulturen machte ich zu meinem Thema, an dem ich mich orientierte. In den Hafenorten und Städten der Länder, die ich bereiste, malte ich die Musiker in den Cafes und Bars. Manchmal bewegte sich nicht nur mein Pinsel zur Musik auf dem Papier, sondern ich gab meiner Tanzlust freien Lauf und bewegte mich selbst zu den Rhythmen.

Viel später in meiner langfristigen Weiterbildung als Integrative Kunst- und Kreativitätstherapeutin fand ich genau das in den *Intermedialen Quergängen*¹ wieder, wonach ich als Designstudentin und reisende Künstlerin strebte: Verbindungen und Übergänge zu schaffen zwischen menschlichem Ausdrucksverhalten in Form von Musik, Bewegung, Tanz, bildnerischer und figürlicher Gestaltung und Worten.

¹ *Intermediale Quergänge* werden in der kunsttherapeutischen Praxis der Integrativen Therapie angeregt und angeleitet, um persönliche Themen und Inhalte in einer Gestaltung durch weitere kreative Medien und künstlerische Methoden zu explorieren. Dadurch werden Auslegungen in sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrücken auf anderen Ebenen möglich. Jedes kreative Medium hat seine spezifische Charakteristik und bringt unterschiedliche Aspekte in den Expressionen zum Vorschein. Symbole können in Prozessen intermedialer Arbeit entschlüsselt werden und aktuelle Themen in der Kunsttherapie an Prägnanz gewinnen. Die Quergänge können sich zwischen allen menschlichen Expressionen wie z. B. bildnerische-, figürliche Gestaltung, Bewegung und Tanz, Poesie und Drama ereignen. Vgl. *Petzold* 1993, 149

1. Integrative Therapie

1.1. Ein Überblick

Die Integrative Therapie ist ein schulenübergreifendes psychotherapeutisches Verfahren, das Mitte der sechziger Jahre durch *Hilarion Petzold* und MitarbeiterInnen begründet wurde und seitdem ständig durch Erprobung in der Praxis und neuen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn weiterentwickelt wird. Sie ist phänomenologisch und hermeneutisch ausgerichtet und in ihr verbinden sich vielfältige erprobte psychotherapeutische Methoden und Wirkweisen. Tiefenpsychologische Aspekte der Biografiearbeit im Schutze der therapeutischen Beziehung sind ebenso Bestandteil der Therapie wie die Arbeit an Wahrnehmung und Ausdruck in der Gegenwart auf allen Sinnes- und Leibebenen bis hin zur Zielsetzung und Antizipation veränderter Handlungsweisen in der Zukunft.

Die anthropologische Grundposition des schöpferischen Menschen beschreibt ihn als *Leibsubjekt*² in seiner Bezogenheit zu den Mitmenschen und seiner Lebenswelt in der Dimension der Zeit. In dem Begriff *Leibsubjekt* wird der Mensch mit seinem Wahrnehmungspotential über die körperlichen Sinne (*perzeptiver Leib*), seinem Handlungs- und Ausdruckspotential (*expressiver Leib*), seinem Leibgedächtnis von Wahrgenommenem und Ausgedrücktem (*memorativer Leib*) und seiner Fähigkeit zur Reflektion (*reflexiver Leib*) erfasst.

Als „Herzstück“ der Integrativen Therapie bezeichnet *Petzold* die *Intersubjektive Ko-respondenz*³. Damit ist der Prozess der Begegnung und Auseinandersetzung zwischen zwei oder mehreren Individuen auf allen Leibebenen über Themen und Sachverhalte gemeint, deren Voraussetzung im besonderen die Achtung und Wert-

² Die anthropologische Definition des *Leibsubjekts*: „Der Mensch als ‚Leibsubjekt‘ ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln (d.h. durch Narrationen, aktionale Lebensvollzüge) unlösbar mit der Lebenswelt verflochten: Mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er wiederum bewegt, beeinflusst, gestaltet sie kokreativ durch sein Tun und Wirken- in konstruktiver und auch in destruktiver Weise- auf der Grundlage seiner archivierten Lebenserfahrung (Narrative).“ *Petzold* 2003, 1066

³ Ko-respondenz als konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d. h. in Intersubjektivität, ist ein synergetischer Prozess direkter, ganzheitlicher und differentieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene, ein Polylog über relevante Themen unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes im biografischen und historischen Kontinuum mit der Zielsetzung, aus der Vielfalt der vorhandenen Positionen und der damit gegebenen Mehrperspektivität die Konstituierung von Sinn als Kon-sens zu ermöglichen (und sei es Konsens darüber, dass man Dissens hat, den zu respektieren man bereit ist). Auf dieser Grundlage können konsensgetragene Konzepte erarbeitet werden, die Handlungsfähigkeit als Kooperation begründen, die aber immer wieder Überschreitungen durch Ko-kreativität erfahren, damit das *Metaziel* jeder Ko-respondenz erreicht werden kann: durch ethisch verantwortete Innovation eine humane, konviale Weltgesellschaft und eine nachhaltige gesicherte mundane Ökologie zu gewährleisten.“ *Petzold* 1999 in Polyloge 2002

schätzung der „Andersheit des Anderen“ (*Levinas*)⁴ ist. Ziel ist die Konstituierung von Sinn, d.h. Sinn zu entdecken, zu teilen und gemeinsam sinnvolle Perspektiven zu entwickeln.

Die therapeutische Arbeit orientiert sich ebenso an der wissenschaftlichen Forschung der Neurobiologie wie auch an den Theorien der Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen in den verschiedenen Wachstumsphasen aus Baby- und Kleinkindforschung und allen weiteren Entwicklungsschritten bis zum Senium in der menschlichen Lebensspanne.

Dabei sind nicht nur pathogene Faktoren in der therapeutischen Arbeit von Interesse, der Blick richtet sich immer auch auf die *Salutogenese* (*Antonovsky* 1979)⁵, d. h. auf protektive Faktoren und Einflüsse.

Integrative Therapie begreift sich im weitesten Sinn als angewandte Humanwissenschaft und leistet einen Beitrag zur kritischen Kulturarbeit. Die Perspektiven sind vielfältig und reichen von der Evolutionsgeschichte des Menschen über kosmologische und ontologische Fragestellungen bis hin zur gelebten Ethik in der therapeutischen Praxis.

1.2. Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie

Integrative Kunsttherapie geht von der Grundannahme aus, dass der Mensch an der Gestaltung seiner selbst und seiner Welt beteiligt ist. Mit seinen Sinnen schöpft der Mensch aus der Vielfalt der Erscheinungen, die ihn umgeben. Schon die Wahrnehmung ist ein kreativer Akt. Sie ist eine Auswahl, die unmittelbar mit der Person, ihrer Vergangenheit, ihrer momentanen Verfassung und ihren Wünschen und inneren Motivationen zu tun hat.

Ein Anliegen der Kunsttherapie ist es, Wahrnehmungsinhalte bewusst zu machen und Wahrnehmungsprozesse aktiv mit zu gestalten.

Da, wo wir berührt werden, wo sich ein „Wahrnehmungsfenster“ durch unsere spezifischen Sinne, mit denen wir unsere Umwelt erfahren, öffnet, verbindet sich Wahrnehmung und Handlung. Ein Eindruck bringt einen unmittelbaren Ausdruck hervor, sei es durch Mimik, Gestik oder eine aufsteigende Erinnerung, die ausgedrückt werden möchte.

In unseren Gestaltungen und Lebensäußerungen bewegen wir uns ständig zwischen Eindruck und Ausdruck. Im gestaltenden Ausdruck mit verschiedenen Medien wird es möglich, dieses feine Zusammenspiel sichtbar zu machen.

⁴Die Integrative Therapie greift die ethische Perspektive, den Entwurf einer 'Ethik der Alterität' des Philosophen *Emanuel Levinas* (1906 – 1995) auf. „Seine Ethik der Alterität beinhaltet insbesondere die Achtung vor dem Anderen und Fremden, das einem prinzipiell anders und fremd bleibt und dessen man sich nicht bemächtigen darf.“ *Schuch* 2000 in *Petzold* 2001, 37

⁵Das Konzept der 'Salutogenese' wurde 1979 von *Antonovsky* entworfen. Es ergänzt die einseitige Zentrierung auf die Pathogenese in der Psychotherapie um die positiven Einflüsse und Faktoren in der lebenslangen Entwicklungsgeschichte eines Menschen. Vgl. *Petzold* 1993, 554

Kreative Gestaltungen tragen eine Botschaft in die äußere Welt, die immer etwas mit der gestaltenden Person zu tun hat. Dabei kann der kreative Akt an sich schon heilsam sein, weil er Entspannung und Entlastung fördert und eine Begegnung mit einer sinnlich erfahrbaren, überschaubaren und gestaltbaren Welt ermöglicht.

Wirklich gewinnbringend wird die kunsttherapeutische Arbeit dann, wenn wir über die Gestaltungen in weitere Kommunikationsprozesse treten. Schon die Gestaltung selbst ist nicht nur ein Ausdruck für und über die Person, die sie hervorgebracht hat, sondern beinhaltet auch eine Botschaft an Andere.

Sehen und Gesehenwerden, Hören und Gehörtwerden sind erste Annäherungen in der Interaktion bei PatientInnengruppen im therapeutischen Rahmen.

Manches Erlebte, Gestaltete ist noch nicht in Sprache zu fassen und bedarf noch anderer Medien der Übermittlung. Da gibt es eine breite Vielfalt in der Integrativen Kunst- und Kreativitätstherapie, auf die ich im praktischen Teil dieser Arbeit näher eingehen möchte.

Intermediale Quergänge zwischen den Medien transportieren etwas, was nach Ausdruck verlangt, von Medium zu Medium und verwandelt es solange, bis es bewusstseinsfähig wird, sich in Worte formen lässt. Mit den Worten beginnt die Bewusstwerdung des Erlebten und sie ermöglichen die Arbeit der Integration.

Der nächste Schritt ist die Umsetzung der gemachten Erfahrungen und die Neuorientierung im eigenen Leben. Der therapeutische Rahmen kann dann auch für Neuentwürfe genutzt werden und einen Übungs- und Experimentierraum für die PatientInnen zur Verfügung stellen, in dem sie *kokreativ*⁶ (*Iljine, Petzold*) tätig werden.

Sie können etwas ausprobieren, was sie so noch nicht gemacht haben und dieses kreative Moment kann auch andere MitpatientInnen neugierig machen und einladend wirken. Wenn sich Gruppenatmosphären aufbauen, in denen Grundqualitäten wie Neugierde auf sich selbst und andere ebenso wie Wertschätzung der eigenen Gestaltung und die der anderen gegenüber aufbauen, so beginnt für alle Anwesenden eine heilsame Erfahrung.

⁶ In der Zusammenarbeit mit *Vladimir N. Iljine*, Begründer des therapeutischen Theaters, prägte *Petzold* den Begriff der „Kokreation“.

„Leibliche Kreativität ist, das machen die Funktionen und die Ausstattung des Leibes deutlich, auf *Co-Creation* ausgerichtet. Die Sinnesvermögen wie auch das Handlungsvermögen machen es offenkundig: Menschliches Leben ist interaktiv. In jedem Akt des Denkens denkt der Mensch mit anderen Menschen, mit sozialen Gruppen und Gemeinschaften, die er verinnerlicht hat. In seinen Schöpfungen schwingen schöpferische Impulse und Ideen der anderen mit und besonders in der Schöpfung der eigenen Person, der Individuation, die *letztlich eine Verdoppelung ist*, wenn man 'bei sich überlegt', 'zu sich sagt', 'mit sich zu Rate geht' (*Heraklit*).“ *Iljine, Petzold, Sieper*, Aufzeichnungen aus den Seminaren am *Institut St. Denis* und in „*Les Quatre Pas*“, 1967 – 1970 in Paris in *Petzold, Orth* 1991, 208

2. Depression, das klinische Krankheitsbild

2.1. Psychiatrische Diagnostik

Die Wurzel des Wortes „Depression“ lässt sich aus dem lateinischen Wort „depressus“⁷ als „herabgedrückt“ erklären. Der Begriff findet ebenso in unserer Alltagssprache wie auch im klinischen Rahmen als Krankheitsbezeichnung Verwendung. Depressive Zustände meinen herabgestimmte, oft traurige und mutlose Gefühlslagen, die jeder von uns sicher schon als vorübergehende Stimmungen erfahren hat, die in der klinischen Bedeutung jedoch eine Krankheit mit vielfältigen Erscheinungsformen bezeichnet.

Im klinischen Rahmen findet der Begriff der Depression für die „affektiven Störungen“ von unterschiedlichem Ausmaß Verwendung.

Zu dieser Gruppe der affektiven Störungen zählen nach heutiger psychiatrischer Terminologie die affektiven Psychosen sowie reaktive und psychogene Depressionen.

Traditionell, in der Klassifikation ICD-9⁸, werden Depressionen nach drei ursächlichen Gesichtspunkten unterteilt: In psychogene (reaktiv/ „neurotisch“), endogene (anlagebedingt) und somatogene (organisch-körperlich bedingt) Depressionen.⁹ Psychogene Depressionen können z.B. eine Reaktion auf ein sehr belastendes Ereignis im Leben eines Menschen sein oder auch aus einer chronischen affektiven Belastung resultieren, die eine langanhaltende Erschöpfung als depressive Episode nach sich zieht.

Ebenso gehört zu dieser Gruppe die „neurotische Depression“, in der frühkindliche Entwicklungsstörungen sichtbar werden.

Bei der endogenen Depression wird eine biologische Störung im Zentralnervensystem angenommen, in der Erbfaktoren eine Rolle spielen können. Auch bei ihr ist eine zusätzliche psychogene oder somatische Auslösung möglich. Unter dieser Gruppe findet sich die depressive Episode der manisch-depressiven Psychose und auch die Depression bei schizoaffektiver Erkrankung. Die endogene Depression entspricht am ehesten dem heute nicht mehr gebräuchlichen Krankheitsbegriff der „Melancholie“.

Zu den somatogenen Depressionen gehören die organischen Erkrankungen des ZNS z. B. bei seniler Demenz oder auch als Folge eines Hirntumors.

⁷Übersetzung aus dem psychologischen Wörterbuch: Dorsch, Häcker, Stapf 1998

⁸ International Classification of Diseases, Internationale Klassifikation der WHO als Diagnoseschlüssel psychiatrischen Krankheiten in der 9. Revision, Häcker, Stapf 1998

⁹ aus dem Lehrbuch „Psychiatrie“, Möller, Laux, Deister 1996, 61

Diese ätiologische Betrachtung ist aus der Ideengeschichte der Psychiatrie erwachsen und spielt für das Verständnis und die therapeutische Behandlung psychischer Krankheiten noch bei vielen Medizinern und Therapeuten eine große Rolle, auch wenn die heutige Klassifikation sich auf die Erstellung eines Symptomkatalogs und dessen Verlauf beschränkt.

In der heutigen Diagnostik nach ICD-10 richtet sich die Einteilung nach der Häufigkeit und der zeitlichen Ausdehnung der auftretenden Symptome. Hier wird auf eine qualitative ursächliche Differenzierung verzichtet. Die „Depressive Episode“ gliedert sich in verschiedene Intensitätsgrade: die leichte, mittelschwere und schwere Episode mit und ohne psychotische Symptome.

Zu den häufigsten benannten Symptomen gehören die niedergedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Müdigkeit, Energieverlust, Schlafstörungen, verminderter Appetit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Unruhe-, Angst- und Panikzustände, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftserwartungen, Suizidgedanken, Selbstverletzungen und Suizidhandlungen, Wahnvorstellungen.

Die Symptomgruppierungen sind in Wissenschaft und Forschung für den Austausch über die Krankheit hilfreich und ein Gewinn. Auf der anderen Seite ist es wichtig und notwendig, die PatientIn in ihrem ganz subjektiven Erleben mit ihrer eigenen Leidens- und Lebensgeschichte in den diagnostischen Blick zu nehmen, um eine individuell hilfreiche therapeutische Behandlung zu gewährleisten.

Die Entstehung der Depression wird heute in den verschiedenen Kliniken multifaktoriell begründet und basiert auf dem Zusammenspiel von neurobiologischen, psychosozialen und entwicklungsbedingten Faktoren.

Die ätiologische Aufteilung in der traditionellen Sicht, wie eingangs beschrieben, besteht in dieser scharfen Abgrenzung in der aktuellen Diagnostik nicht mehr. Jedoch gibt es auch heute noch eine unterschiedliche Sichtweise der Ärzte und Therapeuten, die in der Geschichte der Psychiatrie mit den Bezeichnungen „Somatiker“ und „Psychiker“ einen Höhepunkt der Auseinandersetzung erfuhr.

2.2. Historischer Rückblick

Für das Verständnis der depressiven Erkrankung in seiner intensivsten Ausprägung unter dem herkömmlichen Begriff der „Melancholie“ eröffnet ein Blick in die Psychiatriegeschichte verschiedene Denkmodelle und Zugangsweisen.

Die heute im klinischen Rahmen der Psychiatrie und Psychosomatik als Depression diagnostizierte Krankheit wird schon im 5. Jh. v.Chr. im ältesten Teil des Corpus Hippocraticum beschrieben. (Vgl. *G. Hole* 1997, 103).

Der Begriff der „Melancholie“ baut in seinen Anfängen auf dem Erklärungsmodell der Vier-Säfte-Lehre auf: Es „bestand die Vorstellung, dass die ‘schwarze Galle’ bis

in das Gehirn aufsteigt und dort die geistig-seelische Umnachtung und Verdüsterung bewirkt.“ (*Hippokrates* 1839 -1861)

Auch im zeitlichen Verlauf des mittelalterlichen Denkens waren seelische Störungen nur in Verbindung mit körperlichen Ursachen erklärbar. „Das Interesse am göttlichen Anteil der Seele und des Geistes nötigte geradezu zu der Auffassung, dass dieser Teil des Menschen unzerstörbar sein müsse...“ (*G. Hole* 1997, 103).

Hier wird deutlich, welchen großen Einfluss der kultur- und geistesgeschichtliche Hintergrund der Zeit auf die Theorienbildungen der Entstehung psychischer Krankheiten hatte und sicher auch heute noch hat.

Die Vielfalt der Ideengeschichte in der historischen Betrachtung bei einer gewissen Symptomkonstanz der Melancholie, später auch endogene Depression genannt, beschreibt *M. Schmidt-Degenhardt* in seinem 1983 erschienenen Buch „Melancholie“. Hieraus möchte ich einige interessante Aspekte herausstellen:

Im frühen 18. Jahrhundert entstehen neuropathologische Erklärungsmodelle der Depression durch *Albrecht von Hallers* (1708 – 1777) und *William Cullen* (1710 – 1790). Denen zufolge der Begriff der „Reizbarkeit“ in die Psychiatrie eingeführt wird: „Seelische Krankheit wird als Funktionszustand erhöhter oder verminderter Reizbarkeit des Nervengewebes begriffen.“ Oder „... die Annahme einer wechselnden, unterschiedlichen Beweglichkeit des sog, Nervensaftes.... Ist diese stärker ausgeprägt, resultiert eine erhöhte Erregung, während eine geringere Beweglichkeit in der Seele einen Zustand der Traurigkeit, Furchtsamkeit und Trägheit, die Melancholie hervorruft.“ (*Schmidt-Degenhardt* 1983, 13)

Die Krankheit bleibt auch hier in ihrer erklärten Entstehung ein organisches Problem.

Erst in der Neuzeit, Anfang des 18. Jahrhunderts in der romantischen Psychiatrie, entstehen erste psychogene Konzepte für die ursächliche Erklärung der Melancholie. „*J.C.A. Heinroth*, Professor der psychischen Heilkunde an der Universität Leipzig, gilt weithin als der Repräsentant der Psychiker. Besonders seine oft als moralisierende Sündentheorie pauschal abgelehnte und geschmähte Wesenslehre der Seelenstörungen musste schon manchen seiner Zeitgenossen, erst recht aber den Protagonisten der aufkommenden naturwissenschaftlichen Medizin abenteuerlich und befremdlich scheinen.“ (*Schmidt-Degenhardt* 1983, 25)

Heinroth beschreibt die Melancholie als eine Krankheit des Fühlens und den Menschen mit seinem „Herzen“ und seinem „Gemüth“, der sich nach der Erfüllung seiner eingeborenen Bedürfnisse sehnt. Den Schlüssel der Seelenstörung sieht er in der Nichterfüllung dieser Bedürfnisse, in einer falschen Lebensführung, in einem Nichtgelingen der Übergänge in den verschiedenen Lebensphasen, die dann Reifungskrisen nach sich ziehen.

Die Aufmerksamkeit in der Behandlung richtet sich bei ihm auf die Biografie des Kranken. Gleichzeitig sieht er den Menschen als Leib-Seele-Wesen und beschreibt sehr genau, phänomenologisch-naturwissenschaftlich, körperliche und psychische Symptome, Merkmale und Verlauf der Krankheit.

In dieser und der folgenden Zeit rücken unter dem philosophischen Einfluss neuer erkenntnistheoretischer Gedanken durch Kant menschliche Eigenschaften wie Denken, Fühlen und Wollen in den Mittelpunkt des Interesses bei der Behandlung von seelischen Krankheiten.

Andere interessante Hinweise auf ein „melancholisches Wesensmerkmal“, das schon in der griechischen Antike beschrieben wird, sind in historischen Darstellungen zur Depression zu finden. So fragt zum Beispiel der Aristoteles-Schüler *Teophrast*: „Warum erweisen sich alle außergewöhnlichen Männer in Philosophie oder Politik oder Dichtung oder in den Künsten als Melancholiker?“ (in *Schmidt-Degenhardt* 1999, 47)

Die Verbindung zum Genialischen und zur Kunst wird von manch großen Geistern der Geschichte aufgezeigt. Dieser Typus erfährt fast eine Art Verherrlichung wie z. B. in dem Ausspruch des englischen Schriftstellers *Richard Steele* 1697, der die Melancholie als „die besondere Freude gebildeter und tugendhafter Menschen“ beschreibt oder mit dem bekannt gewordenen Paradox des französischen Schriftstellers *Victor Hugo* (1802 – 1885): „Die Melancholie ist das Glück traurig zu sein.“

In unserer Zeit hat *Tellenbach* 1976 diesen Persönlichkeitstyp weiter differenziert: „Dieser Typus stellt für ihn eine Persönlichkeitsvariante dar, die durch eine besondere Form von Ordentlichkeit, Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus und hoher Leistungsintensität gekennzeichnet ist. Die besondere Art von Eingeschlossenheit (Inkludenz) in diese Verfassung sowie das permanente Erleben des Zurückbleibens hinter dem hohen Selbstanspruch (Remanenz) bestimmt hierbei die eigentliche prädepressive Situation, d. h. die Neigung zur Dekompensation, also zum definitiven Hineingeraten in eine Depression als Krankheit.“ (*G. Hole* 1997, 104)

Viele solcher, gerade auch für die heutige Zeit interessanten, historischen Darstellungen der Depression oder eines melancholischen Charaktertypus lassen sich zu der Erforschung der Krankheit finden und weisen in manchen Aspekten durchaus auf neuzeitliche Sichtweisen und Deutungen hin.

2.3. Die depressive Störung aus der Sicht der Betroffenen

„Man hat die Depression schon als die ‘menschlichste aller Krankheiten’ bezeichnet, und ich denke, dies stimmt, zumindest auf diesen zentralen Punkt bezogen: dass alle menschliche Entfaltung, alles Denken, Fühlen, alles Kommunizieren, alles Schöne und Freudige sich reduziert und entleert, und dass an seine Stelle die seelische Starre oder die nackte Angst tritt.“ (*G. Hole* 1997, 102)

Um dieses Gefühl auch nur annähernd zu begreifen, um einmal inne zu halten und eigenes Betroffensein angesichts dieses tiefen seelischen Schmerzes nur für einen Augenblick zuzulassen, dafür habe ich dieses Kapitel mit Zitaten betroffener PatientInnen eingefügt:

Nach einem halben Jahr klinischer professioneller Hilfe schreibt eine 45-jährige Geschäftsfrau und Mutter von drei Kindern rückblickend auf diese Zeit:

„Alles wurde mir zuviel, meine Lebensenergie ging immer mehr zurück, mein Arbeitseifer war schon lange erschüttert, ich hatte das Gefühl, nicht mehr geliebt und getragen zu sein, ich dachte, ich bin meiner Familie und überhaupt jedem eine Last, ich sah für mich gar keine Hoffnung mehr und war niedergedrückt und innerlich leer gepumpt, ahnte jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht, dass ich schon lange krank war....Ich fühlte mich so, als wäre alles, was meinem Leben Bedeutung gegeben hatte, plötzlich weggewischt, vor mir war nur noch ein Abgrund tiefer Traurigkeit. Ich schaffte selbst die einfachsten Dinge nicht mehr (es war als hätte das Haus keine Stockwerke mehr). Meine innere Unruhe und Angst lähmten mich völlig.....Alles war DUNKEL, in mir war ein tiefer langer TUNNEL, ich wusste nicht, woher der kam, niemand konnte mich hören. Meine Hilflosigkeit wurde immer schmerzlicher...“

Da die Suizidrate bei schwerst Depressiven sehr hoch ist und, wie ich in einer Rede bei der Eröffnung des „Kompetenznetzes Depression“ im Frühjahr 2005 in der Düsseldorfer Ärztekammer hörte, in Deutschland jährlich mehr Menschen durch Suizid sterben als durch Verkehrsunfälle¹⁰, möchte ich auch Worte zu diesem Thema zitieren. Ich fand sie im Internet¹¹ unter zahlreichen Kolumnen, von einer literarisch sehr bewanderten Frau unter dem Namen *Susanne* im Juni 2003 veröffentlicht. Sie schreibt aus ihren eigenen Erfahrungen mit schweren Depressionen:

„.....In solchen Zeiten gibt es viele Tage, an denen ich aufstehe und mich nicht haben will, diesen Tag nicht haben will, diesen Kopf nicht haben mag, der unaufhörlich denkt und mich stolpern lässt durch das Labyrinth meiner Gehirnwindungen aus denen es keinen Ausweg gibt.

Was ich damit sagen möchte, ist, dass das Eigentliche, was ich nicht ertragen kann, mein Bewusstsein ist, dieses ewige Fühlen und Denken. Somit stimme ich auch mit dem Psychologen und Suizidforscher E. S. Shneidman überein, der als die wichtigsten Motive für Selbstmord folgende drei nennt:

- 1. Die Absicht des Suizids besteht in der Suche nach einer Lösung.*
- 2. Das zentrale Ziel des Suizids ist die Beendigung des Bewusstseins.*
- 3. Der Auslöser des Suizids ist ein nicht mehr zu ertragender Schmerz.*

Wonach ich mich also sehne, wenn ich an Suizid denke, ist nicht der Tod, sondern eine Pause, endlich Ruhe vor der Qual der Depression, mich endlich nicht mehr spüren müssen.“

2.4. Depressionsstationen

Die Depressionsforschung hat in den letzten drei Dekaden große Fortschritte gemacht. Es sind neue Psychopharmaka entwickelt worden, die ein deutlich günstigeres Nebenwirkungsprofil als ihre Vorgänger zeigen. Andererseits zeigt die Verlaufsforschung in aller Deutlichkeit, dass „die Depression eine häufige, eine

¹⁰Mitschrift der Verfasserin des Vortrags von Prof. Dr. med. *U. Hegerl*, Sprecher Kompetenznetz Depression, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität, München, „Warum ein Bündnis gegen Depression“ 2005 in Düsseldorf zur Auftaktveranstaltung des „Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression“. Zahlen, die er nannte: 100000 Suizidversuche jährlich in Deutschland, Aufteilung verschiedener Todesursachen jährlich in Deutschland im Vergleich: Suizid 11000, Drogen 1835, Verkehr 7100; „psychologische Autopsiestudien zeigen, dass bei 40-70% aller Suizide Depressionen zu den Hauptursachen zählte.“ *Hegerl*, Abstracts der Auftaktveranstaltung

¹¹www.kompetenznetz-depression.de, Innenansichten, *Susanne* 2004

schwere, eine rezidivierende und chronifizierende Erkrankung ist, die mit einem hohen Ausmaß an suizidaler Gefährdung einhergeht.“ (vgl. *Wolfersdorf* 1997, 94-96)

Auf psychotherapeutischer Ebene sind neben den tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Therapieansätzen spezielle Therapieformen zur Behandlung der Depression entwickelt worden, wie die „Kognitive Verhaltenstherapie“ nach *Beck* und die „Interpersonelle Psychotherapie“ nach *Klermann* und *Weissmann*.

In dieser Zeit entstanden auch erstmalig „Depressionsstationen“ im deutschsprachigen Raum, ursprünglich gegründet zur Erforschung des Störungsbildes der Depression an der Universitätsklinik in Basel (durch *Kielholz* und *Hole* 1968).

Es folgten weitere Modelle von Depressionsstationen in Deutschland wie z. B. die Depressionsstation am Zentrum für Psychiatrie in Weissenau (*Hole, Wolfersdorf, Straub* 1976). Dort blickt man heute auf fast 30 Jahre Entwicklung zurück und die Erfahrung zeigt, dass diese „Innere Differenzierung“ gerade bei dem Störungsbild der Depression große Vorzüge für die therapeutische Behandlung aufweist. Der Entwicklungsschritt in der Konzeption der Weissenauer Depressionsstation beginnend bei einem „klientenzentriert-lerntheoretischen Konzept zu einem tiefenpsychologisch-biografisch orientierten und zuletzt interaktionell-systemischen Modell“ zeugt von einer bewegten Geschichte. (vgl. *Wolfersdorf* 1997)

Inzwischen hat sich dieser Trend zur „Inneren Differenzierung“ weiter fortgesetzt und es gibt mittlerweile über 50 Depressionsstationen in Psychiatrischen Kliniken in Deutschland.

Was macht nun das Besondere in der Behandlung für die depressiv erkrankte PatientIn auf solch einer Station aus? Ist nicht auch die Frage berechtigt nach der Gefahr einer Gefühlsansteckung, dass die PatientInnen sich gegenseitig „runterziehen“?

Erfahrungen zeigen, dass oft das Gegenteil der Fall ist: Die PatientIn erfährt Entlastung, fühlt sich verstanden und nicht allein; das Verständnis ist auf Grund ähnlicher Symptome und Probleme im Alltag und mit Angehörigen leichter gegeben, ohne sich groß erklären zu müssen. Es entsteht ein Mitnahme-Effekt, die PatientInnen helfen sich gegenseitig im Wechselspiel von guten und schlechten Tagen durch die Übernahme einer aktiven oder das Annehmen einer passiven Rolle.

Sehr erschöpfte schwerst depressive PatientInnen treffen auf teilremittiert- depressiv Erkrankte, die oft aus Ihrem eigenen Erleben ein so gutes Verständnis in Form von Mitfühlen aufbringen, welches eine gut ausgebildete TherapeutIn mit all ihrer Professionalität letztlich nicht leisten kann.

So kann die Affinität zueinander leichter eine Öffnung im eigenen isolierten Dasein bewirken und Kommunikation untereinander ermöglichen.

Von Seiten des Klinikpersonals wird eine hohe Beziehungsdichte zur PatientIn angestrebt, die sich besonders in der Eingangsphase durch eine große Empathie, Fürsorge und ein „Stellvertretendes Hoffnung geben“ auszeichnet. In der eigentlichen Therapiephase steht die Aktivierung, positive Verstärkung und ein stärker strukturiertes Beziehungsangebot im Vordergrund. Dazu kommt in der Entlassungsphase zunehmend die Orientierung nach außen und gemeinsame Überlegun-

gen und gegebenenfalls das Einüben neuer Verhaltensweisen zur Rezidivprophylaxe.

2.5. Die neurowissenschaftliche Perspektive der Depression

Dem was noch im Corpus Hippocraticum die vermutete „schwarze Galle“ war, die in das Gehirn aufsteigt, später, vor fast 250 Jahren, die Beweglichkeit des „Nervensaftes“ die Depression erklärbar machte, steht heute eine rasante Entwicklung der Neurowissenschaften gegenüber. Unter der Bezeichnung der „Dekade des Gehirns“ (Grawe 2004, 16) entstehen in den letzten Jahren interessante neue Erkenntnisse über das Funktionieren unseres Gehirns.

Grawe hat in seinem 2004 erschienenen Buch „Neuropsychotherapie“, die für die Psychotherapie wichtigsten Erkenntnisse, zusammengestellt.

Darin werden die neuesten Forschungsergebnisse von Untersuchungen in Form von bildgebenden Verfahren, die das Gehirn mit seinen verschiedenen Arealen und Funktionsweisen darstellen und beschreiben, erklärt und auch für das Krankheitsverständnis und die psychotherapeutische Behandlung gedeutet.

Er stützt sich u. a. auf Untersuchungen von *Richard Davidson* (2000), Psychologe an der University of Wisconsin, der eine lange Serie von Forschungsergebnissen zum „Affective Style“ vorlegte.

Auf Grund dieser und anderer Ergebnisse wird deutlich, dass die folgenden Hirnregionen maßgeblichen Veränderungen bei Depressionen ausgesetzt sind: Der Präfrontale Cortex PFC, der Anteriore Cingularcortex, der Hippocampus und die Amygdala (vgl. Grawe 2004, 144).

Jede dieser Regionen korreliert mit verschiedenen Wahrnehmungs-, Denk-, Fühl- und Handlungsweisen.

Am Beispiel des Präfrontalen Cortex (PFC) möchte ich gern erläuternd zusammenfassen, was mit diesem „Korrelat“ gemeint ist.

Auf die Hirnregion des PFC wurde ich schon durch einen Vortrag von *Schnitzler* zu dem Thema „das Gehirn und seine Kreativität“¹² aufmerksam. Die Bezeichnung des PFC als maßgeblichen „Dirigenten“, der eine „Taktgebung“ über die verschiedenen Funktionsgebiete des Gehirns (mit seinen geschätzten 100 Milliarden Neuronen¹³ und den bis zu 10000 Synapsen pro Neuron) ausübt, hat mich schon zu dieser Zeit sehr beeindruckt.

Ebenso wie der Schlusssatz des Vortrags: „Kreative Prozesse sind Ausdruck einer Orchestrierung verschiedener Hirnstrukturen durch den PFC als Dirigenten, der dadurch ein wichtiges Zielgebiet therapeutischer Interventionen darstellt.“

¹² Mitschrift der Verfasserin der Rede von *Dr. A. Schnitzler* aus dem mündlichen Vortrag seiner Frau beim Symposium für Integrative Kunstpsychotherapie im Jahr 2003 am Fritz Perls Institut, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit

¹³ 100 Milliarden als annähernd geschätzte Zahl der Neuronen in einem menschlichen Gehirn fand ich bei Grawe 2004 S. 45. Schätzungen in anderen Schriften und Vorträgen belaufen sich auf 10 Milliarden Neuronen *Petzold* 2003, 20 Milliarden Neuronen *Schnitzler* 2003

Dieser Teil des Gehirns umfasst 29% der Gehirnmasse und mit ihm unterscheiden wir uns durch das Volumen am meisten im Vergleich zu den Säugetieren. Erstmals in seiner Bedeutung und Funktion fand der PFC durch den Krankheitsfall des Eisenbahntechnikers Phineas Gage, der im Jahr 1848 einen Unfall erlitt, bei dem ihm durch Sprengungsarbeiten eine Eisenstange durch den Kopf schoss und den PFC verletzte, Beachtung. Jede einzelne Funktion seines Gehirns, eingeschlossen die Intelligenz, war bei ihm erhalten, nur die Gesamtpersönlichkeit und sein soziales Verhalten änderten sich grundlegend. (*Schnitzler 2003*)

„Im PFC spielt sich viel von dem ab, was unsere Persönlichkeit ausmacht. Dazu gehören insbesondere die Ziele und Werte, an denen wir unser Verhalten orientieren. Es kann inzwischen als gut gesichert angesehen werden, dass die beiden Hälften des PFC dabei auf unterschiedliche Funktionen spezialisiert sind. Der linke PFC 'beherbergt' positive Ziele und generiert positive Emotionen, der rechte Vermeidungsziele und negative Emotionen.“ (*Grawe 2004, 146*)

Grawes Vorstellungen beruhen auf einem Menschenverständnis, in dem er davon ausgeht, dass Menschen in ihrem Verhalten auf Grund ihrer Wünsche, Bedürfnisse und Erfahrungen, ständig zwischen Annäherung und Vermeidung wählen. Nicht immer sind es bewusste Entscheidungen, sondern auch nicht bewusste, automatisierte, neuronal gut gebahnte Ereignisketten, die durch soziale Erfahrungen in der Vergangenheit im Zusammenspiel mit der genetischen Veranlagung die Persönlichkeit heute bestimmen.

In der Größenentwicklung der beiden Hälften des PFC sind ebenso genetische Unterschiede feststellbar, sowie auch Veränderungen in der Lebens- und Krankheitsgeschichte des einzelnen Menschen.

Die neuesten Untersuchungen weisen darauf hin, dass im Krankheitsverlauf der Depression, die rechte Seite des PFC sich mit der Schwere der Krankheit vergrößert, während die linke Seite eine Verringerung der Neuronenzahl, ihrer Dichte und Größe aufzeigt

Grawes Zukunftsvision war die bildlich organische Nachweisbarkeit psychotherapeutischer Interventionen, die z. B. die plastische Veränderung in der Seitendominanz des PFC während der Gesundung der PatientIn anzeigt.

In der Gestaltung der psychotherapeutischen Arbeit ging es ihm vornehmlich darum, die depressive PatientIn zu motivieren, sich wieder ihren Annäherungszielen zuzuwenden, diese überhaupt erst wieder für die eigene Zielsetzung zu mobilisieren, und das ist nur möglich, indem die Therapie darauf ausgerichtet ist, alles dafür zu tun, die PatientIn positive Wahrnehmungen von sich, ihrer Umgebung und insbesondere in der Beziehungsgestaltung der therapeutischen Situation machen zu lassen. Darauf konzentrierten sich seine letzten Untersuchungen psychotherapeutischer Angebote. Denn „...der eigentliche Motor der therapeutischen Veränderung sind immer die Motive des Patienten.“ (*Grawe 2004, 336*) Dieser Satz unterstreicht die Wichtigkeit, die PatientIn mit einzubeziehen in die Erklärung der Funktionsweise des Gehirns im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung, weil sie durch die vorhandenen Strukturen gar nicht anders kann, als zu Grübeln und alles

negativ zu sehen. Eine andere Wahrnehmungsart muss erst wieder gebahnt werden und das braucht Zeit, denn die Synapsen zwischen den Neuronen werden erst stärker, indem sie immer wieder aktiviert werden, ebenso wie das dopaminerge System.¹⁴, ohne das langfristiges Lernen gar nicht stattfinden kann.

Die Frage stellt sich hier ganz besonders für die Intermediale Kunsttherapie, die ein reiches Repertoire für solche Erfahrungen gerade auf der körperlich sinnlichen Ebene ebenso wie in der Reflektion und der bewussten Orientierung und Gestaltung in Wahrnehmungs- und Handlungsprozessen in einer unbegrenzten Vielfalt bereitstellen kann.

Die Fokussierung auf die Problemgeschichte der PatientIn, was sie letztlich daran hindert, positive Wahrnehmungen im Hinblick auf ihre motivationalen Ziele zu machen, kann nur in einem entsprechenden Rahmen erfolgen, indem sie sich angenommen und geborgen fühlt und in dem sie ständig positive Verstärkung erfährt.

Es geht darum, dem besonders gut neuronal etablierten Vermeidungssystem der depressiven PatientIn etwas gegenüber zu stellen, das eine andere Gewichtung im Annährungs- und Vermeidungsverhalten einleitet und durch Wiederholung die synaptischen Übertragungsbereitschaften zwischen den Neuronen anregt und ausbaut. Diese neu gebahnten neuronalen Wege sind Zeugnisse, erste Schritte auf „kortikalen Landkarten“ (Petzold 2003, 1053) hin zu positiven Erfahrungen und ermöglichen überhaupt erst den Aufbau von gesünderen Strukturen im Gehirn *und* im Alltagsleben der PatientIn.

2.6. Die Perspektive der Integrativen Therapie: Der *Informierte Leib*¹⁵

Die Wege, die sich aus der biologischen Perspektive der Neurowissenschaften, in Form von synaptischen Verbindungen im Gehirn eines Menschen durch äußere Reize und deren innere Verarbeitung aufbauen, entsprechen aus der psychosozialen Sicht der Integrativen Therapie „*komplexen persönlichen Repräsentationen*“¹⁶ (Petzold).

¹⁴ Dopamin wirkt als Übertragungssubstanz (Neurotransmitter) zwischen den Nervenzellen (Neuronen). „Dopaminerge nervöse Systeme haben nach Auffassung zahlreicher Autoren grundsätzliche Bedeutung für Motorik, für kognitive Prozesse, Aktivierung und Emotionalität (bes. positiver Valenz).“ W. Janke in Dorsch 1998, 194

¹⁵ „Leib, eingebettet (*embedded*) in Kontext/Kontinuum, wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. *Narrative*/Stile in ihrer aktuellen, intentionalen (d.h. bewussten und subliminal-unbewussten) Relationalität mit dem Umfeld und dem verleblichten (*embodied*), als differentielle Information mnestisch archivierten Niederschlag der *Narrationen*/Inszenierungen dieser Schemata, welche in ihrem Zusammenwirken als „informierter Leib“ das personale ‘Leibsubjekt’ als *Synergem* konstituieren.“ (Petzold 2003, 1066)

¹⁶ „Komplexe persönliche Repräsentationen“ sind die für einen Menschen charakteristischen Bilder und Aufzeichnungen über die Welt, die er im Laufe seiner Sozialisation erworben hat. „Es handelt sich um die ‘subjektiven Theorien’ mit ihren kognitiven, emotionalen und volitiven Aspekten“, die sich in der gesamten Lebensspanne durch Lernprozesse verändern und das eigenen Wissen über das Leben ausmachen, vgl. Petzold 2003, 1053

Der Mensch befindet sich in ständiger *leibhaftiger* Entwicklung in und mit seiner sozialen und ökologischen Lebenswelt. Er verarbeitet seine ihn umgebende Welt in seinen nahen sozialen Bezügen ebenso wie den kulturellen und ökologischen Lebensraum zu *intramentalen Wirklichkeiten*, die sich in Form von Hologrammen repräsentieren. Und das ist nicht nur Teil des Bewusstseins, sondern in den Körper eingeschrieben, „in - Formen“ gebrachtes Leibwissen in der bisher durchlebten Lebenszeit.

Der *Informierte Leib* kann zum Beispiel gespeicherte Erinnerungen, die über unterschiedliche Sinnesmodalitäten in der gegenwärtigen Zeit berührt werden, freigeben: Das Riechen eines Duftes kann eine ganze Szenenfolge, in der dieser präsent war, in Form von Bildern, Erinnerungsfetzen, Fragmenten der damaligen Atmosphäre, vor dem geistigen Auge erstehen lassen. Das zeigt, dass mentale und körperliche Prozesse eng miteinander vernetzt und verbunden sind, was in neueren Arbeiten in der Kognitions- und Bewusstseinsforschung unter dem Begriff „*embodied mind*“ thematisiert wird. (Petzold 2003, 1091)

Und dieser Weg läuft nicht nur in die eine Richtung: „*bottom up*“, von der erlebten Sinnesempfindung hin zu einem mentalen Prozess, sondern auch „*top down*“, d. h. ein Gedanke an ein Ereignis kann unmittelbare körperliche Empfindungen nach sich ziehen. Allein die mentale Vorstellung, um ein einfaches Beispiel zu nennen, in eine Zitrone zu beißen, kann einen vermehrten Speichelfluss anregen und die Mimik im Gesicht eines Menschen verändern.

Diese, in beide Richtungen verlaufenden Prozesse, werden unter dem Begriff: „*movement produced information*“ (Warren 1988) zusammengefasst. In der Integrativen Kunsttherapie gehört dieses Wissen zu den Grundlagen, mit denen wir arbeiten, die ganz gezielt methodisch genutzt werden können, wie wir im praktischen Teil dieser Arbeit erfahren werden.

Der *Informierte Leib*, trägt nicht nur das wahrgenommene, erlebte und verarbeitete Wissen über seinen sozio-ökologischen Lebensraum mit sich, sondern ist gleichzeitig in diese Lebenswelt eingebettet, „*embedded*“ (Petzold) und wirkt auf diese auch gestaltend zurück.

In den Schriften von *Merleau-Ponty* wird dieser leibphilosophische und phänomenologische Denkansatz deutlich: „Der *Leib* ist für uns viel mehr als ein Instrument oder Hilfsmittel: Er ist unser Ausdruck in der Welt, die sichtbare Gestalt unserer Intentionen. Selbst die unscheinbarsten affektiven, d. h. die fest an die Infrastruktur der Stimmungen gebundenen Bewegungen tragen dazu bei, unsere Wahrnehmung der Dinge zu gestalten.“ (Merleau-Ponty 2003, 1951/52, 102)

Diese Aussage unterstreicht das unmittelbare Ineinandergreifen von Wahrnehmung und Ausdruck, beides ist ineinander verschränkt, so wie unser Leib die „Schnittstelle“ zwischen Außen- und Innenwelt ist, Wahrnehmung und Ausdruck letztendlich nicht voneinander zu trennen sind, sondern sich gegenseitig bedingen. So kann der Mensch durch seinen Leib mit seinen Augen die Welt sehen, gehört aber gleichzeitig dieser sichtbaren Welt an.

Wir können unseren Körper berühren und gleichzeitig nehmen wir die Berührung in der Hand *und* in der berührten Körperstelle wahr.

Wir können die äußere Welt ergreifen, uns ihr zuwenden und werden gleichzeitig von ihr ergriffen, sind nicht getrennt von ihr, sondern ein Teil ihrer natürlichen Erscheinungen, des lebendigen Ganzen.

Diese eigentliche Tatsache des „Eingebettetseins“ ist der depressiven PatientIn weder bewusst noch kann sie es fühlen. In diesem Krankheitsbild geht genau diese doppelte Schau der Eigenwahrnehmung verloren. Es ist, als ob die depressive PatientIn sich nur mehr von außen sehen könnte, aus sich selbst herausfällt, sich nicht mehr als Teil der lebendigen Welt empfinden kann. Der *Leib* mit all seinen Funktionen (*perzeptiv, memorativ, expressiv und reflexiv*)¹⁷ zieht sich aus der erfahrbaren Welt zurück, die äußeren Stimuli reduzieren sich. Der *Leib* lässt nur noch in sehr geringerem Umfang Informationen als neue Erfahrungen in das eigene Gedächtnis ein. Bewusstseinsinhalte, Wahrnehmungsprozesse, Erinnerungen und Zukunftsplanungen verlieren an Beweglichkeit.

Die Aufgabe der kunsttherapeutischen Arbeit wäre hier, nach *leiblichen* Zugängen und „Durchlässen“ zu forschen, um dem depressiv erkrankten Menschen Informationen über „sich selbst in der Welt“ zukommen zu lassen. Damit sind *alle* Zugänge gefragt, über körperlich-sinnliche Modalitäten der Wahrnehmung und des Ausdrucks, ebenso wie über Erinnerungen an lebendig erlebte oder auch aus dem Bewusstsein verdrängte Lebensereignisse. Nicht zu vergessen die Vorstellungswelt in Form von Imaginationen und Antizipationen als ein möglicher Zugang der erfahrbaren eigenen Lebendigkeit.

Schauen wir in die Krankheitsgeschichte manch einer PatientIn, so wird deutlich: „Der depressive *Leib* ist niedergedrückt worden in einer Geschichte von Bedrückungen oder Unterdrückungen, der verängstigte Leib ist bedroht und eingeschüchtert worden...“ (Orth 1994a, 7)

Die *Leib*philosophen, insbesondere Foucault wiesen auf die Verdinglichung und Entfremdung des Menschen in der Welt hin. Der *Leib* des Menschen bezeichnet den „ultimativen Ort der Gewalt“ und ist nicht nur persönlichen sondern auch immer gesellschaftlichen kulturellen Bedingungen und politischen Machtverhältnissen ausgesetzt. (Foucault 1978 in Schuch 2000, 164)

2.7. Komplexes Lernen in der menschlichen Evolution

Unsere heutige Welt in den hochentwickelten Industrieländern ist gekennzeichnet durch fortlaufende technische Erneuerungen und Wissensgewinn in immer komplexeren Ausmaßen. Eine Informationsvielfalt, vermittelt über technische, visuelle und auditive Medien, die schon den Kindern in immer jüngeren Jahren zur Verfügung stehen und vielen alten Menschen derzeit unverständlich bleiben.

Das „Navigieren in diesem Weltmeer der Komplexität“ (*Petzold*) wird für das menschliche Individuum immer schwieriger.

¹⁷ siehe Kap. 1.1.

Im Gegensatz zu diesen schnellen kurzlebigen Veränderungen und neuen Erkenntnissen steht eine dagegen unermesslich lange Zeitspanne der menschlichen Evolution.

Schauen wir einmal zurück in die Entstehungsgeschichte des Menschen, so zeigen uns heutige Knochenfunde, dass in den vergangenen fünf Millionen Jahren regelmäßig neue Hominidenarten auftraten und wieder verschwanden. Der *Homo sapiens*, unser anatomische Vorfahre, trat vermutlich erstmalig vor 150000-200000 Jahren in Afrika auf. Nach Europa drang er erst vor 40000 Jahren vor und nur 10000 Jahre später verschwanden die vorher bei uns angesiedelten Neandertaler. (vgl. *Tattersaal* 2002)

Was brachte dieser Typ Mensch mit, weshalb überlebte nur diese Art in der menschlichen Evolution?

Diese Menschen fertigten nicht nur Werkzeuge aus Stein, Knochen und Geweihen, sondern es entstanden zu dieser frühen Zeit in Europa schon komplexe Höhlenzeichnungen.

Diese Wandbilder sind erste Zeugnisse von einer symbolisch-erzählenden Darstellung des Erlebens der damaligen Menschen. Innere Bilder, die in ihnen präsent waren, von der Landschaft, den Tieren und ihren Mitmenschen, fließen förmlich durch ihre Hände auf die Höhlenwand. Diese Bilder müssen in den damaligen Menschen eine große Leuchtkraft und körperliche Präsenz gehabt haben, dass es Ihnen möglich war, sie im Dunkel der Höhle an die Wand zu malen. Denn diese erste große Höhlenkunst fand noch vor einem kontrollierten Feuergebrauch durch den Menschen statt. Die Fülle von Wahrgenommenem verdichtet sich dort im Ausdruck zu einer symbolischen Gestalt, die uns etwas aus dem Leben der damaligen Menschheit erzählt. (vgl. *Petzold* 2003).¹⁸

Als Jäger und Sammler war der Mensch immer auf die Gemeinschaft, in der er lebte, angewiesen. Die Kommunikation fand in der Gruppe statt und der Austausch lief zwischen deren Mitgliedern über Gestik, Mimik, Laute und Blicke hin und her. Wie die Entwicklung einer differenzierten Sprache voranschritt, ist für die Wissenschaft bisher nicht vollständig erklärbar. Der moderne Stimmapparat war schon lange, bevor der Beginn der Entwicklung der Sprache zeitlich vermutet wird, ausgebildet. (vgl. *Tattersaal* 2002)

Heute ist die Sprache Grundlage unseres Denkens und Kommunizierens über unsere Wahrnehmungen und Empfindungen. Kreative Prozesse und komplexes Lernen entstehen durch innere mentale Welten und unsere Auseinandersetzung mit unseren Mitmenschen und der uns umgebenden Welt.

Neuere Forschungsergebnisse machen zwischenmenschliche Kommunikation, Lernen und Wissensvermittlung in der Gemeinschaft neurologisch erklärbar.

Eine interessante Beobachtung möchte ich in diesem Abschnitt gern herausstellen: *Rizzolatti* und *Gallese* entdeckten 2001 *Spiegelneurone* im Gehirn von Affen und

¹⁸ Ausschnitte aus der Mitschrift der Verfasserin des Vortrags von *Petzold* zum deutschen Symposium für Integrative Kunstpsychotherapie 2003: „Mentale Welten – zur Evolutionsbiologie mentaler Prozesse“

Menschen als neuronale Grundlage von Synchronisierungsprozessen im Verhalten. „Vom Subjekt selbst ausgeführte Handlungen und von ihm bei Anderen beobachtete Handlungen gleicher Art führen jeweils zu den gleichen neuronalen Aktivationsmustern, zu einem Lernen auf der neuronalen Ebene.“ (Petzold 2002, 24)

Diese Entdeckung macht mitmenschliche Verhaltensweisen wie zum Beispiel Imitationslernen, Empathie oder ansteckende Gruppenatmosphären verstehbar. Synchronisationsleistungen machen nicht nur menschliches Lernen und Verhalten in einer menschlichen Lebensspanne erklärbar, sondern aus dieser Perspektive erscheint die Evolution des Menschen in einer erweiterten biopsychosozialen Dimension.

Eine Frage scheint mir in diesem Zusammenhang besonders interessant: Welche Aspekte in der menschlichen Evolutionsforschung sind für die Psychotherapie und Kunsttherapie von besonderer Wichtigkeit?

Ist die Auseinandersetzung mit der menschlichen Geschichte im Rahmen der gesamten Evolution für die Ausbildung eines Psychotherapeuten nicht ebenso lehrreich, wie die Aufarbeitung der eigenen Biografie in der Lehranalyse? (Petzold 2003).¹⁹

Wie weit schauen wir eigentlich zurück und wie groß ist der überlieferte Wissensschatz unserer so lang andauernden menschlichen Geschichte und wo liegt er versteckt?

Unsere schnelllebige, komplexe, wachstumsorientierte und leistungsbezogene Gesellschaft schränkt unseren Blick auf die Natur, die Geschichte und die Zukunft des Menschen in seinem lebendigen Lebensraum sehr ein.

Hier beginnt meine Suche nach gesunden, der menschlichen Natur gemäßen Lebensweise mit der Achtung und Wertschätzung von allem Lebendigen aus unserer gemeinsamen Welt. Mein Anliegen ist nicht, die Augen vor dem technischen Fortschritt zu verschließen, zugunsten einer „Zurück zur Natur - Ideologie.“ Sondern mir stellt sich die Frage, ob durch den Zuwachs und Zugriff auf eine Informationsvielfalt, wie sie uns heute z. B. durch das Internet und Fernsehen zur Verfügung stehen, unser *Leib* als unmittelbare, ganzheitliche, alle Sinne einbeziehende Informationsquelle verkümmert? Denn er ist mit allen Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten in der Evolution gewachsen und auf die äußere Welt gerichtet.

Welche besonderen Fähigkeiten unseres leiblichen Vermögens haben unser Überleben gesichert und sind für unsere Gesunderhaltung von großer Wichtigkeit?

Diese Fragen begleiteten mich in meiner praktischen Arbeit mit den PatientInnen auf der Depressionsstation der Akutpsychiatrie, auf die ich in den nächsten Kapiteln eingehen möchte.

2.8. Die Genderperspektive

In meinen Ausführungen wähle ich die nicht Dudengemäße Schreibweise, die mit einem Wort jeweils beide Geschlechter mit einbezieht, wie z.B. „TeilnehmerInnen“

¹⁹ Fragestellung aus Petzolds Vortrag, siehe Anmerkung 18

oder „PatientInnen“. Zum einen umgehe ich damit komplizierte Satzkonstruktionen, in denen ich immer beide Formen der Geschlechteransprache ausschreibe und zum anderen ist es schon ein Hinweis auf die hohe Beteiligung der Frauen an der Krankheit der Depression.

In Bezug auf die Leser dieser Arbeit und den erwähnten verschiedenen Berufsgruppen und Menschen ist es nicht meine Absicht, das männliche Geschlecht auszuschließen und ich hoffe, sie fühlen sich in dieser vereinfachten Endungsform in allen Textabschnitten und Ausführungen mit einbezogen.

Die Geschlechterverteilung wird in der psychiatrischen Literatur bezogen auf die unipolaren affektiven Störungen mit einem Verhältnis von 2:1 der Frauen gegenüber den Männern angegeben. (vgl. *Möller, Laux, Deister* 1996, 63)

Nach einer Studie der Weissenauer Depressionsstation von 1976 – 1980 bei 700 aufgenommenen PatientInnen entsprach das Verhältnis im klinischen Bereich 4:1 (*Wolfersdorf* 1981, 228). Der Unterschied in diesen Angaben könnte darauf hinweisen, dass Frauen eher bereit sind, sich in eine klinische Behandlung zu begeben.

Die Geschlechterverteilung auf der Depressionsstation des Florence-Nightingale-Krankenhauses entsprach im dokumentierten Jahr der Intermedialen Kreativtherapiegruppe einem durchaus ähnlichen Verhältnis wie dem in der Weissenauer Studie: In einer Gruppe von 8 PatientInnen befanden sich im Durchschnitt auf das Jahr verteilt 2 Männer. Zwischendurch hatte ich auch über einen mehrwöchigen Zeitraum eine männerdominante Gruppe und leitete ebenso im dokumentierten Jahr reine Frauengruppen.

Meine Aufmerksamkeit in der kunsttherapeutischen Begleitung gilt in dieser Arbeit nicht den Geschlechtsunterschieden in Diagnose und Therapie der depressiven Störung, auch wenn dabei sicher interessante Aspekte herausgearbeitet werden können.

Wie jede psychische und psychosomatische Krankheit auch, ist die depressive Störung auf dem Hintergrund unserer Kulturgeschichte mit den unterschiedlichen Geschlechterrollen und den genetischen und biologischen Anlagen zu sehen.

Eine Perspektive bilden Erklärungsversuche depressiver Zustände durch biologischen Modelle. So ist z.B. bekannt, dass die Depression oft Perioden natürlicher Veränderungen des weiblichen Organismus begleitet, wie die Tage vor der Menstruation, die Zeit nach einer Geburt und die Wechseljahre. Das sind Merkmale, die offensichtlich auf genderspezifische Unterschiede im Krankheitsaufkommen und Verlauf hinweisen.

Psychologische und sozioökologische Perspektiven in der Genderfrage bezogen auf die depressive Störung wären meines Erachtens unbedingt einer eigenen thematischen Ausarbeitung wert.

Verschiedene Stile zu denken und zu handeln resultieren sicher nicht nur aus den biologischen Unterschieden, sondern sind Rollen, die sich in der sozialen Geschichte und der Evolution der Menschheit eingeschrieben haben.

„Männer fanden und erfanden, Frauen hingegen bewahrten das Gefundene, wurden Hüterinnen von Traditionen, zentrierten sich auf den *Nahraum*, in dem und für

den sie Wissen schufen und Wissensstände weitergaben, Wissen, das weniger extravertiert und offensiv war als Männerwissen (*Baron-Cohen 2003*).“ (in *Petzold/Orth 2005*). Männer dagegen waren bis „in die jüngste Vergangenheit und Gegenwart die großen Entdecker, Forscher, Künstler, Denker“, „die mit hoher Motivation auch in den *Welten des Geistes navigierten* und mit *Vorwärtsstrategien* auch auf den Meeren des Nicht-Wissens Entdeckungsreisen unternahmen.“ (*Petzold/Orth 2005, 739*)

Diese Wesensunterschiede und die in der Geschichte gewachsenen Rollenzuschreibungen finde ich bezogen auf die depressive Störung überaus bedenkenswert. Ob die Expressivität und der Forschungsdrang der Männer vielleicht sogar in gewisser Hinsicht depressiven Gemütszuständen entgegenwirken und weibliche Rollen der „Bewahrerin“ und „Hüterin“ solche Zustände begünstigen können, möchte ich als Frage so hier stehen lassen. In meiner therapeutischen Arbeit sehe ich mich als Begleiterin von neuen Wegen, die gewachsene soziale Muster durchaus in Frage zu stellen vermag, zu Gunsten der Wünsche und Entdeckungen in der Erforschung des eigenen Lebensweges der PatientInnen, sowohl der Männer als auch der Frauen.

In den folgenden Ausführungen, die meine kunsttherapeutische Arbeit beschreiben, widme ich meine Aufmerksamkeit den verschiedenen Lebenswegen und den gegenwärtigen Standorten in der Begegnung mit Männern und Frauen und ihren individuellen Themen, die sie bereit sind in die Gruppentherapie einzubringen.

3. Der Weg

Ein wichtiges Ziel und Hauptanliegen der Integrativen Therapie ist die Begleitung der PatientIn in ihrer „Wegnahme“ durch die TherapeutIn (*Petzold, Orth 2005, 692*). Depressiv erkrankte Menschen sehnen sich danach, Unterstützung zu erfahren, an die Hand genommen zu werden, um ihren eigenen Weg wiederzufinden.

Sie fühlen sich verloren in Raum und Zeit, sind auf der Strecke stehen geblieben oder haben sich verirrt und bedürfen der emotionalen und wertschätzenden Annahme durch eine wohlwollende BegleiterIn. In der Krankheit der Depression befinden sich die Menschen auf nicht mehr überschaubarem Gelände und bedürfen einer kompetenten Führung, um aus diesem Labyrinth ihrer eigenen negativen Gedankenmuster aussteigen zu können. Doch ist es für Viele in diesem Zustand des Zurückgezogeneins nicht leicht, sich anzuvertrauen, die entgegengestreckte Hand anzunehmen. Als Integrative Therapeutin mit all meinen Kompetenzen und Performanzen, mit Empathie und Intuition beginne ich schon im ersten Kontakt mit der Skizze eines Entwurfs der gemeinsamen Wegstrecke. Mein diagnostischer Blick ist im Prozess der therapeutischen Begleitung laufenden Veränderungen und Erweiterungen ausgesetzt. Meine Angebote in der Beziehung zur PatientIn richten sich nach den Phänomenen, die ich wahrnehme und gemeinsam mit ihr erforsche. Kreative Medien eignen sich besonders gut für diese Art der prozessualen Diagnostik.

Als Leibtherapeutin ist mein Blick geschult für die Wahrnehmung der körperlichen Haltungen im Raum und Ausdrucksweisen in Gestik, Mimik und Sprache, die unmittelbar einen Eindruck in mir hinterlassen. Die hohe Kunst der Psychotherapie ist die Gratwanderung zwischen emotionaler Anteilnahme einerseits und beobachtender Wahrnehmung und Reflektion andererseits. Diese bezieht sich auf das Gegenüber, die eigene leibliche Resonanz und die gemeinsame Wegstrecke.

Wesentlich in der Wegnahme der PatientIn und Wegbegleitung durch die Therapeutin ist die zeitliche Dimension, denn auf einem beschrittenen Weg können die Weggefährten zurückblicken, sich auf der Strecke an einem Punkt verorten und soweit es für die Wegnahme an diesem Punkt Sinn macht, nach vorne schauen.

Dies ist *eine* Dimension, die für die Gesundung der PatientIn eine Rolle spielt, eine andere ist der Raum, die ökologische Lebenswelt, die Wahrnehmung und Gestaltung des eigenen Lebensraumes im Alltag, in der Wohnung, in dem örtlich und kulturell bedingten Umfeld und auch die eigene Akzeptanz der gegenwärtigen klinischen Unterbringung.

Zeit und Raum bilden die Basis, auf der sich das menschliche Leben entwickelt.

Am Wichtigsten aber für die persönliche Entwicklung waren die Menschen, die die PatientIn auf ihrem Weg begleiteten und für ihre Heilung sind es die, die zur Zeit gemeinsam mit ihr Strecken gehen und entwerfen.

Die ersten Bindungen und Beziehungen dienten dem heranreifenden Menschen als Spiegel und Modell, durch die er geprägt wurde mit allen gesunden und auch krankmachenden Faktoren. Nicht immer sind solche erlernte Strukturen des Denkens, Fühlens, Handelns und Wollens heute bewusst oder frei gewählt.

Manche Verhaltensmuster entstanden im Miteinander mit den Bezugspersonen und laufen heute automatisch, nicht bewusst, oft unreflektiert ab. Es ist ihnen „in Fleisch und Blut übergegangen.“

Depressiv Erkrankte sind oft in frühen Jahren bindungsgeschädigt und erleiden heute Schwierigkeiten in der Gestaltung ihrer Beziehungen (vgl. *Grawe* 2004). Für diese Menschen ist es besonders schwer, die eigenen Wünsche wahrzunehmen und sie mit und ohne Hilfe ihrer Weggefährten zu realisieren.

Um sie auf ihrem Weg in der Klinik begleiten zu können ist es wichtig, wahrzunehmen, wo dieser Mensch auf dem eigenen Lebensweg steht, was liegt hinter ihm und was umgibt ihn in seinem eigenen Lebensraum? Was genau nimmt diese Person um sich herum wahr und welche Fähigkeiten hat sie, uns ihre Art der Wahrnehmung zu vermitteln?

Um Antwort auf diese Fragen zu erhalten, um die PatientIn letztendlich genau da abzuholen, wo sie steht, liegt es an mir als Therapeutin ihr entsprechende Angebote zu machen, die sie ermutigen, etwas von sich zu zeigen.

3.1. Beobachtungen und erste Schritte in der Klinik

Im ersten Jahr meiner Anstellung als Kreativtherapeutin in der Akutpsychiatrie beobachtete ich insbesondere die Themenwahl der PatientInnen.

Der große helle Arbeitsraum in der Kreativtherapie ist mit vielfältigen künstlerischen Gestaltungsmaterialien ausgestattet. In den Gruppenstunden lasse ich die TeilnehmerInnen vorzugsweise ihr Gestaltungsmaterial frei wählen. Da es eine offene Gruppe ist, in die alle PatientInnen der Station nach ihrer Ankunft eingeteilt werden, gibt es oft bereits erfahrene TeilnehmerInnen, die sich schon beim Betreten des Raumes auf ihre Arbeit freuen. Nach einer Eingangsrunde werden die unterschiedlichsten Materialien ausgepackt und in kreativen Prozessen bearbeitet. Eine solche, in der Gruppe gewachsene, Atmosphäre macht es mir als Leiterin und den Neuankömmlingen leicht, die Materialien, Arbeitsweisen und die aktiv Schaffenden auf sich wirken zu lassen. Dabei versuche ich, dem allgegenwärtigen Leistungsdruck entgegen zu wirken, indem ich gerade den neuen TeilnehmerInnen versichere, dass Sie hier nichts machen *müssen* und sie die Erfahrung machen dürfen, Zeit zu haben für ihre eigene Wahl.

Mit denen, die sich verunsichert fühlen und doch dazu neigen, zu schnell zuviel von sich zu erwarten, versuche ich durch ein Gespräch einen ersten Kontakt herzustellen. In diesem kommen mir Ideen zu Materialien und Arbeitsweisen in den Sinn, die zu der Fragestellung, den Emotionen und Wünschen passen könnten. Wenn meine Hilfe gewünscht ist, breite ich die Ideen in Form von Arbeitsvorschlägen vor ihnen aus. Dies können ganz einfache übungszentrierte oder erlebnisaktivierende Gestaltungen mit einem Material sein oder auch diagnostische kunsttherapeutische Aufgabenstellungen, die eine bestimmte Frage oder einen Konflikt bearbeiten. Ich überlasse es der PatientIn, meine Anregungen aufzugreifen, manchmal sind sie auch Auslöser für sie, etwas ganz Anderes zu tun.

Mit dem Beginn meiner kunsttherapeutischen Arbeit in der Klinik trafen sich die verschiedenen Berufsgruppen unseres Stationsteams und anderen interessierten TherapeutInnen in einer Arbeitsgruppe für die geplante Spezialisierung unserer Station als Depressionsstation. Es wurden Informationen gesammelt und weitergegeben, gleichzeitig entstanden erste Entwürfe und Ideen für spezialisierte Angebote.

Mein Interesse war schnell geweckt und ich begann mit einer Kollegin ein Gruppenangebot mit intermedialen kunsttherapeutischen Angeboten zu planen. Zusammen waren wir ein gutes Team. Unsere Basis ist die professionelle Ausbildung in gestalterischen Prozessen, sie als Meisterschülerin der Kunstakademie und ich als Designerin im Fachbereich Keramik und Grafik. Beide mit der Ausbildung zur Integrativen Kunst- und Kreativitätstherapeutin freuten wir uns, ein Gruppenangebot zu entwerfen, in dem die angebotenen Methoden und Medien breiter gefächert sind.

Meine Begeisterung als therapeutische Berufsanfängerin traf auf Ihre große Erfahrung als Kunsttherapeutin in der Akutpsychiatrie und wir inspirierten uns gegenseitig bei der Sammlung möglicher therapeutischer Angebote für depressiv Erkrankte.

Intermediale Kunsttherapie ist in klinischen Settings nicht sehr verbreitet, da viele gut ausgestattete Kliniken mit psychotherapeutischen Angeboten zwar die einzel-

nen Richtungen künstlerischer Therapieformen anbieten, doch meistens sind die Vertreter der Kunstrichtungen „nur“ in ihrem eigenen Fach gut ausgebildet.

So gibt es auch an unserer Klinik hochwertige Angebote wie z.B. Musiktherapie, Konzentrative Bewegungstherapie und Sporttherapie.

Ich bin mir nicht sicher, ob es tatsächlich ein Gebot oder vielleicht ein unausgesprochenes Gesetz ist, dass eine MusiktherapeutIn mit den PatientInnen nicht malt, die KunsttherapeutIn in Ihrer Gruppe keine Rhythmusübungen anbietet und der Sporttherapeut mit den PatintInnen nicht singt.

An der Seite meiner Kollegin betraten wir beide vorsichtig dieses neue Terrain der „Medienüberschreitungen“ und gaben dem neuen Gruppenangebot den Namen „Intermediale Kreativtherapie“.

Um unsere Arbeitsweise auf dem Hintergrund des Verfahrens der Integrativen Therapie mit den verschiedenen Methoden und Medien transparent zu machen, luden wir unsere KollegInnen der Arbeitsgruppe Depressionsstation zu einer praktischen Erfahrung einer für sie konzipierten Gruppenstunde ein.

In weiteren Sitzungen der AG und einer Hauskonferenz der Klinik informierte ich meine KollegInnen und die psychiatrische Leitung der Klinik über die theoretischen Hintergründe der kunsttherapeutischen Arbeit mit verschiedenen Medien und ihren intermedialen Quergängen.

3.2. Eigene Resonanz, Ideen und erste Entwürfe

Als das Konzept stand, die Depressionsstation offiziell eröffnete, setzte ich meinen Weg allein weiter fort. Meine Kollegin, deren Arbeitsstelle ich schon ein Jahr lang vertrat, zog sich im zweiten Jahr aus unserer kleinen Vorbereitungsgruppe zurück. Das Gerüst der Themen und Inhalte, die ich gemeinsam mit ihr erarbeitete, gab mir einen ersten Rahmen.

Weitere Inspirationen für die Themensammlung entnahm ich eigenen Beobachtungen in den Gruppenstunden der Kreativtherapie und den Gesprächen mit KollegInnen über das Krankheitsbild.

Schon in meiner Hinführung zum praktischen Teil dieser Arbeit scheinen Begriffe auf, die interessant für die Exploration der Eigenwahrnehmung und menschlichem Verhalten sind: „Zeit“, „Raum“, „Weg“, „Standpunkt“ und speziellere Themen mit denen sich die PatintInnen immer wieder von sich aus auseinander setzen wie z. B: „Loch“, „Druck“ und „Grenze“.

Im letzten Jahr, als Vorbereitung auf meine Arbeit in der Klinik und um meine eigenen Erfahrungen als Mitarbeiterin in der Akutpsychiatrie zu reflektieren, gab ich mir zusätzlich Raum und Zeit während meines täglichen morgendlichen Spaziergangs mit meinem Hund im Wald.

Schon lange bin ich es gewohnt, vor der Arbeit eine Stunde im Wald, nahe meiner Wohnung, zu laufen.

Da ich mich im Besonderen mit der Wahrnehmung und ihren kreativen Aspekten beschäftige, stellte ich mir über einen sehr langen Zeitraum (ca. 8 Monate) die Aufgabe, jeden Morgen ein Bild aus der Vielfalt der Eindrücke mit meiner Kamera auszuwählen, das mich in besonderem Maße anspricht.

Beim Laufen durchdachte ich oft, als Vorbereitung auf meine Arbeit als Therapeutin, mein Arbeitskonzept, beobachtete meinen Gedankenfluss, der manchmal ein Gespräch mit den mir anvertrauten PatientInnen beinhaltete oder mit Bildern von PatientInnenarbeiten durchsetzt war.

Zur gleichen Zeit genoss ich die Ruhe und Einsamkeit des Waldes mit seinen vielfältigen Formen. Ich besah mir Details der natürlichen Erscheinungen in den Bäumen, des Bodens und der Pflanzen.

Immer wieder stellte ich mir die Frage: Wie nehmen die PatientInnen ihre Umwelt wahr? Wo würde ihr Blick hängen bleiben, was könnte ihr Interesse wecken oder einen körperlichen Sinn in ihnen ansprechen?

Gleichzeitig war ich mir bewusst, dass *meine* Auswahl *meiner* Resonanz und *meinen* Motivationen entspringt.

Doch auch mein Blick verändert sich durch die Art meiner Arbeit. Alles was ich in den verschiedenen Angeboten geteilt und mitgetragen habe, beeinflusst meine Art, die Welt zu sehen.

Es sind keine leichten Atmosphären, die ich während der Arbeit auf einer Depressionsstation erlebe. Der Spaziergang und die Nähe zur Natur hilft mir auch Abstand zu der „Schwere“ zu gewinnen. Die Formen des Waldes sind nicht aufdringlich, sie fördern, während ich sie betrachte, meine Entspannung ebenso wie die Bewegung während des Laufens.

Der Wald wird zu meinem Zeugen, zu meinem Wahrnehmungshintergrund, zu meiner Ideenquelle und später zu meinem unerschöpflichen Materialfundus.

3.3. Das Setting

Bisher war die Kreativtherapie ein Basisgruppenangebot für alle PatientInnen unserer Station mit einer dreimaligen eineinhalbstündigen Teilnahme in der Woche.

Auf unserer Station gibt es 18 Betten, die zum großen Teil belegt sind. Zusammen mit einer Kollegin bieten wir zwei offene kreativtherapeutische Gruppen für 9 PatientInnen an, in denen die TeilnehmerInnen sich ihren individuellen Themen und Arbeitsweisen widmen können.

Von den drei wöchentlich angebotenen Gruppenstunden, die ich für die halbe Belegschaft der Depressionsstation leite, ersetze ich die in der Mitte der Woche liegenden Stunden mit dem neuen Angebot.

Es findet in dem größten der drei Kreativtherapieräume der Klinik statt, in dem rollbare Tische stehen und eine flexible Raumgestaltung möglich ist. So ist auch die Voraussetzung für einfache Bewegungsangebote und Wahrnehmungsübungen geschaffen.

Den zeitlichen Rahmen der Intermedialen Kreativtherapie bildet ein zweistündiges Angebot in der Mitte des Vormittags. Die Gruppengröße beschränke ich auf acht TeilnehmerInnen, mit denen ich einen Durchlauf eines Themas über vier Wochen plane.

Einen Teil der PatientInnengruppe kenne ich durch das Basisangebot der Kreativtherapie aus meinen Stunden, der andere Teil setzt sich aus PatientInnen der gleichen Station zusammen, die von meiner Kollegin aus der Kreativtherapie betreut werden.

Die aktuellen Themen der PatientInnen eruiere ich, wenn möglich, während der gemeinsamen Gruppenstunden in der Kreativtherapie und in Teamsitzungen und Fallbesprechungen auf Station.

Mit meinen KollegInnen aus dem multiprofessionellen Team der Station überlege ich beim Start der Gruppe zu einem ausgewählten Thema, für welche PatientInnen eine Teilnahme in diesem Therapieangebot Sinn macht.

PatientInnen aus meinen Gruppenstunden geben meist den Anstoß für meine Auswahl des Themas und bilden schon einen Kern der Gruppe. Es hat sich unter ihnen während ihres kreativen Schaffens oft schon eine Atmosphäre von gegenseitiger Wertschätzung entwickelt.

3.4. Die Rolle der TherapeutIn und der PatientInnen

„In der Grundregel der Integrativen Therapie“, wie sie auch im Jahresprogramm der EAG (Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit), FPI (Fritz Perls Institut) 2006 abgedruckt ist, spricht *Petzold* von zwei wichtigen Qualitäten, die in der Psychotherapie zum Tragen kommen:

Es ist die *Konvivialität*²⁰, die der PatientIn einen gastlichen Raum zur Verfügung stellt und die Partnerschaftlichkeit in der Beziehung zur TherapeutIn und umgekehrt. Diese Kommunikation findet Ausdruck im Respekt füreinander in den unterschiedlichen Rollen, in denen sich hier Menschen begegnen.

Das Bemühen der TherapeutIn in Ihrer Professionalität richtet sich auf die Person der PatientIn in Ihrer Lebenslage, um zu helfen, zu stützen und zu fördern.

Die Verantwortung eines gelingenden therapeutischen Prozesses liegt in der Hand der TherapeutIn *und* der PatientIn; darauf gilt es, aufmerksam zu machen. Dieser

²⁰ *Petzold* definiert 1988: „Konvivialität ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren Miteinanders, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der Konvivialität umfasst Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist und so eine ‚Konvivialität der Verschiedenheit‘ möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer Zwischenleiblichkeit, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammensitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewährten Gerechtigkeit steht und jeder in Freiheit (parrhesiastisch) sagen kann, was er für wahr und richtig hält.“ (in *Orth* 2002, 306)

Prozess, der zwischen beiden entsteht, wird getragen von der *Intersubjektiven Ko-respondenz*²¹, dem „Herzstück“ der Integrativen Therapie (*Petzold*).

Es ist der Prozess der Auseinandersetzung zwischen zwei oder mehreren Individuen, ein Aushandeln auf der Suche nach Lösungen für die Lage, in die die PatientInnen geraten sind. Um hier erfolgreich zu wirken, ist ein hohes Maß an differenzierter Wahrnehmungs- und Empathiefähigkeit ebenso wie Flexibilität und Souveränität gefragt. Es geht darum, einen Raum bereitzustellen, in dem sich die PatientInnen niederlassen können, sich aufgehoben und angenommen fühlen.

Regeln für dieses Miteinander im therapeutischen Raum sollten Sicherheit, Transparenz und Vertrauen vermitteln.

Dieses geregelte Miteinander basiert auf '...der „doppelten Expertenschaft“ - die der PatientIn für sich selbst und ihre Lebenssituation und die der TherapeutIn für klinische Belange - des Respekts vor der „Andersheit des Anderen“ und vor ihrer jeweiligen „Souveränität“. ' (*Petzold 2000*)

In der Gruppe wird dieser Respekt, der für mein Empfinden nicht treffender zu formulieren ist, wie das *Lewinas* mit diesem Ausdruck der „Andersheit des Anderen“ prägte, insbesondere auch vor den MitpatientInnen, zur Grundvoraussetzung einer gelingenden Kommunikation.

3.5. Die Medien und ihre Funktionen

Medien sind Träger von Informationen, ermöglichen Symbolisierungsprozesse sowie die Weitergabe und Übermittlung von Wahrnehmungs- und Erlebensqualitäten unter uns Menschen.

Grundvoraussetzung sind unter anderem unsere verschiedenen perzeptiven Sinne für die Aufnahme der Informationen.

Stimme, Töne, Musik werden unmittelbar von unserem Gehör empfangen; Licht, Farben und Formen werden durch unsere Augen aufgenommen; plastische Objekte sind auch durch unsere tastenden Hände erfühlbar und begreifbar; Gerüche werden durch unsere Nase beim Atmen erfahrbar, und unsere mit vielen Nervenfeldern ausgestattete Zunge ermöglicht die Entwicklung des Geschmackssinnes.

Diese Informationen werden im menschlichen *Leib* durch unsere *perzeptiven* Sinne aufgenommen, in unserem *memorativen Leib* gespeichert, sind im *reflexiven Leib* bewusstseinsfähig und verwandeln sich im *expressiven Leib* in individuellen Ausdruck.

Wenn in unserer heutigen Gesellschaft von Medien die Rede ist, so sind in der Regel Informationsträger gemeint, die sich auf den neuesten Stand der Technik beziehen, wie Computersysteme, verschiedene Datenträger und Kommunikationsmittel, z. B. Film und Fernsehen. Diese Medien übermitteln Ausschnitte aus der Wirklichkeit in Form von Photos, Filmen und Tönen, die durch technische Hilfsmittel aufgenommen, konserviert und komprimiert wurden. Diese

²¹siehe Anmerkung 3

Art von Medien beziehen den gut ausgestatteten organismischen Körper mit seinen differenzierten Wahrnehmungsorganen nicht unbedingt vollständig ein.

Die komplexen Informationen sprechen in zunehmendem Maße die kognitive Ebene der Differenzierung, Bewertung und Verarbeitung an. Die oft schnell wechselnden Bilder heutiger Kino- und Fernsehfilme, die berieselnde Musik aus MP 3 – Playern oder das Chatten im Internet lösen sich aus der Vielfalt unserer Umweltercheinungen und beanspruchen die fokussierte Aufmerksamkeit für die Aufnahme der transportierten Informationen. Vor den verschieden großen Bildschirmen und Lautsprechern fokussiert sich unsere Wahrnehmung auf die transportierten Inhalte. Es ist nicht mehr die Vielfalt unserer organismischen Sinne gefragt, wie es z.B. Gestaltungen aus unterschiedlichen natürlichen Materialien wie Holz, Ton und Stein im Atelier der KünstlerIn verlangen. Die Figur oder das Objekt aus dem Gestaltungsmedium lässt sich in unterschiedlichen Perspektiven und Lichtverhältnissen betrachten, bearbeiten und befühlen. Es kann in allen Qualitäten sinnlich erfasst und in seinem Symbolgehalt durch die BetrachterIn erkundet werden.

Oder denken wir z.B. an die Inszenierung eines Musicals mit allen künstlerischen Facetten. Die Klangvielfalt des begleitenden Orchesters, die wechselnden Ansichten der Kulissen im Bühnenaufbau, der Einsatz verschiedener Lichtquellen und die Wirkung der SchauspielerInnen mit ihren gestisch/mimischen und sprachlich/stimmlichen Ausdrücken. In einem solchen Konzert und Schauspiel wirken viele Sinneseindrücke gleichzeitig auf den menschlichen Leib des Zuschauers ein und verdichten sich zu einem Zusammenklang, einer *Synästhesie*²² (Petzold).

Technische Medien im alltäglichen Einsatz bewirken oft auch Entfremdung in Bezug auf die vielseitige Wahrnehmungsbereitschaft des menschlichen *Leibes* in seiner Umwelt. Die Aufmerksamkeit des Joggers, der während des Laufens die konservierte Musik aus seinem MP3-Player hört, wird von den natürlichen Geräuschen aus seiner unmittelbaren Umgebung abgezogen, zugunsten der Klänge aus dem Kopfhörer.

Die Emails, die im Internet so schnell ihren Weg zu den Adressaten finden, sprechen nicht mehr die Sprache einer schwungvollen Handschrift des Absenders.

So manche Wahrnehmung, auch die des Zeitempfindens, bekommt in der Benutzung unserer technischen Medien eine andere Dimension. Wer hat nicht auch schon am Computer während des Surfens und Recherchierens im Internet, die Erfahrung gemacht, dass es plötzlich ein paar Stunden später ist, als erwartet?!

²²„*Legende*: Integrative Therapie geht aus von einer ‘Anthropologie des schöpferischen Menschen’ vom ‘perzeptiven’, ‘memorativen’, ‘reflexiven’ und ‘expressiven’ Leibssubjekt. Im ‘totalen Sinnesorgan des Leibes’ laufen die jeweils als einzelne Perzeption möglichen Monästhesien zu vielfältigen, differentiellen Wahrnehmungen und Empfindungen zusammen, zu Polyästhesien (polychromen ‘Sinnesquadranten’ polyphonen ‘Sinnesonorellen’, Petzold 1987k), die sich zu einem ‘Konzert aller Sinne’, zu einem Zusammenklang (Symphonie), einem Zusammenspiel verdichten können. (Wenn der ‘steinerne Gast’ den Don Giovanni ruft, wirken Orchester, Stimme, gestischer Ausdruck, Bühnenbild, Beleuchtung, das erschauernd lauschende Publikum um mich herum wie *eine* Wahrnehmung, die Totalempfindung *einer* Atmosphäre). Wir sprechen hier von Synästhesien. Petzold/Orth in Petzold/Sieper 1996, 567

Die Medien für die therapeutische Arbeit sollten eine ursprüngliche, den menschlichen *Leib* in unterschiedlichen Facetten ansprechende und stimulierende Funktion haben, um unmittelbar ihre Wirkung über die Sinne entfalten zu können. Eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf einen Sinneskanal sollte andere mögliche Wahrnehmungen aus der Umgebung nicht direkt behindern, sondern lediglich die Sinne für eine bestimmte Qualität der Wahrnehmung schärfen.

In der Kunsttherapie ist die Verfeinerung und Erweiterung unserer Wahrnehmungs- und Gestaltungsfähigkeiten ein Hauptanliegen, das durch den Einsatz von kreativen Medien ermöglicht wird. Zusammen mit den PatientInnen einmal den Fokus der Aufmerksamkeit vermehrt auf ein Wahrnehmungsorgan zu lenken, vertieft die Erlebnisqualität auf dieser Ebene und lässt Empfindungen und Erinnerungen aufsteigen.

Ein gesungener Ton, ein Geruch, eine Handbewegung, die Wirkung einer Farbe oder Form sind nur ganz einfache Beispiele, die gerade in der Fokussierung der Wahrnehmung auf Ausschnitte unserer Umwelt, Bewusstseinsprozesse ermöglichen und insbesondere in dieser kurzzeitigen Konzentration neue Erfahrungen bereitstellen. Durch das Lenken der Aufmerksamkeit werden den PatientInnen Zugänge zu differenzierten Wahrnehmungen und Empfindungen oder auch zu vergessenen und verdrängten Erlebnissen ermöglicht. Letzteres können belastende Ereignisse als auch angenehme Erinnerungen sein.

Diese evokative Eigenschaft der Medien, abhängig von der Art und Weise ihres Einsatzes, kann unter Umständen kathartische Prozesse auslösen, die in der individuellen Therapiephase nicht immer sinnvoll sind. So ist es für den gemeinsamen Weg im Therapieprozess unbedingt erforderlich, die Medien am eigenen *Leibe* erfahren zu haben, wie es in der Ausbildung zur Intergrativen TherapeutIn am Fritz Perls Institut praktiziert wird. Nur so lässt sich in der Intervention und der therapeutischen Begleitung die Tiefe der Erlebnisqualität im gemeinsamen Prozess mit der PatientIn steuern.

Erhöht sich die Wahrnehmungsbereitschaft der PatientIn, so erhöht sich damit auch ihre Empfänglichkeit für Emotionen. Sind diese zu stark und drohen die PatientIn zu überfluten, so treten ihre eigenen Bewältigungs- und Abwehrmechanismen in Kraft. Auftauchende Blockaden in der Arbeit mit kreativen Medien sind wichtige und ernst zu nehmende Signale in der prozessualen Diagnostik.

Als Beispiel einer Abwehrreaktion möchte ich hier einen kurzen Einblick in einen Gruppenprozess geben, wie er in einer Gruppenstunde in der Intermedialen Kreativtherapie entstand: Bei einer von mir angebotenen bewegungstherapeutischen Übung zur Erkundung des eigenen Kommunikationsverhaltens in Begegnungen, wollte ich frisch geschnittene Bambusstäbe aus dem Klinikpark als Medium einsetzen. Als ich die Stöcke in den Raum brachte, entstand innerhalb von wenigen Minuten ein großer Stimmungswechsel in der Gruppe. Die PatientInnen erinnerten sich fast alle, als die ersten die dünnen Bambusstäbe in die Hand nahmen, an die erlittenen Schläge in ihrer Kindheit. In dieser Stunde, verzichteten wir auf die Übung und die TeilnehmerInnen tauschten sich im gemeinsamen Gespräch in gro-

ber Betroffenheit über ihre Erfahrungen als Opfer und auch TäterInnen aus. Wir beendeten diese Gruppenstunde mit einer Gemeinschaftsgestaltung, in der sich die TeilnehmerInnen mit ihren eigenen Gestaltungen aus ausgesuchten natürlichen Materialien um eine entstandene Figur gruppieren. Diese gestaltete die PatientIn, die offensichtlich von allen am stärksten vom Missbrauch durch Schläge betroffen war. Siehe Abb.1.

Bevor ich die Bambusstäbe das nächste Mal für eine solche bewegungstherapeutische Übung einsetzte, malte ich sie in unterschiedlich bunten Farben an, um diese Assoziation zukünftig nicht mehr so unerwartet auszulösen.

Neben der Differenzierung der Wahrnehmungsfähigkeit ist es erforderlich, Bewältigungsstrategien zu thematisieren und die Ausdrucksfähigkeit zu stärken und zu erweitern. Auch hier ist die Bereitstellung von ausgewählten, der Situation angemessenen Medien von großer Bedeutung.

Wir sprechen in der Integrativen Kunsttherapie beim Einsatz von Medien von den fünf „W's: Was, Wann, Wie, Wo und Warum“ (*Orth*) setze ich dieses Medium ein? Auf diese Weise ist die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien immer eine bewusst eingesetzte, in ihrer Intensität und Intention sehr genau gelenkte, auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützte und auf eigenen Erfahrungen beruhende hochqualifizierte Arbeit. Für den Laien ist es nicht immer erkennbar, wie und wodurch dabei so genau dosiert wird, ähnlich der genauen Dosierung von Medikamenten in der pharmazeutischen Medizin.

Wirkweisen und theoretische Hintergründe für den differenzierten Einsatz der einzelnen Medien beschreibe ich detaillierter im praktischen Teil dieser Arbeit.

Ein gültiges Ziel in der Depressionsbehandlung für die Wahl des Mediums ist die Erfahrbarkeit der eigenen Lebendigkeit und Ausdrucksfähigkeit in einer Weise, die von der PatientIn angenommen werden kann. Das Medium wird zum Träger und zur Brücke, um mit sich und anderen in Kontakt zu kommen.

Sowie unsere gemeinsame Sprache Austausch und Kommunikation auf geistiger und mimisch/gestischer Ebene ermöglicht, können Medien im nichtsprachlichen Raum Projektionsflächen bereitstellen und unterschiedliche Qualitäten übermitteln.



Abb. 1

Das Foto der Gruppengestaltung der Abb. 1 zeigt die Materialien Ton, Kieselsteine, Moos, Schafwolle und Sand auf einer ca. 12 cm dicken Baumscheibe, die einen Durchmesser von 80 cm hat. Das Angebot für diese Gestaltung machte ich am Ende des eben beschriebenen Gruppengespräches über das Thema körperliche Gewalt in den eigenen Familien. Das Medium „Ton“ bot ich der PatientIn, die sich in dem Augenblick nicht mit Worten verständlich machen konnte und den anderen GruppenteilnehmerInnen zur Stabilisierung und zum Wiedergewinn ihrer Autonomie und Handlungsfähigkeit an. Die am stärksten betroffene PatientIn wählte das Medium „Ton“, das direkt im Therapieraum greifbar ist und Impulse der Hände unmittelbar aufnehmen kann. Die PatientIn bekommt „etwas in die Hand“ und wird damit wieder „handlungsfähig“. Sie formt den Ton zu einer liegenden Figur, an deren Seite kleine Figuren liegen, siehe Abb. 2.



Abb. 2

In dieser Gestaltung entsteht schon eine Antwort auf das konfliktreiche Thema, die in dieser Situation nicht aus einem klaren Bewusstsein der Patientin hervorging, sondern eine Antwort aus dem nichtsprachlichen Raum ihrer Ausdrucksfähigkeit ist. Sie fand zu diesem Zeitpunkt keine Worte mehr, die ihre aufsteigenden Erinnerungen auch nur annähernd beschreiben konnten und auf einen Ausweg hinweisen würden.

In der gemeinsamen Gruppengestaltung findet sie wieder Anschluss an ihre MitpatientInnen, die mit den ausgewählten Materialien ihren eigenen Ausdruck finden und sich um „sie“ gesellen.

Diese Stunde war geprägt durch eine hohe Intensität der Gefühle, die durch die erinnerten Atmosphären und Szenen früher Gewalterfahrungen ausgelöst wurde. Die Abwehr gegen die Bewegungsübung mit dem eingesetzten Medium „Bambusstab“ war so offensichtlich, dass ich die Stöcke sofort aus dem Raum brachte. Doch das Thema bestimmte weiterhin die Atmosphäre und ließ sich nicht mehr, so wie die Stöcke einfach aus dem gemeinsamen Raum entfernen. Worte wurden nun zum Medium des Erfahrungsaustausches. Sie trugen zum gegenseitigen Verständnis und zur Solidaritätsbekundung bei.

Nicht für alle TeilnehmerInnen war es möglich, sich gleichermaßen an dem Gespräch zu beteiligen. Manch einer PatientIn fehlen die Worte, während die Empfin-

dungen durch aufsteigende Erinnerungen stärker werden. Eine hohe Kunst ist es, in dieser Situation der PatientIn ein für sie geeignetes Medium anzubieten, das ihren individuellen Ausdruck möglich macht und dadurch zur Stabilisierung beiträgt. Hier wird deutlich, dass kunsttherapeutische Arbeit immer ein prozessuales Geschehen ist, das hohe Empathiefähigkeit und situationsangemessene kreative Einfälle und Lösungen verlangt.

Beschränke ich durch die Aufgabenstellung in der Gruppe die Erlebnisqualität in den Wahrnehmungsübungen und Gestaltungsprozessen auf ein Medium, so wird dieses zur Sprache und Grundlage der Kommunikation. Die gemeinsame Gruppenerfahrung fand im beschriebenen Beispiel Ausdruck in einer Gruppengestaltung. Auf der runden Fläche der Baumscheibe gruppierten sich die Objekte der TeilnehmerInnen im Kreis um die weibliche Mutterfigur mit ihren in Moos gebetteten Jungen in der Mitte. Die gemeinsame Gestaltung wird zum Ausdruck solidarischer Erfahrungen im erinnerten Leid. Ein „Schuttkreis“ ist entstanden um etwas sehr „Beschützenswertes“. Es ist die gemeinsame Antwort durch ein Gestaltungsmedium, das hier eine Sprache spricht, die mit Worten zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich war.

Die angebotenen Medien stellen eine Ausdrucksmöglichkeit bereit, die im günstigen Fall einladend, auffordernd und Interesse weckend auf die PatientInnen wirkt. Evozieren die Angebote in der Handhabung mit einem Medium Gefühle der Vermeidung und Abwehr, so sind sie in diesem Fall kontraindiziert. Das setzt in der prozessualen Begleitung einen flexiblen Stil und eine souveräne therapeutische Leitung voraus.

In der Arbeit mit depressiven PatientInnen kommt es immer wieder zu Zwischenfällen mit großer Abwehr in der ganzen Gruppe, wie eben geschildert, oder bei einer einzelnen PatientIn. In diesem gruppensystemischen Prozess haben Störungen immer Vorrang und bedürfen der wachen Aufmerksamkeit der therapeutischen Leitung.

Wichtig ist dabei die emotionale Anteilnahme der TherapeutIn für die PatientIn bei gleichzeitiger Orientierung im Prozessverlauf und dem Blick auf *alle* GruppenteilnehmerInnen. Das ist nicht immer einfach in einer Gruppe mit vielen schwachen TeilnehmerInnen. Es gab Stunden, da habe ich mir eine CotherapeutIn herbeigesehnt. Doch gerade diese Stunden waren die, die letztlich starke Ressourcen der PatientInnen ans Licht brachten und die in der nachträglichen Bewertung der GruppenteilnehmerInnen als die wertvollsten Therapiestunden bezeichnet wurden. So war es auch bei der Gruppenstunde, die den Gesprächsaustausch über die familiären Gewalterfahrungen der TeilnehmerInnen und die anschließende Gemeinschaftsgestaltung ermöglichte. Solidaritätserfahrungen, gegenseitiges Mitfühlen, Verstehen und Verstanden werden, werden hier zu heilsamen Erfahrungen miteinander.

Die Reflektion der entstandenen Situationen hilft den GruppenteilnehmerInnen, sich als Mitgestaltende im Gruppenprozess zu erleben. Die Arbeit mit Medien kann

somit auf Sprache niemals verzichten, da unsere Bewusstseinsprozesse immer an Sprache gebunden sind und diese uns Orientierung und Kontrolle ermöglicht. Theorie als Intervention, das heißt, die PatientInnen mit einzubeziehen und die Wahl und Wirkung eines Mediums zu erläutern, gibt ihnen die Möglichkeit, im gemeinsamen therapeutischen Gruppenprozess zu kooperieren, und das nicht nur in einer entstandenen Problemsituation, die einer Erklärung bedarf. Es kann zu Beginn einer Gruppenstunde sehr sinnvoll sein, die kunsttherapeutische Vorgehensweise verständlich zu machen, den einzelnen Gruppenmitgliedern partnerschaftlich und in *Intersubjektiver Ko-responndenz* gegenüber zu treten, wie es im vorherigen Kapitel beschrieben ist. Diese selektive Offenheit bezieht die PatientInnen in die eigenen Überlegungen mit ein, stärkt ihre Autonomie und die Bereitschaft, sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen, der auch für sie Sinn macht.

3.6. Auswahl des Mediums: Naturmaterialien

Eine wertvolle Eigenschaft eines Gestaltungsmediums in der kunsttherapeutischen Depressionsbehandlung ist die stimulierende Funktion, die die organismische Sinneshaftigkeit des menschlichen Körpers anspricht und anregt. Wird der *perzeptive Leib* vielseitig durch unterschiedliche Sinneskanäle berührt, z. B. gleichzeitig im Sehen, Hören, Tasten, Riechen, so ist die Intensität der Wahrnehmungen und Empfindungen im Kontakt mit der Umwelt, den Dingen und den Mitmenschen groß. Die Lebendigkeit des menschlichen Leibes erfährt viele Impulse gleichzeitig, der *perzeptive Leib* wird in seiner Gesamtheit, im Zusammenklängen der verschiedenen Sinneswahrnehmungen als lebendiges Ganzes angesprochen. Ein Medium, das viele verschiedene Informationen freigibt und das durch unterschiedliche Sinneskanäle wahrgenommen werden kann, hält eine große Vielfalt von Explorationsmöglichkeiten bereit. Nicht nur der *perzeptive Leib*, sondern auch die *Memorationen* und *Expressionen* des Leibes erhalten durch die gleichzeitige Ansprache über die spezifischen Sinnesorgane einen großen Raum. Dieser breitet sich in die Weite und Tiefe der Erlebnissfähigkeit und der möglichen aufsteigenden Erinnerungen aus.

Ein anderes wichtiges Kriterium für die Wahl eines Gestaltungsmediums in der therapeutischen Arbeit mit depressiven PatientInnen ist die Frage, wie stark dieses Medium Leistungsdruck hervorruft.

Bei einer Vielzahl von gestalterischen Angeboten in der kunsttherapeutischen Praxis fühlen sich die PatientInnen an unangenehme Situationen aus ihrer Schulzeit erinnert. Dabei kommt es immer wieder zu den Annahmen: „Ich kann nicht malen, zeichnen, modellieren....“ In ihrer Sozialisation unter Noten und Leistungsdruck in den Schulen war der Kunstunterricht in der Regel nicht Experimentierfeld für individuelle Ausdrücke, sondern an ganz konkrete Aufgabenstellungen gebunden, die es zu erfüllen galt. Erfahrungen von schlechten Bewertungen bleiben oft lange im Gedächtnis haften und behindern eine unvoreingenommene, neugierige Haltung gegenüber eigener Kreationen. Verschiedene Malmedien, die in der kunstthera-

peutischen Praxis Verwendung finden, wie z.B. weißes Zeichenpapier, Stifte und Farben erinnern in der Handhabung an manche Szenen aus der Schulzeit. Materialerfahrungen, die in der Vergangenheit der PatientInnen nicht mit Bewertungssituationen verbunden sind, sondern ein neues kreatives „Gestaltungsfeld“ eröffnen, besitzen damit eine wertvolle Eigenschaft.

Eine weitere Charakteristik eines Gestaltungsmediums ist die ökonomische Seite. Sie wirft die Frage auf, welche und wie viel der anzuschaffenden Materialien stelle ich den PatientInnen zur Verfügung, wie hoch ist der Etat in der Klinik für die künstlerischen Mittel der Kreativtherapie und wie teuer sind diese? Im Zuge vieler Einsparungen, die für das Überleben einer Psychiatrischen Klinik in der heutigen Zeit notwendig werden, lässt sich durch die Wahl der künstlerischen Materialien eine Menge Geld sparen, ohne den Erfahrungsreichtum der PatientInnen zu beschneiden.

Auch aus der Sicht der PatientInnen, besonders der älteren Generation, spielt die Kostbarkeit der Materialien eine große Rolle. In ihrer Sozialisation besaß Papier einen großen Wert, ebenso die Farben und das Werkzeug, Pinsel und Stifte. Sie haben in der Regel nicht Erfahrungen machen dürfen, verschiedene Medien auszuprobieren und damit vielfältig zu experimentieren.

Ein neuer weißer Bogen Papier beinhaltet für sie schon die „Aufforderung“, ein fertiges Bild zu produzieren. Das Augenmerk liegt schon vor dem ersten Pinselstrich auf dem fertigen Produkt. Neben dem enormen Leistungsdruck eines ergebnisorientierten Arbeitens kommt hier noch eine Befangenheit gegenüber der Materialien hinzu: „Sie dürfen nicht umsonst verschlissen werden.“ Die innere Haltung auf Grund ihrer Sozialisation verbietet manch einer PatientIn das großzügige Experimentieren, das immer einen gewissen Materialverschleiß beinhaltet, da es im Prozess nach Eigenschaften der Materialien in Verbindung mit eigenen Ausdrücken sucht. Die Resultate sind wichtige Zwischenergebnisse, aber letztendlich nicht entscheidend. Es ist der Arbeitsprozess selbst, der neue Erfahrungen und Erkenntnisse bereitstellt und hier stellt sich eine weitere Frage für die Praxis: Welche Medien eignen sich besonders zum prozessorientierten Arbeiten?

Abgesehen vom Kostenfaktor bestimmen auch die Eigenschaften der Materialien, wie viel sich durch sie erfahren lässt und wie lange sie bearbeitet werden können. Verlieren sie im Arbeitsprozess ihre Form oder ihre Belastbarkeit?

Zur Veranschaulichung möchte ich hier das Malen eines Wasserfarbbildes im Vergleich zum Bearbeiten von Ton anführen. Trage ich immer wieder mit dem Pinsel Wasserfarbe auf eine Papierfläche auf, so wird das Papier beansprucht, es wellt sich und die Oberfläche verliert mit jedem Auftrag ihre glatte Spannung. Sie beginnt aufzuweichen und aufzureißen, einzelne Fasern des Papiers heben sich und werden sichtbar. Bei wiederholten Wasserfarbaufträgen beginnen sich dann Papierkrümel auf der Oberfläche zu bilden, die Papierstärke verliert ihre Stabilität und wird an einigen Stellen immer spröder und dünner, bis die Fläche ganz aufreißt und das erste Loch erscheint. Die Grenze der Belastbarkeit des Papiers ist erreicht.

So ließe sich auch von der „Geduld“ des Papierbogens oder eines Materials sprechen. Im Vergleich zum Papier ist die Tonerde des Töpfers sehr geduldig. Das ist natürlich auch abhängig von der Art und Weise der Bearbeitung, der Aufgabenstellung, der individuellen Materialkenntnisse und der spezifischen Mischungen der Tonmasse. Ton verliert jedoch nicht den Wert als Gestaltungsmaterial, er kann immer wieder durch Aufbereitung in einen gut modellierbaren Zustand gebracht werden. Krümel, Tonbrocken und das in der Gestaltung befindliche Objekt, werden durch den Zusatz von Wasser wieder aufgeweicht und das Material verliert nicht seinen Gebrauchswert. Das löchrige Papier hat seinen Dienst getan und wandert eher in den Abfall als der Ton des Töpfers. So ist auch die „Geduld“, bzw. die Belastbarkeit eines künstlerischen Mediums eine Charakteristik, die sich lohnt in den Blick zu nehmen.

Die Abfallproduktion weist auf die ökologische Seite des Medien- und Materialgebrauchs in den Werkstätten und Therapieräumen einer Klinik hin. Die Kreativtherapieräume werden von vielen Gruppen und KollegInnen aus der Kunst- und Ergotherapie genutzt. Die über einen langen Zeitraum von verschiedenen TherapeutInnen für spezifische künstlerische und handwerkliche Gestaltungsangebote angeschafften Materialien liegen in den Regalen der Abstellräume. Mit jeder Idee und jedem neuen gestalterischen Angebot wächst das Sortiment und es ist nicht einfach, im Team der KreativtherapeutInnen, einen Überblick über die Vielfalt der Materialien zu behalten, z. B. über das Farbangebot der keramischen Glasuren. Hier handelt es sich vielfach um giftige Substanzen, die in der begleitenden therapeutischen Arbeit eine besonders große Aufmerksamkeit erfordern. Kleine Reste sollten aus ökologischen Gründen von den PatientInnen nicht einfach im Waschbecken oder im Abfallkorb entsorgt werden. Die Beschäftigung mit Glasuren fordert einen sehr hohen Zeitaufwand und ganz spezifische Kenntnisse während des Anrührens und Auftragens auf den gebrannten Scherben. Es ist erforderlich, die PatientInnen im Auge zu behalten, so dass sie nicht Gefahr laufen, den Glasurstaub einzusatmen oder auf andere Weise in zu nahen Kontakt mit giftigen Pigmenten und Oxiden zu kommen.

An Hand dieses Beispiels eines künstlerischen Mediums möchte ich hier eine kleine Exkursion in eine andere perspektivische Ebene unternehmen, die in der therapeutischen Praxis oft nicht bewusst mit einbezogen wird. In der Wahl der Materialien gebe ich ein Beispiel für den Umgang mit den Dingen in der Welt. Vermittle ich Respekt in der Handhabung mit den künstlerischen Mitteln, als das unsere Umwelt und Mitmenschen nicht zu Schaden kommen, ähnlich der Wertschätzung unsere Mitmenschen in der *Intersubjektiven Ko-resspondenz*? Gerade in der Arbeit mit Medien wird die Beziehung zu den Dingen unserer Umwelt und der Umgang mit ihnen deutlich. Der ökologische Kontext spielt ebenso wie der soziale eine große Rolle in der therapeutischen Begleitung bei depressiven PatientInnen, die den Bezug zu ihren Mitmenschen und zu den Dingen nicht mehr deutlich spüren und bewusst gestalten. Die künstlerische gestaltende Arbeit stellt nicht nur Mittel und Wege bereit für die Therapie individueller therapeutischer Aspekte sondern impli-

ziert auch Kulturarbeit, da sie „Subjekte in ihrer Lebenswelt“ behandelt. „Psychotherapie ist in erster Linie Humantherapie.“ (Schuch 2000, 161)

Das sind Perspektiven, die in der Integrativen Therapie stets mit einbezogen werden und in der Praxis nicht nur den gedanklichen Hintergrund der TherapeutIn bilden, sondern durch ihre gezielten Handlungen mit einfließen.

Welches Medium macht die Menschen vertraut mit ihrer Umwelt, gibt ihnen das Gefühl hier zu Hause zu sein, Teil dieser Welt, die sie berühren und von der sie berührt werden?

In der Evolution des Menschen sind all seine leiblichen Ausstattungen in der sich verändernden natürlichen Umwelt gewachsen und bleiben auf sie bezogen.

Welches andere Medium besitzt diese Vielfalt, die Lebendigkeit, die Schönheit, die Alltäglichkeit, die Natürlichkeit, die geheimnisvolle Unergründbarkeit als der Stoff selbst, aus dem unsere Erde gemacht ist? Naturmaterialien umgeben seit Urzeiten den Menschen, sein Körper besitzt die *leibliche* Ausstattung und Feinabstimmung, die in Jahrtausenden gewachsen sind, sie zu erfahren und mit ihnen ihr Leben zu gestalten. Im Zusammenschwingen mit allen Lebendigkeiten gestaltet er sein Leben, ist Teil der Menschen-, Tier-, Pflanzen- und Mineralienwelt, eingebettet in ihr aus dem gleichen Stoff gemacht. Wie kann es anders sein, als dass Menschen, die ihre Verbindung zur Welt und ihrer eigenen Lebendigkeit verloren haben, genau dieser Brücke bedürfen, die sie wieder hineingeleitet in das Miteinander aller Wesen unserer gemeinsamen Welt. Und das ist nicht nur eine Frage der Inneren Haltung der KunsttherapeutIn oder der philosophischen Betrachtungsweise in einem psychotherapeutischen Verfahren, sondern es ist der menschliche Leib selbst, der in Gefahr steht zu verkümmern. Er braucht die Informationen und Impulse aus der Außenwelt, um sich selbst wahrzunehmen, sich weiterzuentwickeln, in Kontakt mit einer gesunden Welt zu bleiben, wie die Luft zum Atmen und das Wasser zum Trinken.

Am Ende dieses Kapitels möchte ich gern noch auf eine mögliche Einseitigkeit oder auch Gefahr hinweisen, die bei Menschen mit einer sehr großen Naturliebe und Naturverbundenheit auftreten kann.

Der „einsame Wolf“, der allein durch die Steppe zieht, der mutige „Ein-Hand-Segler“, der die Welt allein in seinem Boot auf den Meeren umrundet, der „Hundeliebhaber“, der nur noch der Liebe seines Hundes vertraut, sie stehen in Gefahr, Begegnungen mit Menschen aus dem Weg zu gehen. Vielleicht sind sie enttäuscht worden und benutzen die Natur als Zufluchtsort, um sich in ihr wieder lebendig zu fühlen.

Sie kann zur erholsamen Stille und zu wohltuenden Erfahrungen mit sich selbst einladen und beitragen. Schon viele Naturvölker wussten über die heilsamen Kräfte im Kontakt mit der Natur in einsamer Zurückgezogenheit. Die „Visionssuche“ in den Übergangsphasen zum Erwachsenenalter sind in indianischen Kulturen wichtiger Bestandteil in der Identitätssuche junger Männer. Es gibt therapeutische Richtungen und Trends in Selbsterfahrungsangeboten, die auch in unserer westlichen Welt an dieses Wissen anknüpfen.

Bei meiner Recherche im Internet traf ich auf Literatur und Seminare, die für unsere Kultur Initiations- und Übergangsriten beschreiben und anbieten. Es tauchen da Begriffe, wie „Ökotherapie“ und „Tiefenökologie“ auf. In diesem Zusammenhang möchte ich nur einen Satz aus einer Buchkritik herausnehmen und hier zitieren: "Die große Herausforderung unserer Zeit liegt darin, dass wir den Heimweg zu unserer wahren Natur im lebenden Körper der Erde wiederfinden." (Macy)²³

In der klinischen Arbeit mit depressiven Menschen haben die Medien, insbesondere unter Einbeziehung von Naturmaterialien und Naturerfahrungen in erster Linie die Funktion Begegnungsmöglichkeiten bereitzustellen. Sie sollen hier nicht in weitere einsame Situationen führen, sondern Erfahrungen miteinander ermöglichen, zu gemeinsamen Wegen einladen, zum gegenseitigen Austausch anregen, um die gefühlte Isolation aufzulockern.

3.7. Kommunikation und Interaktion

Die auch an unserer Klinik in der Depressionsbehandlung geschätzte Interpersonelle Psychotherapie nach *Klerman* und *Weissman* beschäftigt sich im besonderen mit dem zwischenmenschlichen Aspekt in der Persönlichkeit der PatientIn.

In den Fokus dieser, in den siebziger Jahren entwickelten Kurzzeittherapie rückt der Kommunikationsstil und das früh erlernte und noch heute wirksame Bindungs- und Beziehungsverhalten der PatientIn. In den einzelnen Schritten der Therapie wird die interpersonale Situation erforscht und deren mögliche Veränderung durch aktive Gestaltung in der Interaktion mit der Umwelt in den sozialen Bezügen erörtert.

Der Verlauf der Therapie wird in drei Phasen eingeteilt: Die Initiale Phase, die im ersten Austausch der Diagnostik und der gegenseitigen Information dient und die PatientIn über ihre Krankheit aufklärt, die Hauptphase mit dem Fokus auf maximal zwei interpersonelle Problembereiche der PatientIn, in der diese bearbeitet werden und die Schlussphase für die gemeinsame Reflektion, den Transfer in den Alltag und den Abschied.

In diesem standardisierten Verfahren weist ein Therapiemanual auf die vier Hauptproblembereiche in der interpersonellen Konfliktbearbeitung hin. Das sind: Die verzögerte/gestörte Trauer, interpersonelle Rollenkonflikte, Rollenwechsel und interpersonelle Defizite. Eine detaillierte Ausführung würde den Rahmen meiner Arbeit hier überschreiten und mit folgendem Zitat aus dem Manual²⁴ möchte ich die Darstellung des Verfahrens abschließen: „Lernen in IPT ist emotionales Lernen.

²³ *Joanna Macy, Tiefenökologin*, Ausschnitt aus der Buchkritik zu dem Buch: „Die vier Schilde“, Initiationen zu den Jahreszeiten der menschlichen Natur“ von Steven Foster und Meredith Little, www.visions-suche.de 2006

²⁴ Therapiemanual: „Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei Depressionen nach Klerman und Weissman“, *Dr. med. T. Grüttert*, dieses Manual erhielt die Verfasserin in der Gründungsphase der Arbeits AG Depressionsstation 2003

Wahrnehmung, Akzeptanz und Äußerungen von Gefühlen sind wesentlich, damit Veränderung möglich wird; sie sollten durch die Therapie zu Tage gefördert und im zwischenmenschlichen Kontakt erlebbar gemacht werden.“(Grüttert 2003)

In der Integrativen Therapie unterscheiden wir verschiedene Beziehungsqualitäten. *Petzold* benennt die verschiedenen Abstufungen: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung.

Sie korrelieren in diesem Modell mit den Entwicklungsschritten in den Wachstumsphasen des menschlichen Lebens.

Konfluenz beschreibt „die unabgegrenzte Daseinsform des Menschen in totaler Koexistenz“ (*Petzold* 1993, 1066), wie sie für die Embryonalzeit kennzeichnend ist und damit zu einer Quelle unseres Grundvertrauens wird. Diese Beziehungsqualität kann wunderbare Gefühle von Liebe und Verbundenheit auslösen, jedoch auch pathologische Verschmelzungsprozesse im Erwachsenenalter bezeichnen.

Im Kontakt vollzieht sich die An- und Abgrenzung zwischen der eigenen inneren Welt und der erlebten Berührung mit der äußeren Welt. Die Berührung findet an der Grenze statt. Auf der Ebene des Organismus sind es die Sinnesorgane, mit denen wir die Welt berühren und wir von ihr berührt werden.

Durch das Erkennen bei wiederholten Kontakten entsteht Begegnung. In ihr ist die Möglichkeit zur *Intersubjektivität* gegeben, in der zwei Menschen aufeinander zugehen, etwas voneinander erfahren, wissen und spüren.

Beziehung entsteht dort, wo Begegnungen dauerhaft werden und Verlässlichkeit erfahren wird.

Entsteht in der Beziehung die Zusage für Treue, so wird der Grundstein für eine Bindung gelegt. Sie beinhaltet auch immer, die eigene Freiheit zu Gunsten der frei gewählten Gebundenheit einzuschränken.

Das kreativtherapeutische Arbeiten in der Gruppe bezieht sich in der Qualität auf die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und der Begegnung. Über die verschiedenen Angebote kommen die PatientInnen z. B. mit ihren Gefühlen und denen der MitpatientInnen in Kontakt.

Wichtige Erfahrungen gründen in der Begegnung mit Anderen und das Erleben miteinander. Wachstumsprozesse entstehen im Klima von *Intersubjektivität*.

3.8. Prozesstheorie und *Intersubjektive Ko-respondenz*

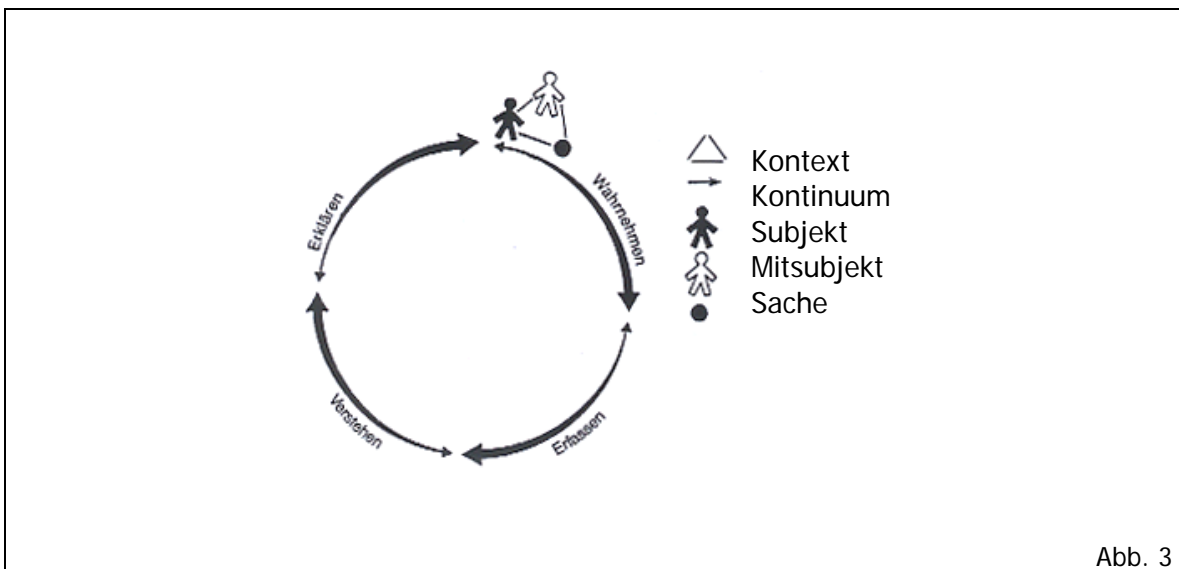
Die Integrative Therapie wurzelt im Heraklitischen Denken, das von der ständigen Veränderung alles Lebendigen in unserer Welt erzählt. „Alles fließt (...) nichts besteht, noch bleibt es je dasselbe“ (in *Petzold* 1991 a, 418).

So haben wir es immer mit Prozessen zu tun, Wahrheiten lassen sich finden, sie sind jedoch auch im Fluss der Zeit den natürlichen Veränderungen ausgesetzt und lassen sich nicht auf Dauer als Dogmen verdichten.

Auch psychotherapeutische Verfahren können nur wirksam sein, wenn sie sich den laufenden Veränderungen unserer Kultur, Lebensweise und neuen Erkenntnissen anpassen, sie aufgreifen und integrieren.

Es gibt letztendlich nur die Wahrheit, dass alles im Wandel begriffen ist. *Sein* und *Werden* greifen ineinander, die Vergangenheit ist auch in der Gegenwart anwesend und die Zukunft entfaltet sich aus diesem Strom heraus.

Wie im 1. Kapitel erwähnt, hat die Integrative Therapie als psychotherapeutisches Verfahren eine tiefenhermeneutische und phänomenologische Ausrichtung.



Die Hermeneutische Spirale²⁵ des Erkenntnisgewinns, *Petzold, Sieper* 1988 (in *Petzold* 1993, 489)
In der *Hermeneutischen Spirale* wird diese Bewegung veranschaulicht, die ihren Weg nimmt von den Phänomenen zu den Strukturen hin zu den Entwürfen.
Alle Wahrnehmungen in der Gegenwart gleichen wir automatisch mit unseren Erinnerungen an frühere Erfahrungen ab. Wir erkennen bereits Gesehenes wieder, erinnern uns an Gehörtes und Gefühltes. Das kann in Form von Atmosphären, Bildern, Erinnerungsfetzen, Worten, Dialogen oder ein Gemisch aus vielen Ein-

²⁵ Zur hermeneutischen Spirale: „In Kontext und Kontinuum steht das Leibsubjekt in Ko-respondenz mit der Lebenswelt, ein Prozess, aus dem Erkenntnis geschaffen wird. Sie beginnt mit dem Wahrnehmen (1) der Phänomene, das subliminal einsetzend, immer dichter wird, an Prägnanz gewinnt und die Gedächtnisspeicher aktiviert, wodurch aufgrund identifizierender Erkenntnisleistungen ein Erfassen (2) von Strukturzusammenhängen möglich wird. In ihm verbinden sich aktuelle und abgespeicherte, vorgängige Wahrnehmungen zu der breiten, umfassenden Qualität, die die 'mit einem Blick erfassende' und mit 'allen Sinnen' präsente Awareness kennzeichnet: Weitung. Das Erfassen fokussiert sich, Strukturen werden deutlich. Unter Ablendung der Fülle des Erfassten strukturiert sich im Bewusstsein (consciousness) sprachlich gefasstes Verstehen (3), das sich zum begrifflich präzisen Erklären (4) unter weiterem Informationsverlust verdichtet (Engung), um sich wiederum erneut dem phänomenalen Feld, dem Wahrnehmen (1) und Erfassen (2) u.s.w. der Lebenswelt zu öffnen ('Weitung'). *Petzold* 1993, 627

drücken und unseren Reaktionen darauf sein. Diese Erlebnisse sind immer an unsere Mitmenschen gebunden, mit denen wir in *Ko-existenz*²⁶ (*Petzold*) leben.

So entstehen mit der Zeit Charakterzüge, Strukturen in unserer gewachsenen Persönlichkeit

Nicht immer dringen erlebte Szenen in unser klares Bewusstsein. Die Auswahl, die wir aus der Vielgestaltigkeit unserer Mitwelt immer wieder neu treffen, ergibt sich aus unserem Weg der gelebten Vergangenheit heraus im Hier und Jetzt in eine vorgestellte Zukunft. Auch unsere Vorstellungen erwachsen aus unseren gemachten Erfahrungen mit unseren Bezugspersonen und aus Wünschen, Hoffnungen und Ängsten.

Was bedeutet diese phänomenologische, hermeneutische Ausrichtung für den kreativtherapeutischen Prozess, der sich in der gemeinsamen Arbeit mit den PatientInnen entfaltet?

Es ergibt sich in jeder kreativ gestaltenden und therapeutischen Gruppe ein Prozessverlauf, den wir in verschiedene Abschnitte unterteilen können: Im *tetradischen System* unterscheidet *Petzold* die Initialphase, die Aktionsphase, die Integrationsphase und die Neuorientierungsphase. Es ist ein Zyklusmodell, das Theorie und Praxis miteinander verbindet, Arbeitsphasen und Stundenverläufe verdeutlicht und eine Struktur für die Planung bereitstellt.

In der Initialphase steht das Wahrnehmen der Umwelt, der erste Aufbau von Kontakt, das Explorieren des Kontextes, Sammeln von Fakten auf allen Ebenen im Vordergrund.

Der Übergang zur Aktionsphase geschieht in der Praxis mit der Differenzierung durch ausgesuchte kreativtherapeutische Angebote, die die Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit der PatientInnen fördern. Hier sind erlebniszentrierte Angebote sinnvoll, die über die Medien Erfahrungen bereitstellen, in denen innere Strukturen deutlich werden. Die können z.B. aus bewegungstherapeutischen Angeboten zum Kontaktverhalten gewonnen werden: Lasse ich die PatientInnen üben erfahren, wie es ist, aufeinander zuzulaufen und sich auf unterschiedliche Weise zu grüßen, so entstehen vielgestaltige Verhaltensmöglichkeiten, die viel Material aus dem Erleben der TeilnehmerInnen für eine Auseinandersetzung miteinander bereitstellen. Ebenso ermöglichen Gestaltungsaufgaben mit Materialerfahrungen eine große Erlebnisbreite über Empfindungen und Erinnerungen, die sowohl einen Zugang zu den Ressourcen, als auch Hinweise auf Störungen in der Erlebnisfähigkeit und Kontaktbereitschaft der PatientIn anzeigen können.

In der Integrationsphase geht es um den kognitiven Prozess der Reflexion der gefühlten und durchlebten Ereignisse. Hier hilft der Einblick in das Zusammenwirken von Emotionen und Kognitionen und das Einordnen in den eigenen Lebenszusammenhang der PatientIn, sich selbst zu verstehen. Erst das Verstehen der Zusammenhänge ermöglicht eine Öffnung und die Bereitschaft der PatientIn zu neuen Erfahrungen und ersten Lernschritten.

²⁶ das ontologische Koexistenzprinzip, auf das sich die Integrative Therapie stützt, besagt: „Sein ist in fundamentaler Weise bewegtes Mitsein.“ *Petzold* 1993, 26

In der Neuorientierungsphase beginnt der Weg der Übung, der in kleinen Schritten erste Veränderungen im Verhalten der PatientInnen möglich macht. Diese übenden Schritte im Gesamtverlauf der spiralförmigen hermeneutischen Suchbewegung münden wieder in die erste Phase der Wahrnehmung ein, denn das veränderte Verhalten ermöglicht auch den Wandel in der eigenen Auswahl und Verarbeitung der Wahrnehmung unserer Umwelt und unseres Selbst.

Jeder einzelne Schritt im Prozessverlauf bedarf der *Ko-respondenz* im Klima von *Intersubjektivität*, einer liebevollen Begleitung durch andere Menschen, deren respektvolle Annahme und Unterstützung den „Weg der Wandlung“ für die PatientInnen möglich macht. Erst durch den Dialog und das Miteinander in *Polylogen*.²⁷ können neue Erfahrungen im Umgang mit sich selbst und anderen Mitmenschen erschlossen werden.

3.9. Der therapeutische Raum und die Gruppe

In jeder Klinik gibt es feste Strukturen, räumliche und zeitliche Rahmenbedingungen und Rollenzuweisungen für die Menschen, die dort arbeiten und die, die Hilfe benötigen. Auf der einen Seite arbeitet das Personal mit den unterschiedlichen therapeutischen, medizinischen und pflegenden Kompetenzen. Auf der anderen Seite befinden sich die PatientInnen in ihrer Krankenrolle. Sie sind auf der Suche nach Hilfe eigenständig gekommen oder durch besorgte Familienmitglieder gebracht worden. Auf der spezialisierten Depressionsstation bemühen sich die Mitarbeiter in der ersten Phase des Ankommens um Anteilnahme und emotionale Unterstützung der PatientInnen.

Erste Gespräche mit der Psychologin oder Psychiaterin zur Diagnosestellung werden geführt. Interviews, Biografieerhebungen, medizinische Untersuchungen, psychologische Tests, Chefarzt- und Oberarztvisiten sind die Stationen für die PatientIn auf dem Weg zu einem Behandlungsplan. Bei schweren Depressionen ist die Behandlungsdauer in der Regel auf einen Zeitraum von 50 Tagen begrenzt.

²⁷ „Polylog wird verstanden als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt, ihn durchfiltert, *vielfältigen* Sinn konstituiert oder einen hintergründigen oder übergreifenden Polylogos aufscheinen und 'zur Sprache kommen' lässt- vielleicht ist dies noch ein ungestalteter, 'roher Sinn' im Sinne Merleau Pontys (1945, 1964) oder ein 'primordialer Sinn', (Petzold 1978c), eine 'implizite Ordnung' (Bohm), die auch schon die Gestaltungsmöglichkeiten und -formen enthält oder 'chaotischen Sinn'- warum nicht? – Polylog ist der Boden, aus dem Gerechtigkeit hervorgeht; sie gedeiht nicht allein im dialogischen Zwiegespräch, denn sie braucht Rede und Gegenrede, Einrede und Widerrede, bis ausgehandelt, ausgekämpft werden konnte, was recht, was billig, was gerecht ist, deshalb ist er der Pharrhesie, der freien, mutigen, wahrhaftigen Rede verpflichtet. – Polylog ist ein kokreatives Sprechen und Handeln, das sich selbst erschafft. – Polylog ist aber auch zu sehen als 'das vielstimmige innere Gespräch, innere Zwiesprachen und Korrespondenzen nach vielen Seiten, die sich selbst vervielfältigen'- Das Konzept des Polyloges bringt unausweichlich das Wir, die strukturell anwesenden Anderen, in den Blick, macht die Rede der Anderen hörbar oder erinnert, dass sie gehört werden müssen – unbedingt! Damit werden die Anderen in ihrer Andersheit (Levinas), in ihrem potentiellen Dissens (Foucault), in ihrer Differance (Derrida), in ihrer Mitbürgerlichkeit (Arendt) prinzipiell 'significant others', bedeutsame Mitsprecher für die 'vielstimmige Rede' (Bakhtin), die wir in einer humanen, konvivialen Gesellschaft, in einer Weltbürgergesellschaft brauchen“. Petzold 1988, 2002a, 81

Eine gut geplante Fokalthherapie unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen durch die Kostenträger und die Wirtschaftlichkeit der Klinik setzen hier das Maß. Ein wöchentlicher Stundenplan wird gemeinsam mit dem multiprofessionellen Team und der PatientIn erstellt. Die Tage in der Klinik erhalten Struktur. Die PatientIn wird in die Stationsgemeinschaft mit ihrem Regelwerk eingeführt.

Frei gewählte, selbst gestaltete Kontakte sind nur in den Ruhepausen, während der Mahlzeiten und in der freien Zeit der PatientInnen möglich, sofern sie nicht durch ihren Krankheitszustand und die vielen Angebote zu erschöpft dazu sind.

Wie viele Gelegenheiten für Begegnungen im Klima von *Intersubjektivität* der Klinikalltag tatsächlich bereitstellt, ist auch und das durchaus in besonderem Maße eine Frage von den unterschiedlichen Gruppenangeboten. Sie können Zeit, Raum und Atmosphären zur Verfügung stellen, um Begegnungen zwischen Menschen, unter den PatientInnen und auch mit den TherapeutInnen zu ermöglichen.

Intersubjektive Begegnungen sind gekennzeichnet durch eine „Auseinandersetzung in Freiheit und Wertschätzung auf gleicher Ebene im Respekt vor der Würde des anderen als Mitmensch“ (Petzold 1993, 1060). Menschen, die sich durch die Krankheit der Depression entwurzelt und aus dem Lebensfluss gerissen fühlen, verdienen gerade in ihrer isolierten Position Respekt, den sie für sich selbst nicht mehr aufbringen können. Begegnet Ihnen jemand in Würde und Wertschätzung, so ist das die Grundvoraussetzung für einen Weg der Heilung.

Die Chance wieder bewusst teilzuhaben an der gemeinsamen *Ko-existenz* alles Lebenden entsteht da, wo Menschen einander annehmen, zuhören und verstehen.

Ziel meines kreativtherapeutischen Gruppenangebots ist es, Atmosphären zu schaffen und Räume bereitzustellen, in denen die PatientInnen sich aufmerksam, authentisch und würdevoll begegnen können.

Finden solche Begegnungsqualitäten in den therapeutischen Gruppen statt, so kann das zwischenmenschliche Klima auch weiter getragen werden. Schön ist es dann zum Beispiel zu erfahren, dass Trost und Beistand, kleine Gesten der Aufmerksamkeit und Aufmunterung aus gemeinsam erlebten, geteilten Stimmungen auch außerhalb des Gruppenangebotes unter den PatientInnen stattfinden.

Atmosphären, „ergreifende Gefühlskräfte, die sich randlos in den Raum ergießen,“ (Schmitz in Petzold/Orth 1990, 631) machen vor keiner Mauer halt. Sie werden von den Menschen auch in ihre größeren Gemeinschaften getragen.

Diese Gefühlskräfte können aber auch, insbesondere für die leitenden Psychiater einer Depressionsstation, Anlass zu großer Besorgnis sein. Denn es gibt sie ebenso als mutlose, hoffnungslose Gefühlslagen, mitunter gepaart mit Suizidgedanken. Gerade gegenüber diesen destruktiven Stimmungslagen ist eine sehr große Aufmerksamkeit und eine gute Zusammenarbeit des gesamten Personals notwendig.

3.10. Zusammenarbeit mit dem Stationsteam

Die größte Gefahr auf der Station ist, dass eine PatientIn einen Suizid plant und durchführt. Alle MitarbeiterInnen sind besonders wachsam und vorsichtig in Bezug

auf dieses Thema. Wichtig ist ein besonders gut funktionierendes Netzwerk für eine schnelle und genaue Informationsweitergabe. Wöchentliche Visiten, Fallbesprechungen, Teamsitzungen und Kurvenvisiten reichen allein nicht aus. Ein Netzwerk, in dem schnelle Ansprechmöglichkeiten gegeben sind, ist hier gefordert. Eine tragende Rolle wird durch die Pflege auf der Station übernommen. Es gibt im Stationszimmer immer eine verantwortliche Ansprechperson, die auch alle wichtigen Informationen weiter zu den verantwortlichen Ärzten trägt. Im digitalen Computernetzwerk der Klinik werden klinische Aspekte und therapeutische Prozesse dokumentiert und es besteht die Möglichkeit, die Dringlichkeit einer Beobachtung hervorzuheben. Parallel dazu werden die Kurven der Medikamentengabe und der Befindlichkeit der PatientIn Tag und Nacht handschriftlich auf der Station geführt. Mir war es immer ein Anliegen, meine Beobachtungen von besorgniserregendem Verhalten oder starken Emotionen der PatientInnen persönlich auf der Station zu besprechen.

Manch eine kreativtherapeutische Arbeit hat eine PatientIn stark berührt, vielleicht Trauer, Ängste oder Ärger ausgelöst. In dem intermedialen kunsttherapeutischen Angebot kann es immer mal zu heftigen Gefühlen kommen und mir ist es ein Anliegen als begleitende Therapeutin, dass die PatientIn Verständnis für ihre Gefühlslage durch das Stationspersonal erhält, ohne viel erklären zu müssen. Eine Teamsitzung direkt nach meiner Gruppe machte es mir möglich, auch die Stimmungen und Emotionen, die diese zwei Stunden kennzeichneten, an meine KollegInnen weiterzugeben. Oft genügten ein paar Sätze, die mir in der persönlichen Übermittlung das Vertrauen gaben, dass sie gehört wurden und den PatientInnen zu Gute kommen würden.

Die Zusammenarbeit der BegleittherapeutInnen mit den MitarbeiterInnen der Station ist in der Arbeitsstruktur der Klinik in den multiprofessionellen Teamsitzungen vorgesehen. Sie finden in der Regel ein bis zwei Mal wöchentlich für eine Stunde statt. Beteiligt auf unserer Station sind ein leitender Oberarzt, eine Stationsärztin, eine Psychologin, ein Sozialarbeiter, eine Musiktherapeutin, eine Heilpädagogin, eine Gestaltungstherapeutin, eine Kunsttherapeutin, ein Sporttherapeut und zwei bis drei Pflegekräfte. In diesen Kreis mischen sich häufig noch zwei PraktikantInnen. Das sind zusammen oft 14 Personen, die bei voller Belegschaft der Krankenzimmer, über 18 PatientInnen sprechen. Im Schnitt bedeutet das einen Zeitraum von 3 Minuten Informationsaustausch über eine PatientIn. Wenn 6 Personen etwas mitteilen möchten, so haben sie dazu 30 Sekunden Zeit. In diesem Rahmen werden alle Beobachtungen auf Prägnanz verkürzt und im jeweiligen individuellen Ausdrucksvermögen und dem spezifischen "Sprachcode" der Station untereinander weitergegeben.

In den einzelnen Fallbesprechungen steht den Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften ein größerer Zeitrahmen zur Verfügung, um Einblick in die Biografie und die Lebensumstände der einzelnen PatientInnen zu erhalten und sich aus den verschiedenen Perspektiven über die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Äußerungen auszutauschen, um gemeinsam Zielsetzungen für die individuellen therapeutischen Wege zu bestimmen.

Hilfreich für die gelingende Kommunikation unter den MitarbeiterInnen ist die einstündige Supervision durch einen externen Psychoanalytiker einmal im Monat. In dieser Stunde werden die unterschiedlichen Sichtweisen und Perspektiven untereinander ausgetauscht, so dass effizientes Arbeiten im klinischen Rahmen möglich wird.

4. Angebote und erste Spuren

In der Praxis der Intermedialen Gruppe wechseln die Angebote mit den unterschiedlichen Medien während des zweistündigen Gruppenprozesses ebenso wie im wöchentlichen Verlauf.

In der Initialphase und zu Beginn der Gruppenstunde gebe ich den Rahmen für ein Stimmungsbild, das wir zum Beispiel durch beschreibende Worte als kurze Erzählung oder im „Blitzlicht“²⁸, durch Körperwahrnehmungsübungen oder kleine Bewegungssequenzen explorieren.

Hier steht ein schneller, unmittelbarer Ausdruck im Vordergrund, der eine erste Spur hinterlässt. Das kann zum Beispiel ein Strich auf einem ausgebreiteten Papierbogen, eine Handbewegung oder auch die getroffene Auswahl einer Fotografie aus verschiedenen Vorlagen sein. In dieser Einstimmung bereite ich mit der Wahl des eingesetzten Mediums und der Aufgabenstellung den Boden für das Gruppenthema.

In der Aktionsphase stelle ich einen großen Zeitraum zur Verfügung, um die Möglichkeit zu bieten, die Eigenschaften eines Mediums kennen zu lernen und sich damit vertraut zu machen. Hier können neben intensiven Körperwahrnehmungsübungen kreative Prozesse und künstlerische Gestaltungen entstehen, in denen das leiblich/sinnliche Erleben eine große Rolle spielt.

In dieser Phase kann es durchaus sinnvoll sein, das Medium einmal zu wechseln. So eröffnen sich für die PatientInnen Experimentierräume, in denen auch individuelle Unterschiede und Neigungen berücksichtigt werden. Eine TeilnehmerIn formt vielleicht gerne Figuren aus Ton, eine andere vertieft sich lieber länger in das Malen eines Bildes und eine dritte entwickelt beim Schreiben eines Textes eine kleine Geschichte. Eine breite Fächerung der Medienangebote während des Gruppenverlaufs hat große Chancen, kreative Potentiale der TeilnehmerInnen freizulegen und anzuregen.

Auf der anderen Seite unterstützt die gleiche Aufgabenstellung für die gesamte Gruppe den kommunikativen und interpersonellen Aspekt. Ähnliche Herausforderungen, Prozesse und Gestaltungen bilden eine Brücke zwischen den PatientInnen: Ihre Wahrnehmungen und Erlebnisse bieten Erzählstoff für erste Kontakte und weitere Begegnungen untereinander.

²⁸ Als „Blitzlicht“ wird ein kurzer prägnanter Satz oder einzelne Worte, die die momentanen Emotionen, Gedanken, Wünsche der Personen ausdrücken, bezeichnet. In therapeutischen Gruppen kann dadurch ein spontaner Ausdruck der TeilnehmerInnen gefördert werden und gleichzeitig wird für alle Teilnehmenden und für die Leitung ein Gruppenstimmungsbild in der gegenwärtigen Situation deutlich.

Im Verlauf der Wochenstunden nähere ich mich in der dritten Woche der Integrationsphase, in der die Bewusstseinsprozesse in den Blickwinkel der gemeinsamen Arbeit rutschen. Poesietherapeutische Angebote sind in dem Verlauf ein guter Übergang für die PatientInnen, erste Worte zu finden.

Ebenso runden an die Gestaltungen anschließende Gespräche kreative Prozesse ab und bereiten die PatientInnen auf den Austausch in der großen Gruppe vor. Sie können in Kleingruppen einen ersten Rahmen bereitstellen, um etwas aus dem erlebten Erfahrungsraum zu erzählen. In dieser *narrativen Praxis*²⁹, in der Geschichten erzählt und gehört werden, beginnen die Prozesse des Verstehens. Es ist ein vertieftes Verstehen, in dem Verbindungen der Gedanken- und Gefühlswelt neue Sinn- und Bedeutungszusammenhänge für den eigenen Lebensweg eröffnen. Alte Strukturen und eingefleischte Muster können hier noch einmal gefühlt, erfasst, erkannt und erklärt werden. Dadurch verlieren sie ihre determinierende Kraft und die Phase der Neuorientierung kann beginnen. Die PatientIn kann nun Konsequenzen ziehen, um ihr Leben zu verändern. Sie weiß nun, was sie gern lernen und üben möchte.

Das kann sich z.B. auf das eigene Abgrenzungsverhalten in der Kommunikation im familiären Umfeld beziehen: „Nein“ zu sagen, kann in der Gruppe im Rollenspiel Erfahrungen in diesem Verhalten ermöglichen und auch weiter in den Alltag in Form von kleinen Hausaufgaben übend transportiert werden. „Verhaltensänderungen sind nicht nur oder überwiegend durch ‚Verstehen‘ und ‚Einsicht‘ zu erwarten, sondern durch Erfahrung vollzogener Handlung.“ (Petzold 1969, 2002b, 15)

Ein anderes Beispiel für einen Transfer der neuen Einsichten in den eigenen Alltag ist eine konkrete Freizeitplanung auf Grund entdeckter Interessen für Kunst, Musik oder Tanz. Eine Anmeldung bei einem Kurs, die Planung von gemeinsamen Konzert- oder Museumsbesuchen sind erste Schritte für belebende Freizeiterfahrungen. Die Medien in der letzten Phase der Neuorientierung stellen in ihren unterschiedlichen Qualitäten Übungsräume für die Gruppe zur Verfügung.

Im dynamischen Prozessverlauf wird es immer wieder notwendig, neu zu entscheiden und zu überprüfen, wie sinnvoll der Einsatz des gewählten Mediums ist.

In den folgenden Kapiteln möchte ich einzelne Medien exemplarisch mit ihren Eigenschaften, Wirkweisen und Arten von Verwendungsmöglichkeiten vorstellen.

4.1. Fototherapie

Fotos finden in therapeutischen Arbeitsgruppen oft Anwendung. Zum Beispiel als Stimmungsbild und Anregung für den Beginn einer psychotherapeutischen Biografiearbeit. Die Bilder zeigen u.a. Personengruppen von Familienangehörigen und sind verewigte Stimmungsbilder aus vergangenen Zeiten. Sie sind nicht nur Zeugen vom Moment der Aufnahme, sondern auch von Gesprächen während der gemeinsamen Betrachtung im Freundes- und Familienkreis. Oft wird dann die Erinnerung an die eigentliche Szene auf dem Foto durch solche gemeinsame Betrachtungserlebnisse überlagert. Geschichten, die zu den Fotos erzählt werden,

²⁹ „Die ‚narrative Praxis‘, als Form ‚emotional berührten Gesprächs‘“ ist wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit in der Integrativen Therapie. „Sie führt die nonverbalen Elemente fort und gibt dem Gefühl auch sprachlichen Bedeutungszusammenhang, verbindet Kognition und Affekt in der Ko-responzend.“ Petzold, 1993, 859

mischen sich mit den eigenen Erinnerungsbildern der Situationen, die auf den Fotos festgehalten wurden. Auf diese Weise wird deutlich, dass Erinnerungsbilder und Szenen aus der gelebten Vergangenheit sich wandeln und immer wieder in einem neuen Licht erscheinen können.

Es gibt auch KollegInnen aus der Kunsttherapie, die mit aktuellen Portraitaufnahmen, die in der therapeutischen Zusammenarbeit von und mit der PatientIn erstellt werden, Selbsta Ausdruck und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstbild fördern.

In diesem Kapitel möchte ich noch einen weiteren Weg aufzeigen. Darin spielt der *rezeptive und der aktive Modus der Wahrnehmung*³⁰ eine Rolle.

Als therapeutische Vorlagen für die Praxis der rezeptiven Kunsttherapie sammelte ich, wie schon im dritten Kapitel erwähnt, Fotos, die meinen Blick auf Wege und Ausschnitte aus natürlichen Landschaften zeigen.

Als Gruppeneinstimmung in der Intermedialen Kreativtherapie arbeite ich immer wieder mit dieser Fotosammlung.

So breite ich zum Beispiel etwa zwanzig Fotos auf dem Fußboden oder den Tischen im Raum aus. Dazu spiele ich als Hintergrundmusik eine CD mit einer beruhigenden Flötenmelodie und lade die PatientInnen zu einem Spaziergang im Raum ein.

Bleibt ihr Blick nach einigen Runden durch den Raum auf einem der Bilder hängen, so fordere ich sie auf, nach Verklingen der Musik ein Foto auszuwählen.

Folgende Fragen können in weitere gemeinsame Gespräche münden:

Ist es mir leicht gefallen ein Foto auszuwählen?

Warum habe ich gerade dieses Foto gewählt?

Welche Erinnerungen, Gefühle oder Wünsche werden durch das Bild wach?

Besonders interessant für den kreativen Gruppenprozess ist der *Intermediale Quergang* zu einer weiteren Gestaltung ohne den erzählenden Austausch. Hier eignen sich zum Beispiel poesietherapeutische Dialog- oder Identifikationstechniken.

Suchen Sie sich einen Gegenstand, eine Farbe oder Fläche in dem Bild aus und lassen Sie einen Dialog entstehen zwischen sich und dem ausgewählten Gegenüber.

Das ist eine Form für die Dialogtechnik, die sich im Gespräch oder durch kreatives Schreiben entwickeln lässt.

In der Identifikationstechnik wäre das Angebot folgendermaßen:

³⁰ In der Integrativen Therapie wird zwischen der rezeptiven und der aktiven Wahrnehmung unterschieden: „Das Wahrgenommene wird vom Leibe ‘begriffen’: mit den Händen, mit dem Mund, mit dem Blick, der ergreift, mit dem Ohr, das in den Raum hinausreicht, mit der Nase, die riecht und dabei versucht, den Menschen zu erkennen (‘Woher kenne ich das?’); er beginnt nachzuspüren, nachzusinnen oder nachzudenken – wir sprechen vom aktiven Wahrnehmungsmodus und intentionalen Gedächtnis.“

„Andererseits bietet sich die Welt dem Leib dar, will gleichsam von ihm er-tastet, er-fahren, er-wandert werden. Sie ‘fällt ihm ins Auge’, ‘dringt an sein Ohr’, ‘steigt ihm in die Nase’, ‘kommt ihm ins Gespür’, dabei kommen ‘Erinnerungen auf’ und Gedanken- wir sprechen vom rezeptiven Wahrnehmungsmodus und vom fungierenden Gedächtnis.“ *Petzold* 1990, 1993, 135

Was genau auf dem Bild interessiert Sie am meisten? Stellen Sie sich vor, Sie sind der Baum, der Weg,... versuchen Sie sich mal dahinein zu fühlen..., was nehmen Sie wahr?



Abb. 4

Abb.4 zeigt Beispiele aus einer Fotosammlung der Verfasserin mit Ausblicken auf verschiedene Landschaften und Wege.

Kreatives Schreiben eignet sich ähnlich wie Bewegungsangebote besonders gut, um den eigenen Eindruck in einen Ausdruck mit einem weiteren Medium zu überführen und zu erforschen. Dieser Intermediale Quergang eröffnet einen weiteren spielerischen Freiraum für eine Entdeckungsreise zu den eigenen Möglichkeiten. Im Kapitel 4.4 dokumentiere ich poesietherapeutische Arbeiten von PatientInnen an Hand von ihnen ausgewählter Fotos.

In der folgenden Ausführung möchte ich mich auf Anwendungsweisen der Fototherapie beschränken.

Bisher war das Angebot eher auf die *rezeptive Wahrnehmung* gerichtet. Die PatientIn wurde zwar aufgefordert, aktiv ein Foto auszuwählen, jedoch ging dem ein Betrachten während des Gehens voraus.

Der Gruppenraum stellt einen Schutz für die PatientInnen dar. Sie sind weder dem Wetter in Form von Regen oder Kälte noch Begegnungen mit anderen Personen außerhalb unserer Gruppe im Klinikbereich ausgesetzt.

Mit der Auswahl und dem Auslegen der Bilder rege ich die TeilnehmerInnen an, ihren Blick über die Fotos mit den gewählten Ausschnitten aus unserer natürlichen Umwelt schweifen zu lassen. Eine behutsame Anleitung fördert die Orientierung im Raum und das Richten der Aufmerksamkeit auf die ausgelegten Bilder. Die sanfte Melodie im Hintergrund unterstützt die Entspannung beim Gehen. Begleitende Worte der TherapeutIn während des Gehens sollten Gelassenheit und die Konzentration auf die eigene Stimmungslage fördern.

Depressive PatientInnen sind nicht sehr belastbar und haben in der akuten Phase der Krankheit wenig Kraft, Ausdauer und Entscheidungsbereitschaft. Ein niederschwelliges Angebot, in dem dennoch die individuelle Freiheit bezogen auf die Möglichkeit und die Ausführung einer eigenen selbständigen Wahl bewusst vollzogen wird, kann Ressourcen wecken.

Die auf den Fotos gezeigten Motive sind aus der unmittelbaren Umwelt, der uns umgebenden Landschaften gewählt. Die Betrachtung solcher Ausschnitte aus dem Pflanzen- und Landschaftsbereich sind für alle Menschen zugänglich. Sie kostet kein Geld. Die Schönheit der Natur mit ihrem unerschöpflichen Formenreichtum kann sich jeder Person in den verschiedensten alltäglichen Situationen offenbaren. Der Blütenkelch einer Blume im Klinikgarten; Lichtstrahlen, die durch das Laub eines Baumes scheinen; Wolken, die Figuren am Himmel zeichnen sind Beispiele für Naturerscheinungen, die zu einem kurzen intensiven Kontakt mit unserer Umwelt anregen, indem wir unseren Blick einfangen lassen und innehalten, um bewusst das Naturschauspiel auf uns wirken zu lassen oder den Duft der Rose mit einem tiefen Atemzug aufzunehmen.

Ziel bei diesem Angebot ist, das bewusste Sehen der PatientInnen zu fördern und ihren Blick für ihre Umwelt zu schärfen. Durch das angeleitete bewusste Betrachten einer ersten Auswahl stimulare ich ihren Sehsinn und sensibilisiere ihr Bewusstsein für die gezeigten Ausschnitte. Die Vielfalt der natürlichen Formen und das Licht und Schattenspiel unserer ständig in Bewegung befindlichen natürlichen Umwelt trägt zur Anregung der organismischen Sinnestätigkeit bei.

Zusätzlich erhalte ich als TherapeutIn Informationen, was die PatientIn in ihrer gegenwärtigen Lage als bedeutungsvoll erlebt und bereit ist zu erschauen.

Der Klinikgarten besteht aus unterschiedlich angelegten und gepflegten Flächen mit einem alten Baumbestand, kleinen Hügeln, verschiedenen Wegen, Rasen- und Pflanzenflächen und Kräuter- und Blumenbeeten. Eine große Vielfalt von natürlichen Formen, Farben und Gerüchen ist hier zu finden. Plätze mit Bänken und Stuhlgruppen laden in den warmen Jahreszeiten zum Verweilen ein.

Um den PatientInnen einen Weg aufzuzeigen, Details aus dieser Vielfalt in Ruhe betrachten zu können, entwickelte ich ein fotherapeutisches Angebot in einem aktiven Modus.

Nach einer kleinen bewegungstherapeutischen Einstimmung bekommen die PatientInnen ein weißes Passepartout, das einen ca. 7 x 9 cm großen freien Ausschnitt zeigt, in die Hand. Damit ausgerüstet schlendern sie durch den Garten mit der Aufgabe, nach einem Ausschnitt zu suchen, der ihnen gefällt, sie anspricht, sich in den Vordergrund drängt. Nach der getroffenen Wahl stellen die GruppenteilnehmerInnen sich gegenseitig ihren Ausschnitt aus dem Park vor. Daraufhin erstellen sie ein Foto des gewählten Ausschnitts mit der Kamera, die ich zur Verfügung stelle.



Abb. 5

Die Abb. 5 zeigt Beispiele von PatientInnenfotos im Klinikgelände während der Intermedialen Gruppe.

Der Spaziergang durch den Klinikgarten wird zum Erlebnisfeld der einzelnen PatientInnen. Während des Gehens bestimmt auch die eigene Bewegung und Körper- und Kopfhaltung über die Art und Weise der Wahrnehmung.

Wie schnell bewegen sich die TeilnehmerInnen? Bleiben sie zwischendurch stehen? Die Lenkung der Aufmerksamkeit durch eine gezielte Aufgabenstellung in der Anleitung öffnet oder beschränkt das bewusste Sehen in den möglichen Blickwinkeln. Eine Rolle spielt dabei auch die Wortwahl, die Größe des zur Verfügung stehenden Zeitraums und die unmittelbaren Einflüsse aus der Umgebung. Gibt es laute Geräusche von Gartenarbeitern, Flugzeugen oder von anderen Menschengruppen im Park?

Entspannend ist dieses Angebot für die TeilnehmerInnen, wenn das Wetter angenehm ist und der Park Ruhe und eine friedliche Stimmung ausstrahlt.

Die einzelnen Schritte, die letztendlich zu der Auswahl eines Motivs führen, beschreibt *Knödeler* in seinem Artikel: „Fotografie – eine Möglichkeit der Selbstanalyse“. (*Knödeler* 1995, S. 298 ff.)

Wie „in Zeitlupe“ zerlegt er den Prozess eines Fotospaziergangs durch die Natur in die verschiedenen Einzelschritte: *Sehen, Ansprechen lassen, Stehen bleiben, Genaueres Hinsehen, Pendeln, Komponieren, Entscheiden, Auslösen*. Allein durch die Wortwahl wird deutlich, wie ein rezeptiver Wahrnehmungsmodus in einen aktiven wechselt und zu einer Gestaltung im Sehen wird.

Das Passepartout erleichtert den PatientInnen die Aufgabe des Komponierens. Sie können durch einfaches Halten des weißen Rahmens vor die Parkausschnitte verschiedene Bilder in den Rahmen setzen, bevor sie sich für ein Foto entscheiden. Die Auswahl des Bildes hat immer etwas mit der therapeutischen Anleitung, der Gruppenatmosphäre, der eigenen Gestimmtheit und auch mit der Umgebung und dem Wetter zu tun.

Meine Beobachtung ist, dass es den einzelnen TeilnehmerInnen nicht schwer fällt, ein Bild auszuwählen und ihre Auswahl in der Gruppe zu begründen. Bei weiteren Explorationen des entstandenen Bildes durch intermediale Quergänge scheinen oft noch weitere Aspekte über die Verbindungen der Innen- und Außenwelt der einzelnen Personen auf.

Wenn durch dieses Angebot die Lust auf Spaziergänge im Klinikbereich oder auch außerhalb in den Landschaftsbereichen am Rhein und den nahegelegenen Feldern zunimmt, so ist ein Anreiz für Bewegung geschaffen.

Differenziert sich die Wahrnehmung und schärft sich der Blick für schöne Bilder während des Laufens, so werden die PatientInnen wieder erreichbar für Sinneseindrücke und die Vielfalt der Formen und Farben aus ihrer Umgebung.

Erlebnisse und Entdeckungen werden dabei bedeutungsvoll, wie zum Beispiel eine große Freude und Begeisterung unter den TeilnehmerInnen meiner Gruppe entstand, als einige von ihnen beim morgendlichen Nordic-Walking an einem Zaun Eiszapfen entdeckten. Ein ungewöhnliches Bild, das mir von ihnen in seiner einzigartigen Erscheinung beschrieben wurde, so dass ich mich in der nächsten Pause aufmachte, um es fotografisch festzuhalten (siehe Abb. 6).



Abb. 6

Zu Abb. 6, morgendliche Entdeckung einer PatientInnengruppe, die an der Intermedialen Kreativtherapie teilnahmen. Ein defekter Wasserzulauf, der den Zaun bespritzte, war Ursache dieses Phänomens.

4.2. Kunsttherapeutische Arbeit mit Naturmaterialien

4.2.1. Erster Kontakt

Während das Arbeiten mit Fotos insbesondere unseren Sehsinn anspricht, bezieht die Berührung und das Gestalten mit gesammelten Naturmaterialien unsere organische Sinnestätigkeit auf vielen Ebenen ein. Das Berühren von Sand, Steinen, Gräsern, Zweigen, Rinden, Moosen, Erde, Federn geschieht nicht nur mit den Augen, sondern auch mit unseren tastenden Händen. Oft strömen frisch gesammelte Materialien noch zusätzlich einen Geruch aus. Durch das Ertasten und Erspüren von den verschiedenen Eigenschaften der Materialien wie warm/kalt, weich/hart, schwer/leicht, rau/glatt, rund/eckig, wird unsere differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit erlebbar und aktiviert.

Biete ich zu Beginn einer Sequenz Wahrnehmungsübungen in Form von Tastübungen an, so rege ich nicht nur die Sinnestätigkeit der TeilnehmerInnen an, sondern wecke mit diesem Angebot auch Erinnerungen. Wie intensiv der Leib der Einzelnen seine Informationen freigibt, ist auch von der Länge der Zeit beim Spüren abhängig. Je größer der Zeitraum, desto stärker können die Empfindungen werden. Eine Intensitätssteigerung ist auch durch das Schließen der Augen beim Tasten möglich. In meinen Gruppen habe ich die Erfahrung gemacht, dass die TeilnehmerInnen sehr empfänglich für Emotionen und Erinnerungen beim Ertasten sind und eine zusätzliche Steigerung mir nicht sinnvoll erscheint. Das hat mich einerseits erstaunt, weil ich von dem Zustand des „Nicht-mehr-fühlen-können“, wie es in den Beschreibungen depressiv Erkrankter dargestellt wird (vgl. *Schmidt-Degenhard*)³¹, gelesen und gehört habe. Andererseits hatte ich das Angebot, bei dem es nur um Ertasten und Befühlen mit den Händen ging, schon so aufgebaut und angeleitet, dass gleichzeitig die Fähigkeit der Kognition und Reflexion angeregt wurde. Ich lege neben jede Tonschüssel, in der sich ein Naturmaterial befindet, einen Zettel und einen Stift, auf den die PatientInnen Worte schreiben, die ihnen beim Befühlen in den Sinn kommen.

In der Anleitung, in der ich einlade, die verschiedenen Inhalte der Gefäße zu ertasten, weise ich darauf hin, dass es mehr auf den Genuss als auf das Ertragen von Empfindungen ankommt.

Die Abbildungen 7a bis 7i zeigen einen Materialaufbau für eine achtköpfige PatientInnengruppe. In den psychiatrischen Diagnosen waren bis auf eine PatientIn alle anderen als in einer schweren- oder mittelschweren depressiven Episode befindlich eingestuft. Sie hatten insgesamt 20 Minuten Zeit bei den verschiedenen Stationen zu fühlen und zu schreiben. Mindestens sechs verschiedene Schriftarten fand ich auf jedem Blatt. Wiederholungen kürzte ich in dieser Dokumentation nicht.

Die ausgelegten Materialien waren frisch, zum größten Teil am gleichen Morgen oder Vortag am Rhein und im Wald von mir gesammelt worden.

³¹ „Ähnlich beschreibt v. Krafft-Ebing 1874 die 'Anaesthesia dolorosa' des Melancholischen, der 'quälend' wahrnehme, 'daß er gefühllos, gemüthlos geworden ist, sich über nichts mehr freuen kann, aber auch über nichts mehr betrüben kann.“ *Schmidt-Degenhard* 1998, 54

Folgende Fragen stellte ich als Einstimmung in das Wahrnehmungsangebot:

Zu welchem Material zieht es Sie hin? Was würden Sie gern betasten, befühlen, begreifen?

An welchem der gesammelten Naturmaterialien möchten Sie mal riechen? Welche Erkundung löst angenehme Erinnerungen in Ihnen aus?

FEDERN



*Kleine Vögel im Nest, Geborgenheit,
weich, zärtlich, kuschelig,
pieksen ein bisschen,
fliegen, Leichtigkeit, Vögel,
putzen, spielen, lächeln leise,
walken, Frau Holle,
weich und flauschig, vermitteln
Zartheit, kuscheln und träumen,
leicht, schwebend, luftig,
geruchlos, weich, flauschig,
Vögel, luftig, leicht.*

Abb. 7a

ZWEIGE



*Starr,
nicht biegsam,
kleine Astrippen,
geruchlos,
unterschiedlich große und kleine Zweige,
rau, nicht glatt,
verästelt,
stabil, trotzdem beweglich,
Grundlage, Fundament der Blätter,
Zaun in Südtirol,
Einfriedung für Tiere,
Nestbau für Greifvögel,
starr, hart, lang, kurz, beweglich,
Vögel, Koala-Bär, Raupen,
Schmetterling, Eichhörnchen.*

Abb. 7b

LAUB



*Rascheln,
knistern,
riechen,
teppichartig,
es raschelt und knistert,
Werden und Vergehen,
Farben, Herbst, rascheln,
knistern, Abschied,
Blattgeruch, warm, Wirbel,
Herbstgeruch der Blätter im Walde,
Vergänglichkeit
und zugleich Neubeginn,
riechen modrig – Vergangenheit,
rascheln, knistern, trocken, Pflanzenduft,
Wind.*

Abb. 7c

RINDE



*Erdig, waldig, ursprünglich,
harzig, grob, Struktur, Käfer, Kleiber,
Humus, Erde, Leben, Wald,
waldig, grob, duftend, Natur,
Moor, würzig
Natur pur,
unangenehmes Gefühl,
Baum, Größe, Harz,
Geruch einatmen, herb,
wohltuend, katzig, Garten,
Igel*

Abb. 7d

GRAS



*Weich > zart > Zärtlichkeit,
Fehmarn, riesige Reetgrasflächen,
schön im Wind anzusehen,
Urlaub Sylt – See,
Freiheit, rascheln, Inseln, Seen
Kühle, flauschig, scharf, hart,
zart, laut, hart, weich, trocken,
flauschig, zart,
angenehm im Geruch,
See und Meer.*

Abb. 7e

ERDE



*Weich, riecht nach Pilzen, Vergehen,
kalt, feucht,
es ist nicht mein Medium, trotz der
unterschiedlichen Wahrnehmung,
weich, Wald, Garten
kühl, Erdgeruch, tiefer Wald,
Grab, fein, versinken, spielen, bauen,
Geruch von Moder,
ist nicht mein Ding,
fühle mich dabei unwohl.
erdig, waldig, ursprünglich,
feucht, kühl, angenehmer Duft,
Pflanzen, Tiere, Unterschlupf, Leben.*

Abb. 7f

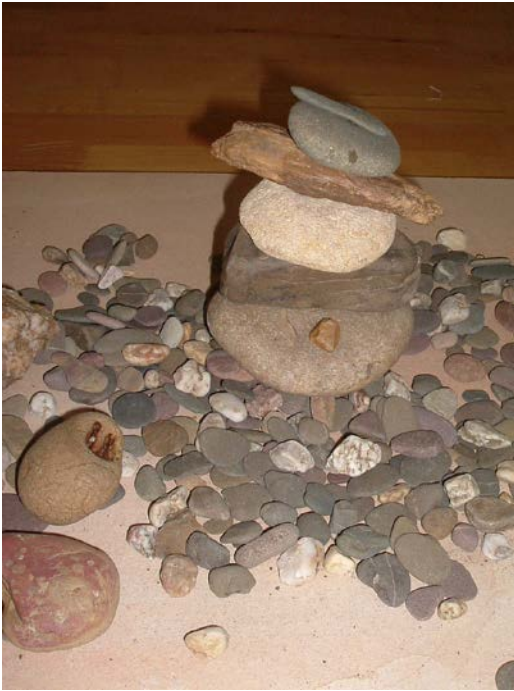
MOOS



*kratzig,
weich,
angenehmer Duft,
zart,
feucht und weich,
erdig riechend,
feucht, samtig, erdig, erdverbunden,
schönes Moosgrün, Käfer,
riecht nach Leben,
kitzeln, Wald, glänzen, grün,
Teppich hinlegen, kuscheln,
Heide, Wald, feucht,
Gerüche Pilze,
frisch und kühl,
sehr zart, andere Moose,
etwas sperrig,
schöner Duft.*

Abb. 7g

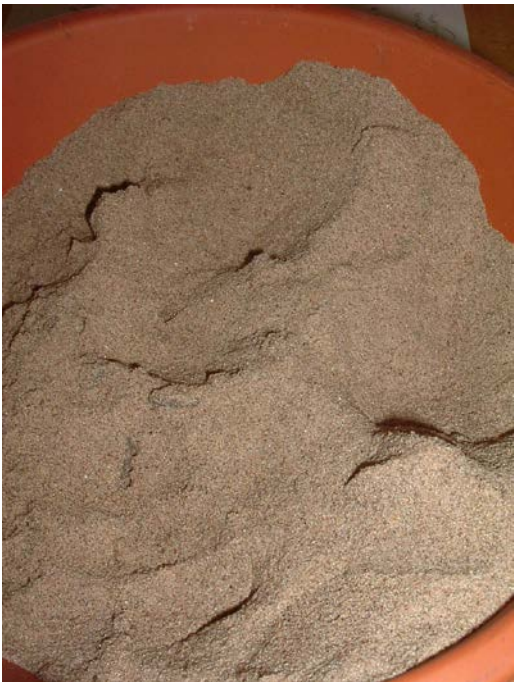
STEINE



*Strand, Brandung,
Sonne, Rauschen,
Wasser, Wellen,
rund, Sog,
hart, glänzen,
weich, Farben,
flach, Erinnerung,
Ferien,
Kiesstrand,
kalt und glatt,
ich liebe Steine, sind schon uralte,
haben schöne Maserungen, werden in der
Sonne sehr warm,
sehr interessante Formen,
tragen viele Geschichten in sich,
habe mir das Beste für zum Schluss aufgehoben,
schwer, hart, verschiedene Farben,
klein, groß, glatt, kalt,
Urlaub, wie gefeilt.*

Abb. 7h

SAND



*Zerrinnt durch die Hand,
Meer, Sonne, Sand, Förmchen, Burgen,
knistern zwischen den Fingern, kalt,
kleine Steine, Muscheln, Schmirgelpapier,
Peeling,
Sandburgen bauen,
(Heimat),
geruchlos,
feucht,
wohl fühlen > Harmonie,
formen, Kinder, Wasser, buddeln,
Sehnsucht, Meer, Sonne,
Sandschlacht, Wärme, Kälte,
Strand, der Sand rinnt wie die Zeit durch meine Hand,
Sehnsucht nach einem schönen Sandstrand,
alte Erinnerungen.*

Abb. 7i

4.2.2. Grundlagen für die Gestaltungen mit Naturmaterialien

Zum großen Teil bilden die im vorherigen Kapitel gezeigten Materialien die Grundlage für die Gestaltungsangebote in der Gruppe. Als Unterlage für die einzelnen Gestaltungen ließ ich mir von den Waldarbeitern, die ich während meiner morgendlichen Spaziergänge beim Fällen der Bäume beobachtete, zwei bis drei Zentimeter dicke Baumscheiben schneiden. Die gefällte Buche, deren Holz ich aussuchte, hat einen Durchmesser von 30 – 40 cm.

Ein Nachteil dieser Holzart und der Schnittweise ist, dass die Scheibe bei der Trocknung reißt. Auf der anderen Seite zeigt es die Spannungen und die Lebendigkeit dieses natürlichen Arbeitsmaterials.

Zusätzlich zu dem Untergrund und den verschiedenen Materialien biete ich einen großen Klumpen frisch aufbereiteten Ton als Baustoff, Verbindungsmasse und natürlichen Klebstoff an.

Als Keramikdesignerin lernte ich schon in meiner Studienzeit, den Ton selbst nach meinen Ansprüchen und Bedürfnissen zu mischen. Diese Tonmasse verursacht keine zusätzlichen Anschaffungskosten, da ich sie aus den Tonabfällen der Kreativtherapie gewinne. Auf diese Weise bin ich nicht auf die vorgefertigten, in Plastik verpackten, farblich vereinheitlichten, oft sehr harten, käuflichen Tonmischungen angewiesen. Aus den Tonresten der Kreativtherapiegruppen mische ich mir sehr schöne Farbtöne zwischen rot, weiß und braun. Es ist zwar im engen Zeitkorsett der Klinikarbeit zeitlich sehr aufwendig, den Ton mit der Hand aufzubereiten, aber es hat mir auch immer Ausgleich und Entspannung geboten. Manch ein Patient (hier waren es eher die Männer) interessierte sich auch für den Prozess der Tonaufbereitung und bot mir Hilfe an.

In diesem Kapitel möchte ich verschiedene Aufgabenstellungen, mit denen ich arbeite, an Hand von Beispielen aus der Vielfalt der Gestaltungen von den PatientInnen aufzeigen.

4.2.3. Gestalten einer Figur mit ergänzenden, gesammelten Naturmaterialien

Die folgende Gestaltungsaufgabe ist eine Anregung, die ich gern am Ende eines Themendurchlaufs in der Phase der Integration und Neuorientierung anbiete:

Das Formen einer Figur aus weichem Ton mit ergänzenden Materialien aus dem Park.

Zur Einstimmung und Ideen Anregung lade ich die GruppenteilnehmerInnen zu einem ca. zehnminütigen Spaziergang draußen im Klinikgelände ein. Die Suchbewegung beim Laufen und Schauen rege ich mit folgenden Fragen an:

*Was kann ich für meinen Alltag, für meine Zukunft gut gebrauchen?
Was fällt mir ins Auge?*

Was kann ich für die zu gestaltende Figur mitnehmen?



Abb. 8

Die Anleitung, nach kleinen Details für eine eigene Figur Ausschau zu halten, fördert den Ideenreichtum durch das Umherschweifen des Blickes beim Laufen. Ein Spaziergang lockert den eigenen Leistungsanspruch etwas auf: Die PatientIn muss keine fertige Idee haben, sondern hat Zeit, Schritt für Schritt etwas aus dem zu entwickeln, das ihr begegnet.

Der rhythmische, sich wiederholende Bewegungsablauf beim Gehen fördert die Spannungsregulation und die Konzentration auf die eigene Person mit ihren individuellen Themen.

Die mitgebrachten Materialien sind oft Anreiz und Auslöser für die Verwirklichung einer Idee.

Das Foto der Abb. 8 zeigt eine rudende menschliche Figur mit Hut in einem Boot. Zwei Materialien aus dem Park ergänzen die Gestaltung. Der Hut des oder der Rudersmanns ist geschmückt mit einer gelben und weißen Blüte. Im Boot liegt eine Kastanie, die gerade einen ca. zwei Zentimeter langen Keim ausgebildet hat. Der Patient gibt der Gestaltung den Titel: „Komm in mein Boot!“

In der Gestaltung scheinen verschiedene Aspekte eines Themas des Patienten auf. Nach 18 Monaten Trauerzeit um seine durch schwere Krankheit verlorene Frau, befindet er sich in einer tiefen Depression und ist seit ihrem Tod nicht in der Lage in seinem Beruf zu arbeiten. Es gibt wunderschöne Erinnerungen von gemeinsamen Urlaubsreisen und insbesondere ein Foto seiner Frau im Boot mitten auf dem Wasser. Er hat sie sehr geliebt und er wünscht sich, dass noch einmal jemand zu ihm sagt: „Komm...“ so wie sie am Anfang ihrer gemeinsamen Beziehung.

Viel später, während einer Bildbesprechung in einer anderen Gruppe erzählt er, dass seine Frau vor ihrem Tod den Wunsch nach einer Seebestattung geäußert habe und diese noch ausstehe. Den Ort hat er schon ausgesucht, aber bisher war er zu dieser Reise und dem letzten Akt des Abschieds noch nicht in der Lage.

Am Ende der Stunde, in der diese Gestaltung entstand, bittet er mich, die Kastanie in einen Topf mit Blumenerde zu pflanzen. Zu einem späteren Zeitpunkt übergebe ich ihm die gekeimte Kastanie, die ihren ersten Trieb ausgebildet hat.

Dies ist ein Beispiel für Begegnungen, in denen durch Gestaltungen Szenen lebendig, Geschichten erzählt und gehört werden und die Hoffnung auf Veränderung und Wandlung in Form einer keimenden Kastanie sichtbar und greifbar wird.

Die Gestaltung der Abb. 9 zeigt ebenfalls eine Arbeit eines männlichen Patienten. Der Titel seiner Arbeit lautet: „Scheißhaufen mit Krallen“. Zur Erläuterung sagt er: „Wie ich mich manchmal fühle, wenn ich mich miserabel fühle! Ich werde mich immer wehren!“

Seine Figur besteht aus einer spiralförmig eingerollten Tonschlange, die mit den knospenden Spitzen eines Busches bespickt ist. Die dunkelroten Spitzen der Knospen erinnern an scharfe Krallen.

Nicht immer ist es möglich mit den PatientInnen in Kontakt über ihre Gestaltung zu kommen. Dieser Patient kam zwar regelmäßig zu den Gruppenangeboten, doch es war mir nicht möglich, mit ihm in weiterführende Gespräche über seine Gestaltungen und Themen einzusteigen. Kurz vor seiner Entlassung deponierte er sein Kunstwerk auf einem Mauervorsprung im Garten, nicht weit entfernt vom Eingang der Kreativtherapieräume.



Abb. 9

4.2.4. Wahrnehmungsübungen und Gestaltungen zum Thema „Zeit“

Ein Gestaltungsangebot mit den Materialien Ton und Sand auf einer Baumscheibe zum Thema: „Zeitwahrnehmung, Zeitbewusstsein, Zeitempfinden, Zeiterleben.“

Wie nehmen depressive PatientInnen den Zeitfluss wahr? Darüber ist viel in der anthropologischen und phänomenologischen psychiatrischen Literatur geschrieben worden. Hier zitiere ich nur einige Ausschnitte aus den beschreibenden Sätzen zum Thema, woraus das Gefühl des „Isoliert-Seins“ der depressiven PatientInnen verständlicher wird: „Der melancholische Mensch erfährt unmittelbar ein Aufhören, ja den Verlust der lebendigen Zeitflussdynamik, woraus ein subjektives Außer-der-Zeit-sein resultiert.“ (*Schmidt-Degenhard*, 1999, S. 55)

Henry Ey beschreibt in seinem Werk „das Bewusstsein“ die Melancholie mit den Worten: „Die Erfahrung des Nie“ (1967) und *Minkowski* (1972) schreibt: „Die Komplexität der Zeit und des Lebens zerfällt und sinkt auf eine niedrigere Stufe. Die Lebenskraft weiche und das Werden (nun nicht mehr durch den 'elan vital' auf die Zukunft gerichtet) stürzt auf uns zu und erweist sich in seiner Gesamtheit als feindliche Macht, die uns nur leiden lassen kann.“ (in *Schmidt-Degenhard*, 1983)

Nach einer Einstimmung in das Thema „Zeit“ durch erzählenden Austausch, in Form von Sammeln themenbezogener Gedanken und Gefühle der PatientInnen, bereite ich die Gruppe mit einem rhythmisch betonten Bewegungsangebot auf einen weiteren Medienwechsel vor.

Um die verschiedenen Erlebensqualitäten gemeinsam geteilter Zeit erfahrbar zu machen, biete ich im Stundenverlauf sehr unterschiedliche Übungen, bezogen auf Bewegungs- und Wahrnehmungsinhalte, an. Rhythmische Schrittfolgen zum Beispiel, die in der Gruppe im Kreis geübt werden, verbinden die TeilnehmerInnen im gemeinsamen Tun und strukturieren die Zeit hörbar und fühlbar. Rhythmik in Musik oder Rhythmik in eigenständig vollzogener und in gemeinsames Tun eingebetteter Bewegung gliedert die erlebte Zeit in Strukturelemente, die gefühlt, gehört oder auch am eigenen Körper und bei anderen GruppenteilnehmerInnen betrachtet werden können. Wenn ich nun auf ein solches Bewegungserlebnis eine Wahrnehmungsübung folgen lasse, in der die Körperbewegungen nicht vorgegeben sind, sondern eine andere Qualität des Zeitempfindens gefördert wird, die eher durch Ruhe, Stille, Weite und Variabilität gekennzeichnet ist, so kann ich damit eigenen Ausdruck und Austausch über das individuelle und gemeinsame Erleben anregen. Wie werden die unterschiedlichen Übungen von den TeilnehmerInnen wahrgenommen und erlebt?

In der nun folgenden Übung sitzt die Gruppe gemeinsam um einen großen Tisch und jede TeilnehmerIn bekommt eine Baumscheibe als Arbeitsfläche, die sie vor sich platziert. Im ersten Schritt betrachten wir die Abbildung der Jahresringe und befühlen das Holz. Es können dabei auch Gespräche über die Art der eigenen Wahrnehmungen entstehen. Im folgenden Prozess gebe ich nacheinander in einem größeren zeitlichen Abstand zwei bewegliche Medien aus: Sand und weichen Ton. Den Sand wärme ich gern in den Übergangsjahreszeiten und im Winter im Keramikofen an. Jede TeilnehmerIn kann so viel Sand auf ihre Scheibe streuen, wie sie möchte. Das Spiel mit dem warmen, an heißen Tagen auch kühlen Sand, kann in einer langen Zeitspanne ausgekostet werden. Es können Sandstrukturen auf der

Scheibe entstehen, Berge und Täler geformt werden oder auch nur das Rinnen des Sandes durch die Hände erspürt und betrachtet werden. Geben und Nehmen in Form von Streuen und sich berieseln lassen, Loslassen und Empfangen sind Anregungen für Spiel und Bewegung der beiden Hände mit dem Sand über der Baumscheibe. Der Sand ist trocken und feinkörnig und erinnert eher an Seesand als den hiesigen feuchten Sand auf Kinderspielflächen oder Baustellen.

In dieser Phase bietet sich auch ein kleiner poesietherapeutischer Quergang durch das Vorlesen einer Geschichte oder eines Gedichts an, wenn die TeilnehmerInnen nicht gerade selbst im Erzählfluss sind. Ich lese gern das Gedicht von *Ovid* „Metamorphosen“³² zum Spiel mit dem Sand vor. Es erzählt von der ständigen Verwandlung aller Dinge auf unsere Welt.

Im weiteren Verlauf gebe ich jeder TeilnehmerIn ein etwa Ei-großes Stück Ton in die Hand. Als alternative Möglichkeit, wenn jemand zu diesem Zeitpunkt keinen Ton anfassen mag, steht Ihnen auch eine Sammlung aus Kieselsteinen für die Auswahl einer Figur zur Verfügung.

Gestaltungsaufgabe ist nun, durch spielerisches Herumprobieren ein Objekt zu dem Sand auf der Baumscheibe in Beziehung zu setzen.



Abb. 10

³² „Keine Erscheinung behält die Gestalt: die Verwandlerin alle Dinge, Natur, schafft stets aus den alten erneuerte Formen. Nichts geht unter im riesigen Weltall, so schenket mir Glauben, sondern es wandelt und neuert die Form. Man nennt es Entstehen, wenn es beginnt, etwas anderes zu sein als es vorher gewesen, Sterben, wenn das Sosein endet. Wird jenes auch hierhin, dieses auch dorthin versetzt, die Summe ändert sich niemals. Nichts, so möchte ich glauben, vermag in der selben Gestaltung lange zu dauern..“ *Ovid*, *Metamorphosen*, 15. Buch in *Petzold/Orth* 1991, 722

Die Figur auf dem Foto der Abb. 10 „fühlt sich“, nach Aussage der Patientin, „ganz wohl in ihrer Sandkuhle“. Es gibt ihr ein „geborgenes Gefühl“, dort zu stehen, sie fühlt sich nicht eingeeengt und „kann mit ihren Augen gut über den Rand schauen“. Zu einem späteren Zeitpunkt vertraut sie mir an, dass das Gefühl kurz vor ihrem Selbstmordversuch vor sechs Monaten so zu beschreiben ist, dass „der Sandwall so hoch war, dass sie nicht mehr darüber schauen konnte.“

Die Patientin, die die Figur auf dem Foto der Abb. 11 formte, erzählte über ihre Schwierigkeit, mit ihrer gegenwärtigen Tätigkeit wirklich verbunden zu sein. Meist ist sie gedanklich schon einen Schritt weiter und fragt sich, wann die gegenwärtige Handlung endlich ein Ende hat. Sie ist getrieben von Unruhe. Ihre Figur hat, wie sie sagt, keine Vorder- oder Rückseite. Die seitwärtsgestellten Füße lassen die Figur leicht umfallen, wie der Sand am Kopf und Bauch der Figur noch verrät. Die kreisenden Furchen im Sand verweisen auf ihr Schwindelgefühl und die tanzenden und drehenden Körperbewegungen ihrer gestalteten Figur. „Sie weiß nicht, wo sie hingehört, dreht sich und kann nicht stoppen“, sind die Worte der Patientin in der Abschlussrunde.

Gestaltungssequenzen wie diese enden immer mit einer kleinen Präsentation, in der die TeilnehmerInnen ihre Gestaltungen der Gruppe vorstellen. Das kann z. B. durch das Benennen eines Titels oder durch eine Erlebnisschilderung des wahrgenommenen eigenen Gestaltungsprozesses geschehen.



Abb. 11

Die Abb. 12 zeigt die Gestaltung einer Teilnehmerin, die mit Hilfe der hier eingefügten Fotografie sich in ihrer freien Zeit zu einem kreativen Schreibprozess anregen ließ. Ihre im folgenden Text dokumentierten Worte trug sie in der nächsten Gruppenstunde ihren MitpatientInnen vor.



Abb. 12

Eigentlich bin ich kein Meer – Sand Fan.

Mich stört es immer und überall, oft auch noch zu Hause, dieses knirschende, penetrant sich vermehrende Zeug, in Taschen aller Art wieder zu finden. Darum sitzt mein Männchen? Frauchen? auf einem ziemlich nackten Baumstumpf. Das, was mehr an Sand da war, ist bis auf einen kleinen Rest, in den Jahresringen des Stumpfes versiegt.

Nicht der Wind hat den Sand in alle Ecken verweht, Ich habe den Sand eingerieben, teils trotzig, so als ob ich ihn vernichten könnte.

Warum habe ich ihn nicht weggetan?

Eigentlich war es angenehm den leichten Sand zwischen den Fingern zu spüren, um ihn dann, entweder im Uhrzeigersinn oder umgekehrt, in den Jahresringen verschwinden zu sehen.

So habe ich bewusst oder unbewusst meine angenehmen Gefühle, vielleicht auch Ressourcen, so lange weggerieben bis nur noch ein Hauch davon an der Oberfläche zu spüren war.

Ich sitze da und gucke und fange langsam an, den Sand, der übriggeblieben ist, anzuhäufen.

Vielleicht bekomme ich noch viel zurück aus den tiefen Rissen im Stumpf.

Dieses überaus komplexe Thema „Zeit“, dessen möglicher phänomenologischer Zugang über kreative Gestaltungsmedien ich hier an Hand der aufgeführten Ausdrücke durch die PatientInnen beispielhaft aufzeige, möchte ich mit folgendem Zitat abschließen:

„Die gemeinsame Erfahrung, miteinander und füreinander Zeit zu haben, gehört zu den wichtigsten heilenden Faktoren im therapeutischen Prozess.“ (Petzold, 1993, 347)

4.2.5. Gestaltungen von Räumen und Plätzen aus Naturmaterialien

Aufgabe ist hier, einen Raum zum Wohlfühlen selbst zu gestalten.

Es ist ein wohltuendes Angebot für PatientInnen, die gerade angekommen sind. Es bietet die Möglichkeit der eigenen Zentrierung und eines ersten vorsichtigen Kontakts zu den MitpatientInnen in der ersten oder zweiten Woche eines Gruppendurchlaufs.

Welche Materialien sprechen die Sinne der TeilnehmerInnen auf angenehme Weise an?

Wie sollte der Platz, die eigene Wohlfühlinsel aussehen und sich anfühlen?

Viele Materialien sind im Raum ausgebreitet und stehen den Gestaltenden zur Verfügung. Es ist ein Angebot, das immer gern von den PatientInnen angenommen wird. Es gibt in meiner Gruppenerfahrung keine Hemmungen, Naturmaterialien dieser Auswahl anzufassen, sie auf der Baumscheibe anzuordnen und räumlich-gestaltende Erfahrungen durch Ausprobieren zu sammeln. Die Ergebnisse der eigenen Gestaltungen werden in meiner Beobachtung von den PatientInnen durchweg positiv bewertet. Das ist im Vergleich zu Angeboten mit künstlerischen Materialien sonst eher die Ausnahme in dem Krankheitsbild der Depression. Vielleicht liegt es daran, dass es kein Kriterium der Bewertung gibt, an dem die vollbrachte Leistung gemessen werden kann. (Siehe auch Kap. 3.6.)

Es ist in der Wahrnehmung der PatientInnen immer ein ressourcenstärkendes Angebot, das eigene schöne Naturerfahrungen belebt. Im nachfolgenden gemeinsamen Gruppenaustausch entstehen Gespräche über schöne Landschaften und Wünsche, mehr Zeit in der Natur zu verbringen. Erinnerungen an Urlaube, die eigene Kindheit, in der viel draußen gespielt wurde, werden wachgerufen. Jede TeilnehmerIn kann sich einen Platz schaffen, der ihr Geborgenheit in der Gruppe vermittelt. Es ist „Ihr“ Platz und sie kann sich bei Bedarf mental darauf zurückziehen.

Die Fotos der Abbildungen 13 und 14 zeigen die gestaltete Insel einer russischen Patientin, die in ihrer schweren Depression an massivem Kontaktmangel litt. Ihr Mann, einziger Gesprächspartner und Lebensgefährte, sprach oft tagelang nicht mit ihr. Sie lebten völlig isoliert ohne Angehörige oder Freunde. Auf der Station konnte sie sich bisher weder den MitpatientInnen noch dem Pflegepersonal oder den betreuenden ÄrztInnen verständlich machen. Sie litt unter psychotischen Symptomen und kam gerade aus der geschlossenen Station unserer Klinik zurück auf die Depressionsstation. Innerhalb von kürzester Zeit gestaltete sie ihre Insel, auf der sie in ihrer Erzählung glücklich als einziger Mensch mit einem Hund und

anderen Tieren in Eintracht mit der Natur lebt. Im Anschluss an diese Gestaltung erlebe ich sie als sehr redselig und kontaktfreudig. Sie ist glücklich mit ihrem Ergebnis und entdeckt eine große Freude für das Gestalten mit Ton.



Abb. 13

In einer weiteren Gruppensequenz, eine Woche später, geht die Gruppenaufgabe thematisch in die Richtung eines gemeinsamen Dorfbaus. Die acht TeilnehmerInnen setzen auf einer großen Tischfläche ihre Inseln in Beziehung zueinander. Sie suchen sich einen Platz und die „rechte NachbarIn“ im angemessenen räumlichen Abstand. Sie können nun auch Wege und gemeinsame Plätze gestalten. Die eben beschriebene Patientin entpuppte sich bei dieser Aufgabe als die kontaktfreudigste Person der ganzen Gruppe. Sie baute ein zweistöckiges Gästehaus auf ihrer Insel im Wasser und ließ zwei von vier selbstgefalteten Papierschiffen vom Anker, um den Gästen vom Festland eine Überfahrt anzubieten. (Abb. 14)



Abb. 14



Abb. 15

Die Abb. 15 zeigt eine Art „Festungsbau“ eines 67 jährigen Patienten, wie er einen solchen als Kind mit seinen damaligen Spielkameraden baute. Die Gestaltung brachte Kriegserlebnisse und Kinderspiele aus dieser Zeit in Form von Bandenkriegen in seine Erinnerung zurück. In diesen Spielen gab es eine gemütliche Schutzzone, in der die Jungen die Wurfgeschosse vorbereiteten, die aus dieser Deckung auf die gegnerische Mannschaft geworfen wurden.

Dieser Patient litt seit fast zwei Jahren zusätzlich zu seiner depressiven Symptomatik an einem lauten rhythmischen Ohrgeräusch, das ihm keine Ruhe mehr ließ. Es war bisher keine organische Ursache oder Erklärung aus medizinischer Sicht gefunden worden. Nach der vollendeten Gestaltung lebte er spürbar auf und tauschte sich mit Gleichaltrigen aus der Gruppe über Kindheitserinnerungen aus.

Eine Woche später war er plötzlich von seinem Ohrgeräusch befreit. Am Tag, als er überglücklich aus der Klinik entlassen wurde, erzählte er in der Gruppe, dass er sich darauf freue, mit seiner Enkelin ein Baumhaus zu bauen.

Zur Veranschaulichung, wie unterschiedlich die Aufgabe gelöst wird, zeige ich noch weitere Arbeiten zu dem Thema „Ein Platz zum Wohlfühlen“ von drei TeilnehmerInnen.



Abb. 16

Das Foto der Abb. 16 zeigt die gewählte Behausung eines jungen depressiven Patienten. Er stellt sich den Standort dieses Hauses in einer großen wüstenähnlichen Sandlandschaft vor. Um Ausschau halten und sehen zu können, wenn jemand in

die Nähe seines Hauses kommt, kann er über eine Treppe innerhalb des Hauses nach oben auf das Dach gelangen. Rechts oben auf dem Foto ist das Loch des Aufstiegs sichtbar.



Abb. 17

Das Foto der Abb. 17 zeigt eine weitere Arbeit der Patientin, deren Bild zum Thema „Zeit“ ich in Abb. 10 zeigte. Diese Patientin wohnte vielen verschiedenen Durchläufen in meiner Gruppe bei. Ihre Gestaltung zum Thema zeigt „ihr Haus auf ihrer Insel im Meer“, auf der sie sehnsüchtig auf die Erfüllung ihrer Liebe wartet.

In den folgenden Abbildungen 18 und 19 werden verschiedene Schritte im Arbeitsprozess einer Patientin dokumentiert, die nach Todesfällen aus dem Familien- und Freundeskreis in eine schwere Depression verfiel. Sie gestaltete ihre Insel mit einer großen Hingabe und entdeckte eine Liebe zum künstlerischen Gestalten mit Ton und im bildnerischen Ausdruck. Während andere PatientInnen aus der Gruppe schon das Medium wechselten, formte sie eine zweite schützende Figur für die „Liegende“.



Abb. 18



Abb. 19

Am Ende der Gestaltungssequenz zum Thema, „ein Raum zum Wohlfühlen“ biete ich den PatientInnen draußen im Park auf einem Hügel am Fuße eines großen Baumes die Möglichkeit, ihre Gestaltungen zu platzieren. Diese Patientin fand für die aufrechte Figur eine kleine Nische im Baum und es gesellte sich eine befreund-

dete Mitpatientin mit ihrer „Wohnung“ zu ihr ganz in die Nähe (siehe Abb. 19 unten). Sie erhielten beide auf Wunsch einen DinA 4 - großen Fotoabzug von dem gemeinsamen Standort als Erinnerung.

Die Fotos, die ich in dieser Dokumentation von den PatientInnenarbeiten erstellte, sind in erster Linie Spuren und Zeugnisse für die TeilnehmerInnen der Gruppe. Ich biete sie immer gegen einen kleinen Beitrag für die Materialkosten in dem gewünschten Format für jede TeilnehmerIn an. Ein solches Foto bildet auch oft die Grundlage, um in einen weiteren Arbeitsprozess mit anderen Medien einzusteigen.

4.3. Ausflug in die Umgebung, an den Fluss



Abb. 20

Auf die heilsame Kraft der Bewegung beim Laufen gehe ich in einem eigenen Kapitel ein. Sie ist aber gleichzeitig bei diesem Angebot ein wichtiger Wirkfaktor. Der Rhein ist zu Fuß bei einem gemächlichen Schrittempo mit einer PatientInnengruppe in 20 Minuten von der Klinik aus erreichbar. In meinem Angebot beziehe ich gern eine Überfahrt zum anderen Ufer auf der Kaiserswerther Fähre mit ein. Während meiner Ausbildungszeit am FPI begegnete mir eine wunderbare Geschichte zum Thema „Festhalten und Loslassen“, die an einem Fluss spielt. Darin wird von einer Frau erzählt, die immer wieder an das Ufer aufbricht, um dem hoffnungs- und freudvollen Leben der Menschen auf der anderen Seite des Flusses

näher zu kommen. Als sie eines Tages mit großem Gepäck am Ufer ankommt, begegnet ihr ein Fährmann mit einem Boot. Es entwickelt sich ein Gespräch zwischen ihnen über die Sachen, die sie am anderen Ufer benötigen wird. Daraufhin packt sie alte Gedanken, Gefühle und Gewohnheiten aus ihrem schweren umfangreichen Gepäck aus. Zum Schluss bleiben ihr nur noch die „Neugierde“ und die „Sehnsucht“ im Rucksack zurück, mit denen sie sich vom nun bereitwilligen Fährmann übersetzen lässt.

Mit dieser Geschichte bereite ich die PatientInnengruppe auf das Thema und die Überfahrt mit der Fähre vor.

Das Thema lautet „Neuland betreten“ und bietet sich in der letzten oder vorletzten Gruppenstunde eines Durchlaufs an. Es gehört in die Phase der Integration und Neuorientierung.

Die Aufgabe für die PatientInnen besteht darin, eine Gestaltung durch Verändern der Landschaft oder kleiner vorgefundener Details zu vollziehen. Die Form des Gestaltens gehört einer Kunstform an, die unter dem Namen „Landart“ bekannt geworden ist. Der unter anderen in Europa am populärsten gewordene Künstler dieser gestalterischen Auseinandersetzung mit der Natur und ihren innewohnenden Prozessen ist „Andy Goldworthy“.

Die Abb. 20 zeigt das Fährschiff, das eine PatientInnengruppe mit mir als Therapeutin und einer Hospitantin an einem winterlichen Vormittag übergesetzt hat. Im Hintergrund lichtet sich der Nebel und die historische Kulisse von Kaiserswerth zeigt ihre Silhouette. Vorn im Bild ist das gegenüberliegende Ufer sichtbar.

In dem Moment, als ich die Geschichte vor unserem Übersetzen am Ufer vorlas, lichtetete sich gerade der Nebel. Eine Patientin dieser Gruppe schilderte mir später die Szene, die sie erlebte, während ich die Geschichte vortrug, als ein sehr ergreifendes Naturschauspiel. Die ersten blauen Farbtöne des Himmels schimmerten durch den Nebel, eine Schar von Vögeln flog auf, als sie gebannt den Worten der Erzählung lauschte.

Auf der Überfahrt selbst bat ich die TeilnehmerInnen, keinen Kontakt untereinander aufzunehmen, sondern sich auf eigene Wünsche „im neuen Land“ zu konzentrieren. Als das Schiff, auf dem wir die einzigen Fahrgäste waren, anlegte, machte ich unsere Gruppe darauf aufmerksam, dass ihre Füße nun „neuen“ Boden betreten würden. Ich regte sie an, auf alles zu achten, was ihnen hier begegnen würde. Die Aufgabenstellung beschreibe ich mit den Worten:

Ein Zeichen zu setzen, eine Spur zu hinterlassen, die Ausdruck ist für ihre momentanen Wünsche und Gefühle bezüglich ihrer Zukunft.

Während Ihres Spaziergangs fordere ich sie auf, in Sichtweite zu bleiben und schlage einen Zeitraum von etwa 20 Minuten für ihre Gestaltung vor. Danach tref-

fen wir uns an den Orten, die die sichtbaren Zeichen tragen und jede „Reisende“ präsentiert ihre Arbeit in der Gruppe.

Abb. 21 zeigt zwei gegenüberliegende Perspektiven einer entstandenen Gestaltung. Diese Teilnehmerin ist eine der „starken“ PatientInnen, die immer mal wieder mit einer mittelschweren Depression auf einer spezialisierten Depressionsstation landen. Sie hat mit ihrer Wachheit und Aufmerksamkeit für ihre MitpatientInnen sehr für gelingende Gruppenprozesse im dynamischen Verlauf der Intermedialen Gruppe als auch in der Stationsgemeinschaft beigetragen.



Abb. 21

Während des Entstehens der abgebildeten Arbeit schleppte sie schwere Steine, Sand und Kohle einer Feuerstelle, so wie Stroh und Schilf über längere Strecken zu diesem gewählten Standort. Sie legte in ihrer Gestaltung Wert auf ein stabiles Zeichen, das auch von weitem gut sichtbar ist und sagte, dass sie später gern wiederkommen möchte, um zu schauen, was dann noch davon zu sehen sein würde. Nach dem darauffolgenden Wochenende, das sie zu Hause verbrachte, erzählte sie in der Gruppe, dass sie ihren Keller ausgemistet hat und eine große Kraft und Energie verspüre, „Neues anzupacken“.

Die Abbildungen 22a-d zeigen die Arbeit einer Patientin, von der ich schon die Fotografien der Gestaltungen zum Thema „Zeit“ (Abb. 10) und „Ein Platz zum Wohlfühlen“ (Abb. 17) zeigte.

Sie erzählte hier am Rhein zu ihrem Arbeitsprozess, dass ihr kurz nach dem Betreten des Ufers zwei Kletten aufgefallen sind, die an ihrem Schuh klebten (Abb. 22a). Sie begrüßte sie als „Wegbegleiter“ bei dieser neuen Erfahrung.

Mit ihrem Fuß zog sie eine lange Spur, ausgehend von einem Baum nicht weit von der Anlegestelle der Fähre, auf das Uferwasser zu (Abb. 22b).

Da, wo diese gezogene Linie auf die Wasserkante trifft, ändert sich ihre Richtung (Abb. 22d). Sie führt nun in einem scharfen Winkel vom Wasser weg auf das Schilf zu und wird nach ihrer Aussage in ihrem Verlauf breiter und geradliniger, bevor sie in eine Schneise im Schilf einmündet (Abb. 22c).



Abb. 22a



Abb. 22b



Abb. 22c



Abb. 22d

Als Erinnerung an diesen Ausflug biete ich den TeilnehmerInnen Abzüge der Fotos ihrer entstandenen Spuren an. Sie sind gleichzeitig auch eine gute Basis für weitere Gedanken, Gespräche oder Explorationen durch andere Medien in der Gruppe oder im therapeutischen Dialog.

Eine andere oder zusätzliche Variante, die PatientInnen gerne vorschlagen, ist, ein Mitbringsel in Form eines kleinen Fundstücks aufzuheben und mitzunehmen. Eine TeilnehmerIn der Gruppe, für die es die erste Stunde in diesem Angebot war, nahm zwei Steine von diesem Ufer mit. Ein großer Stein mit Löchern symbolisierte „ihre kaputte Seele“ und ein kleiner glatter weißer Stein stand für einen „Neuanfang“. In der darauffolgenden Stunde entwickelte sie in einem poesietherapeutischen Angebot einen Text in Betrachtung der Steine, der ihr auch einen Zugang zu ihren Ressourcen ermöglichte.

Die entstandene Spur, das Zeichen auf der anderen Uferseite des Flusses, hat nicht nur die Funktion des Übens und Ausprobierens ungewohnter und ungewöhnlicher Handlungsweisen, sondern wird auch zum unmittelbaren Ausdruck jeder einzelnen GruppenteilnehmerIn als „Menschen in der Welt“. Fern der Klinik wird der Spaziergang zur Reise, spätestens bei der Überfahrt können die TeilnehmerInnen ihre Rolle als PatientIn mal bei Seite schieben. Sie verbinden sich zu einer Reisegruppe, die bereit ist, etwas auszuprobieren, ein Abenteuer zu bestehen. Dort inmitten schönster natürlicher Uferlandschaft lassen sie sichtbare Veränderung zurück. Dies ist unmittelbarer Beweis für ihre eigene Existenz und Handlungsbereitschaft in ihrem Umfeld. Dringt diese Erfahrung in ihr Bewusstsein, so hat sich ein Schritt auf dem Weg zu eigener Lebensgestaltung eingepreßt. Solche Ereignisse in denen sich körperliches Erleben mit emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit zu einer *Synergie* verbinden bezeichnet *Petzold* mit dem Begriff „*vitale Evidenz*“ (vgl. *Petzold* 1993, 827).

Dabei trägt der Leib die Erfahrung mit allen erlebten Szenen und Atmosphären. Es bleiben wahrgenommene Eindrücke und erlebte Ausdrücke als holographisches Bild in der Erinnerung zurück. Der Leib wird auf vielen Ebenen angesprochen. Die eigene Bewegung draußen in der Natur und die Überfahrt auf strömendem Wasser im Fährboot konfrontiert mit Wind, Wellen und Kälte, gibt spürbare Reize. Auf unwegsamen Gelände mit verschiedenen Bodenbeschaffenheiten, wie von Sand, Steinen und Gräsern bestimmt, werden viele unterschiedliche Sinnesorgane angeregt.

Diese Art des Angebots, das die Menschen auf vielen Ebenen anspricht, stützt sich im theoretischen Hintergrund auf das Konzept des Szenischen Gedächtnisses der Integrativen Therapie. Es besagt, dass senso-motorische, atmosphärisch-affektive und ikonisch-perzeptive Erfahrungen als Ereignisketten ähnlich einem Hologramm aufgenommen und abgespeichert werden. Die Erfahrungen im szenischen Geschehen werden synästhetisch zu einem Ganzen verbunden und gehören der „Welt der interpersonalen Erfahrung“ an. „Viele Forscher sehen motorische, sensorische, imaginale, episodische, szenische Gedächtnisinhalte als memorabler an als verbale (*Pavio* 1986, *Nelson* 1986 in *Petzold* 1993, 714)

Interventionen mit multimodalen kreativen Angeboten wie in dieser „Landart“-Aktion wirken in unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen. Sie aktivieren Gedächtnisinhalte erlebter Szenen aus der Vergangenheit, stimulieren die Wahrnehmungsbereitschaft in der Gegenwart, beleben die Vorstellungskraft für die eigene Zukunft und werden später zu einem abgelegten Ereignis in der Erinnerung der TeilnehmerInnen.

Das Medium im Gestaltungsprozess entfaltet seine Wirkung, wie im folgenden Zitat der Landartkünstler beschrieben wird: „Der künstlerische Prozess und die daran gekoppelte intensive Beschäftigung mit natürlichen Strukturen, Formen, Farben und Materialien führt zu einer intensiven Wahrnehmung von Natur.“ (Schulze/Buntrock, 2005 www.landart.de)

4.4. Poesietherapie

Dieses Medium ist neben den Methoden der Integrativen Bewegungstherapie überaus bedeutungsvoll für die intermediale kreativtherapeutische Arbeit. Auch hier gibt es rezeptive und aktive Zugänge. Zwei rezeptive poesietherapeutische Einstimmungen erwähnte ich schon beim Spiel mit dem Sand zum Thema „Zeit“ und im letzten Kapitel bei der „Landart“-Aktion am Rhein zum Thema „Neuland“. Da geht es um das Aufnehmen eines Gedichts oder Textes und noch nicht um eigenes aktives Formulieren.

Es können Gedichte oder Geschichten vorgelesen werden, die die PatientInnen auf das kommende Thema vorbereiten. Eine bilderreiche Sprache kann eine Hinführung zu einem Thema darstellen und anregend auf die TeilnehmerInnen wirken. Eine Textsammlung in Form von Gedichten und Geschichten zu therapeutisch interessanten Themen ist eine überaus sinnvolle Grundausstattung für jede Integrative KunsttherapeutIn. In solchen Texten komprimiert sich „Sinn“ in einer kunstvollen und/oder eingängigen Sprachsymbolik. Ähnlich wie in großen Kunstwerken der Musik oder der bildnerischen Gestaltung können Qualitäten und Dimensionen einzigartiger Schöpfungen offenbar werden. Manchmal genügen Ausschnitte, ein Satz, eine Strophe, ein Wort, um in eine andere Ebene der eigenen Gedanken- oder Gefühlswelt aufzusteigen. Große Kunst ermöglicht auch immer einen Perspektivwechsel in der persönlich erfahrbaren Welt. Sie verhilft, mal aus der vertrauten alltäglichen Erlebnisqualität auszusteigen. Dabei können sich Raum- und Zeitvorstellungen für Momente auflösen. Je nach Empfänglichkeit, Vorerfahrungen und Wissensstand der TeilnehmerInnen sind verschiedene Texte eine Hilfe für den Anstoß eigener kreativer Gestaltungsprozesse in der Gruppe. Wertvoll für die klinische Arbeit sind Texte mit einer einfachen verständlichen Sprache, die Zugänge für möglichst viele unterschiedlich gebildete PatientInnen ermöglichen.

Aktive poesietherapeutische Gestaltungen können Brücken bereitstellen, eigene Eindrücke und Ausdrücke bewusstseinsfähig und kommunizierbar machen. Durch das Angebot des *kreativen Schreibens* entstehen Texte, durch die eigene Empfin-

dungen, Erlebnisse und Gedanken auch für unsere Mitmenschen verständlich werden und dadurch ein Annehmen der eigenen „Äußerungen“ ermöglichen und identitätsstiftend wirken.

Die schönsten bewegendsten Gruppenatmosphären erlebte ich im PatientInnenkreis, in dem eigene Texte zu den Gestaltungen, ausgewählten Fotografien oder gesammelten Fundstücken vorgelesen wurden. Hier kommen oft ganz grundlegende Lebensthemen und Erfahrungen zur Sprache, die in individueller und kollektiver Sprachsymbolik eingebettet, Zugänge zu den Anderen ermöglichen.

Im Stuhlkreis, im Anschluss an die individuellen Gestaltungsprozesse des Schreibens, entsteht beim Vortragen der persönlichen Geschichten eine „Erzählgemeinschaft“. In diesem Miteinander, am Ende oder in der Mitte einer Gruppenstunde, entstehen Gefühle der Geborgenheit und der wärmenden Anteilnahme. Es hat etwas archaisches und erinnert an die Geschichte der Menschen, die immer wieder in dieser Kreisform zusammenkamen. So wie Menschen in vergangenen Zeiten und heute rund um das Feuer saßen und sitzen, um aus Ihren Erlebnissen in der Welt zu berichten. In unserer Mitte befand sich kein Feuer, jedoch betrachteten alle TeilnehmerInnen gespannt eine Gestaltung, aus Elementen der Natur gefertigt, zu der sie nun Worte hörten.

Die Abb. 23 zeigt eine Patientinnenarbeit zum Thema „ein Raum zum Wohlfühlen“ in drei verschiedenen perspektivischen Aufnahmen. Die folgende Geschichte schrieb die Patientin in einer Gruppenstunde zu ihrer Gestaltung.





Abb. 23

Es war einmal ein kleines putziges Tierchen, nett anzusehen aber verletzt und hilflos. Es war auf fremde Hilfe angewiesen. Seine Welt war aber noch in Ordnung, solange es noch mit seinem besten Freund und Partner in der gemeinsamen Höhle lebte, die viel Schutz bot. Der Freund war auch verletzt, aber beide ergänzten sich ganz gut und so lebten sie zwar unter großen Schwierigkeiten, aber glücklich und zufrieden zusammen. Jetzt war das Tierchen jedoch alleine und hilflos, weil es seinen Freund verloren hatte – der war gestorben. Es lief ruhelos und schutzlos durch die Welt und hatte allen Halt verloren. In der gemeinsamen Höhle wollte das Tierchen nicht mehr leben, weil die Erinnerung zu schmerzlich war. Es war ganz durcheinander und wusste nicht, wie es ohne den geliebten Partner weiterleben sollte. Da kamen die anderen Tiere von überall her und wollten helfen, doch das Tierchen war zu stolz, die Hilfe anzunehmen. Es setzte sich in eine Ecke des Waldes und machte vor lauter Traurigkeit gar nichts mehr, es verlor jede Lebensfreude und begann zu verkümmern. Das wollten die Freunde des Tierchens nicht länger mit ansehen und begannen eine neue Höhle zu bauen. Ganz langsam wuchs in dem Tierchen ein Funken Hoffnung und es näherte sich zaghaft der neuen Höhle und begann mit Hilfe der Freunde die Höhle zu einem neuen Schutzraum auszubauen. Es wollte seinen verletzten schmerzenden Körper nach der langen Zeit der Ruhelosigkeit in ein weiches Bett aus Moos und Federn legen. Auch wollte es unbeobachtet sein, wenn es wieder traurig wurde – das passierte oft. Manchmal wurde es auch sehr wütend, weil es sich einsam fühlte und nicht wusste, wie es weiterleben sollte. Dann nahm es kleine Steine, die in der Höhle waren und schmiss diese mit letzter Kraft durch eine kleine Lücke in der Höhlenwand. Das tat zwar weh, aber auch gut, weil es danach so erschöpft war, dass es sich in ein weiches Bett legen und schlafen konnte. Der Schlaf wurde sein bester Freund. Aber wieder wurde dem Tierchen dieser Freund genommen, denn es kamen böse Träume und Schmerzen, die den Schlaf störten. Nur sehr zaghaft ließ sich das Tierchen helfen, denn es gab die Möglichkeit der Hilfe. Es wurde viel Geduld verlangt und die konnte das Tierchen nur schwer aufbringen. Es habe jetzt eine schöne Höhle, die Schutz und ein weiches Lager zum Ausruhen bot, viele Freunde, die versuchten zu helfen und auch Unterstützung durch weitere Tiere, die viel professionelle Hilfe boten.

Aber ob das Tierchen wieder glücklich wurde, kann man nur hoffen und wünschen, wissen tun wir es nicht.

Nachdem die Patientin ihre Geschichte im Kreis ihren MitpatientInnen vorgelesen hatte, war sie selbst überaus erstaunt über diese Kreation und erkannte ihre eigene Lebensgeschichte verwandelt wieder. Alle Gruppenmitglieder ließen sich durch das Hören dieser Erzählung in ihrem Inneren berühren, ebenso wie die Vortragende selbst. Dieser Prozess ermöglichte der Patientin weiterführende therapeutische Schritte, die ich im Kapitel 5 als Einzelprozess dokumentiere.

Ähnlich, wie ich im Kapitel 4.1. die weiterführende therapeutische Arbeit mit Fotos beschreibe, biete ich auch *Kreatives Schreiben* an, das durch das Betrachten von Fotos angeregt wird. Es werden dafür nicht unbedingt immer eigene Fotos erstellt, sondern der Schreibprozess kann sich genauso gut auch an Hand eines ausgewählten Fotos aus einer Vorlagensammlung entfalten. Wie unterschiedlich die Qualitäten der im Bild gespiegelten Gefühls- und Gedankenwelt der PatientInnen sein können, zeigen die folgenden ausgesuchten Texte, die in der Gruppe entstanden sind.

Kreatives Schreiben ist ein kunsttherapeutischer Prozess, in dem durch eine kurze Anleitung und Einstimmung der Gedankenfluss im Schreiben aufgenommen und angeregt wird. Ähnlich der „allmählichen Verfertigung der Gedanken beim Reden“ (Kleist 1805/1806 in Merleau-Ponty 2003, XXVI) entsteht ein „Schreibfluss“, der wenn möglich bei der Entstehung der Worte nicht der eigenen Bewertung unterliegt. Seine Bedeutung offenbart sich danach oft in der geschaffenen Atmosphäre von UrheberIn und Zuhörerschaft (Erzählgemeinschaft) beim Lesen oder im Vortrag.

Die verschiedenen Techniken unterscheiden sich durch die Form des Dialogs, Monologs, einer Erzählform im Stil eines Märchens, einer Berichterstattung und anderen Textformen. Poetische Formen können durch Strukturen von Gedichten und „Verdichten“³³ angeboten werden. Manchmal ist es sinnvoll, eine Struktur als Rahmen vorzugeben. In den dokumentierten Beispielen ließ ich den PatientInnen jedoch freie Wahl für die Form und die Länge ihres Textes.

Lichtdurchfluteter Wald

³³ Ein „Verdicht“ fasst Texte und Worte, die z.B. assoziativ entstanden sind oder Wortsammlungen, Sätze, Beschreibungen der eigenen Erlebnisse, Gedanken und Stimmungen im therapeutischen Prozess prägnant zusammen. Im bekannten Versmaß entsteht ein Gedicht, andere begrenzende Textstrukturen lassen sich umfassender mit „Verdicht“ bezeichnen. Wichtige Aussagen können im Arbeitsprozess des „Verdichtens“ unterstrichen und anschließend in eine neue Struktur gebracht werden. Die Struktur kann z. B. die Zeilenzahl und Anzahl der Wörter in jeder Zeile vorgeben.



Licht verdrängt den Schatten

*Licht – Sonne fördert das Wachstum
Wachsen -- Bewegung -- Leben
Licht – Sonne – Wärme
Sonne – Tag – Bewegung – Leben
die Sonne wandert weiter, man
kann sie nicht festhalten, selbst
wenn man mit ihr wandert, wird sie
abends im Westen untergehen
und langsam werden die Schatten des Waldes
länger bis die Dunkelheit hereinbricht.
Aber es folgt ein neuer Tag
mit Licht und Sonne*

Abb. 24

Die Abb. 24 zeigt den Text zu einem ausgewählten Foto einer Patientin, die mir immer wieder in der Gruppe durch ihre positive Sicht auf Ausschnitte von verschiedenen Naturerscheinungen auffiel. Sie war es auch, die durch einen Gang im Klinikgarten, als laute Motorengeräusche der Gartenarbeiter und eine unwirtliche Kälte die Entspannung bei dem Spaziergang erschwerten, die Katze in der Sonne entdeckte, die in der Abb. 5 zu sehen ist. Ein auslösender Faktor ihrer Krankheitsgeschichte war die permanente Belastung über einen langen Zeitraum durch die Pflege ihrer kranken Mutter gepaart mit zusätzlichen Anforderungen in Familie und Beruf.

In ihrem Text wird die der Natur innewohnende Kraft deutlich, die durchaus auch Spiegel der eigenen Potentiale sein kann.

Auf der Suche nach der eigenen Natur können wir in den lebendigen Erscheinungen unserer natürlichen Umwelt Hinweise entdecken, denn auch wir sind Teil dieser gewachsenen lebendigen Welt.

„Denn weil die Dinge und mein Leib aus demselben Stoff gemacht sind, muss sich sein Sehen auf irgendeine Art in ihnen vollziehen, muss sich ihre manifeste Sichtbarkeit in ihm mit einer geheimen Sichtbarkeit koppeln: 'Die Natur ist im Inneren', sagt Cezanne. Qualität, Licht, Farbe, Tiefe, die sich dort vor uns befinden, sind dort nur, weil sie in unserem Leib ein Echo hervorrufen, weil er sie empfängt.“ (Merleau-Ponty 2003, 281)

Mein Nest



Ich habe überhaupt keine Lust zu schreiben. Am Liebsten würde ich mich dort in meinem Nest verstecken, so dass mich keiner sieht. Ich würde die Augen schließen, mich einkuscheln und einschlafen. Dies wäre ein schöner Zustand.

Aufwachen wollte ich nur, wenn ich keine Angst mehr vor dem Alleinsein hätte und ich wüsste, wieder mit mir etwas anzufangen, auch wenn es still um mich herum ist.

Abb. 25

„Wir müssen den ‘Dialog mit den Dingen’ wiederfinden, den Dialog mit dem Lebendigen. Kinder sprechen mit Bäumen und Tieren wie mit Menschen, und diese Möglichkeit ist nicht nur ein Privileg der Kinder oder des heiligen *Franziskus*.“

„So mag es sein, dass unsere Antworten aus unserer innersten Natur – und das ist *die* Natur, der wir ja zugehören – stammen.“ (Petzold, 1993, 1083)

Die Abb. 25 zeigt eine weitere Arbeit der Patientin, deren langgezogene Spur am Rhein ich als eine ihrer Gestaltungen im letzten Kapitel dokumentierte. Nach ihrer Entlassung und der folgenden Wiederaufnahme auf die Depressionsstation nahm sie erneut an meinem Gruppenangebot teil. Das Foto ist Teil meiner Vorlagensammlung und erinnert in der getroffenen Auswahl an die Gräser am Rhein, die ihre Spur aufnehmen. Da sie in hohem Maße zu dieser Zeit suizidgefährdet war, hatte sie das Angebot, jederzeit in der Klinik Zuflucht zu finden. Sie wählte das Foto und schrieb den Text kurze Zeit nach ihrer wiederholten Aufnahme.

*Kälte, Nässe, Moder. Kalte Fäule, Hitze erzeugend.
Pilze wachsen lassend. Rehe.
Rehe fressen keine Pilze. Rehe springen über Zäune, Chrysanthemen fressend.
Bleiche totenfingrige Totenblumen.
heiße rote Blumen, fauliges Wasser, nasses Moos an den Steinen. Verwesendes Holz.
Rehe fressen nur Blumen. Rehe fressen Totenblumen.
Geruch nach Chrysanthemen, Kälte, Fäule, Moder, Tod. Rehe riechen nach Chrysanthemen.
Nähe riecht nach Tod.*



Abb. 26

Abb. 26 zeigt die Fotoauswahl und den Text eines männlichen schwer depressiven Patienten mit diagnostizierter Agoraphobie und sozialen Phobien. Das Bild hat bei ihm, wie er sagt, „einen Monolog ausgelöst“. Nachdem er seinen Text vorgelesen hatte, erzählte er von den Besuchen am Grab seiner Mutter in seiner Kinderzeit. Sie starb bei seiner Geburt. So lernte er seine Mutter nie leibhaftig kennen. Ein Stück Erde, mit dem, was darauf wuchs, wurde ihm als „seine Mutter“ vorgestellt. Mit seinem Vater besuchte er oft ihr Grab und als kleiner Junge prägte sich diese Atmosphäre mit allen sinnlichen Qualitäten ein. In der Gruppe fand er Worte für seine frühen Erlebnisse und Anteilnahme durch die zuhörenden MitpatientInnen. Wenige Tage später verwandelte sich seine Trostlosigkeit und Zurückgezogenheit in Gefühle der Hoffnung. Unmittelbar vor seiner Entlassung, zwei Wochen nach dem Schreiben des Textes, sprach er darüber, wie wichtig ihm soziale Kontakte und Gespräche mit anderen Menschen sind.

„Die erzählte Geschichte erhält eine Form, mag diese auch noch so diffus sein. Dies unterscheidet sie u.a. von Erinnerungsbildern oder Gedankenketten. Erzählen verschafft Distanz zur eigenen Geschichte; Geschichten erzählen entlastet, es kann bis dahin aufgestaute Energie im Erzählstrom mitfließen.“ (Richter 1997, 279)
Der Erzählende erhält unmittelbar Resonanz in der gefühl- und verständnisvollen Anteilnahme durch alle Anwesenden.

In solchen Gruppenatmosphären, in denen auch mal trostlose Stimmungen in Worte gekleidet werden, ist ebenso die Chance der Begegnung enthalten. Denn die Menschen, die hier zusammenkommen, kennen Gefühle der Verlassenheit und können Verständnis für einander aufbringen, sich gegenseitig zuhören und miteinander empfinden.

4.5. Imaginationen

Imaginationen bezeichnen mentale Vorstellungskräfte. Die Möglichkeit, Phantasien und Tagträume entstehen zu lassen, ist eine natürliche Fähigkeit des Menschen. Sie ermöglicht eine bildhafte und szenische Erinnerung vergangener Erlebnisse und gibt uns die Möglichkeit, zukünftige Situationen vorwegzunehmen. Mit ihr gesellt sich eine weitere Kraft zu den menschlichen Fähigkeiten des „Denkens“ und „Handelns“.

„Es scheint, dass nicht nur 'Denken und Handeln' im Fokus stehen, sondern Imaginieren-Denken-Handeln ein weiteres Glied dieser Kette darstellen, einer Bewegung, die nicht linear, viel mehr *spiralartig* zu verstehen ist und aus ihrer Wechselwirkung im Fluss beständiger *Metamorphosen* gehalten wird und die Bezüge zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aufrechterhält.“ (Petzold, Orth 1991, 886)

Betrachten wir Aussagen zum Thema „Zeit“ wie in Kapitel 4.2.4. angesprochen, so scheint es, dass die Depression genau diese imaginierten Zeitüberschreitungen nicht mehr in einem gesunden beweglichen Maße zulässt. Die Zukunft ist noch nicht vorstellbar, es gibt keine Hoffnung auf bessere Zeiten. Phantasiewelten, die Wünsche aktivieren, Mut machen, Planungen und erste Schritte ermöglichen in Richtung eines erfüllten Lebens, lassen sich nicht herbeizaubern. Die Vermeidungsstrategien in dem Krankheitsbild verhindern nicht nur die Handlungsbereitschaft, sondern auch die Möglichkeit des aktiven Träumens im Wachzustand.

Beispiele für imaginative Prozesse sind in künstlerischen Gestaltungen, wie ich sie den TeilnehmerInnen meiner Gruppe anbiete, zu finden.

Durch die Aktivierung der Sinneswahrnehmung im Sehen, Tasten und Riechen beim Gestalten der „Insel zum Wohlfühlen“ mit Naturmaterialien werden Phantasien und Erinnerungen der PatientInnen angeregt. Hier findet ein „*movement produced information*“ in der „*bottom up*“ - Richtung statt (siehe Kapitel 2.6.). Der Leib erinnert sich vergangener Szenen und Atmosphären, in denen Ähnliches präsent war.

Beim Kreativen Schreiben zu solch einer Gestaltung können auch Phantasiewelten entstehen, die keinen realen zeitlichen und räumlichen Bezug haben, sondern Kreationen der eigenen Vorstellungswelt sind und bleiben.

Künstlerische und kreative Prozesse entstehen auf Grund dieser Vorstellungskraft, die neben dem linearen logischen Denken eine wichtige Rolle spielt. Das Schreiben einer Geschichte ist ohne Imagination nicht möglich. Die lebendige Erzählung ist unmittelbar an unsere Sinneswahrnehmungen geknüpft. Die Prozesse beim Hören einer Geschichte, die uns in sinnlich vorstellbare Welten entführt, laufen „*top down*“, von den Gedanken zu den Empfindungen. Sie vermitteln nicht nur Bilder, sondern auch andere Qualitäten wie zum Beispiel Töne und Gerüche, Stimmungen und Gefühle.

Die Antizipation der eigenen Zukunft ist an unsere Fähigkeit zur Imagination gebunden. Diese Möglichkeit erfahrbar zu machen, ist ein Ziel in der therapeutischen Begleitung depressiv erkrankter Menschen. Ihre Fähigkeit zu imaginieren geht nicht verloren, die PatientInnen brauchen nur Übung und Anleitung, um diese Kraft wieder für sich nutzbar zu machen. Viele von ihnen würden gerne mal entfliehen

aus den immer wiederkehrenden destruktiven Gedankenkreisen, um wirklich ausruhen zu können. Erlebte Stille wirkt oft bedrohlich auf sie, wie im Text der Patientin in der Abb. 25 anklingt.

Augenblicke der Stille zu genießen, scheint in dieser Krankheit eine der größten Schwierigkeiten zu sein. Ein Angebot zur Entspannung mit einer kleinen geführten Phantasiereise, zum Beispiel zu persönlich-kraftgebenden Orten kann hier erste positive Erfahrungen bereitstellen.

Die Arbeit mit geführter Imagination hat in therapeutischen Angeboten als vorbereitendes Moment eine Entspannungseinleitung. „Die Entspannung fördert im allgemeinen die Intensität der affektiven Reaktionen, die Imaginationen werden in einem entspannten Zustand lebendiger, emotionaler,...,sie verändern Stimmungen mehr. Durch das Erleben der inneren Bilder vertieft sich indessen wiederum die Entspannung, dadurch werden die Bilder noch lebendiger, ein Kreisprozess ergibt sich.“ (Kast, 1999, 25)

In der Intermedialen Gruppentherapie sind die PatientInnen für Entspannungsanleitungen sehr empfänglich und dankbar. Diese leite ich im Sitzen an mit einer anschließenden kurzen Einführung in eine Phantasiereise. In dieser vorgestellten Reise biete ich den TeilnehmerInnen an, Plätze aufzusuchen, die ihnen angenehme Gefühle vermitteln. Insbesondere erholsame Plätze in der Natur, vielleicht in der Nähe eines Baumes oder Gewässers. Hilfreich ist eine einfühlsame wörtliche Begleitung während der Entspannung. Die Methoden sind vielfältig. Eine Möglichkeit ist zum Beispiel, atemgeleitet den ganzen Körper bewusst in allen Muskelgruppen zu entspannen. Dabei ist ein großer Zeitraum bedeutend, so dass die TeilnehmerInnen genug Zeit haben, bis in die Finger- und Zehenspitzen in sich hinein zu spüren.

Die anschließende thematische Hinführung in der gelenkten Imagination sollte durch die Wortwahl einen großen Spielraum für individuelle Phantasien anbieten und gleichzeitig durch Vorschläge Bilder anstoßen. Fragen nach der eigenen Sinneswahrnehmung während der Phantasiereise lassen die Vorstellungsbilder noch lebendiger werden.

Den Fluss der Bilder geschehen zu lassen und sie gleichzeitig bewusst wahrzunehmen sind Fähigkeiten, die geübt werden können. Wichtig für einen bewussten Umgang mit der eigenen Vorstellungskraft ist, dass die Bilder im Anschluss in einen weiteren Ausdruck einmünden.

Für diesen lasse ich die TeilnehmerInnen vor der gemeinsamen gelenkten Imagination eine „Arbeitsinsel“ vorbereiten, in der alles bereit liegt, um in einen weiteren Gestaltungsprozess zu gehen. Hier bietet sich die Form des kreativen Schreibens, des Modellierens mit Ton oder die bildnerische Gestaltung an. In diesem weiteren Verlauf können die erlebten Phantasien Ausdruck finden und sich verwandeln. Auf diese Weise werden Zugänge zu individuellen Wünschen und Sehnsüchten der PatientInnen ermöglicht.

Der Übergang von der imaginierten Welt zurück in den gemeinsamen Arbeitsraum ist ebenso behutsam anzuleiten, wie die Entspannung und der Eintritt in die Phantasiereise. Dabei ist es hilfreich, die Wahrnehmung wieder auf den eigenen Körper

zu lenken und durch vorsichtiges Strecken und Dehnen der Gliedmaßen die TeilnehmerInnen in die Gegenwart zurückzuholen.

In diesem Kapitel verzichte ich auf die Dokumentation verschiedener PatientInnenarbeiten und schließe mit einem Zitat aus einem Buch von *Verena Kast* ab:

„Ganz allgemein ist den Imaginationen die Emotion der Hoffnung eigen, da sie sehr oft auf die Zukunft und auf das Überschreiten der Grenzen von Zeit und Raum ausgerichtet sind. Das Gefühl, dass sich Situationen verändern können, dass die Zukunft immer auch offen ist, wird durch das Medium der Imagination auch dort, wo sie weitgehend unsere Wünsche abbildet, an uns herangetragen.

Hoffen ist ja nicht einfach ein Bauen von Luftschlössern, sondern letztlich auch Vertrauen darauf, dass Leben uns trägt, dass das Ganze des Lebens und die eigene Intention in einen Zusammenhang gebracht werden können – auch in der Zukunft. In der Emotion der Hoffnung erleben wir eine grundsätzliche Geborgenheit.“
(*Kast* 1999, 22)

4.6. Bewegung

„ Habe ich meinen Körper verloren,
so habe ich mich selbst verloren.
Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst.
Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt.
Ohne diesen Leib bin ich nicht,
und als mein Leib bin ich.
Nur in der Bewegung aber erfahre ich mich als Leib,
erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich.
Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis,
von Subjekt und Objekt.
Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz.“
(*Vladimir Iljine* 1965)³⁴

Die körperliche Bewegung schwingt in allen kreativtherapeutischen Angeboten mit. Die PatientIn ist an der Gruppe der intermedialen Kunsttherapie nur teilnahmefähig, wenn sie sich noch bewegen kann. In der Depression wirkt sich der Rückzug in die Isolation unmittelbar auf die Bewegungserfahrung aus. Ein Wechselspiel entsteht: Hört der Mensch auf sich zu bewegen, so erhält er auch keine Reize mehr aus der lebendigen Außenwelt. Eigene Impulse und Motivationen erfahren eine Schwächung. Der Innenwelt mangelt es an Nahrung in Form von vielfältigen Sinesindrücken und einer belebenden Kommunikation mit den Mitmenschen. Die eigene Bewegung, die im Wechselspiel mit der Außenwelt Informationen schafft (*movement produced information*), ist krankheitsbedingt eingeschränkt und wirkt dadurch auf die Depression zusätzlich verstärkend zurück. Das unterscheidet die Krankheit von vielen anderen schweren Krankheiten, in denen der Rückzug eine große Entlastung und eine lange Ruhephase eine willkommene Pause darstellen.

³⁴ In *Petzold* 1988 bzw. 1996 in der 3. Auflage, Seite 21

In der ersten Zeitstrecke der Behandlung ist das Angebot von Ruhe und Entlastung durchaus ein sehr wichtiger Faktor. Viele depressiv Erkrankte kommen aus erschöpfenden Belastungssituationen und haben ihr Äußerstes gegeben, bis dann auf einmal „nichts mehr geht“. Eine Erschöpfungsdepression, ausgelöst durch langanhaltende oft monate- oder jahrelange extreme Belastung, ist eine häufige Diagnose. Ein hoher Leistungsanspruch und ein „ungnädiges“ Antreiben im Umgang mit sich selbst ist kennzeichnend für dieses Klientel.

Nun gilt es einen Weg zu finden, die PatientInnen, ohne sie zu überfordern, wieder in Bewegung zu bringen. Ihnen eine Form aufzuzeigen, Kontakt zum eigenen Körper oder besser gesagt, dem eigenen *Leib* aufzunehmen. Körpererfahrungen sind nicht zu trennen von der Welt der Gefühle und Gedanken und sind unser Zugang zur Außenwelt und den anderen Menschen.

Bewegungstherapie im Integrativen Ansatz versteht sich immer „als Bewegung im sozioökologischen Raum“ (Orth 1996, 45). Indem die PatientInnen sich bewegen, öffnen sie sich für die Möglichkeit der Begegnung. Neben dem gesundheitsfördernden sportiven Bewegungsangebot ist der *intersubjektive* Aspekt von großer Bedeutung. Denn im *Informierten Leib* haben sich die Erfahrungen der Vergangenheit eingeschrieben und entfalten weiterhin ihre Wirkung im gestischen und mimischen Ausdruck. Die Haltung, die Gangart, der Atem und die Stimme einer Person geben Aufschluss für eine leibbezogene Diagnostik und Therapie.

Hier wird im phänomenologischen Ansatz der Integrativen Therapie der *Leib* der PatientIn unmittelbar zur offensichtlichen Informationsquelle: „*Depression ist keine „psychische Erkrankung“, denn bei sorgfältiger phänomenologischer Betrachtung depressiver Menschen, ihrer Erscheinung, Haltung, Bewegung, sehen wir körperliche Unbeweglichkeit, ein flaches Atemmuster, einen abgefallenen Haut- und Muskeltonus. Jede Bewegung wird schwer und mühsam. Es ist ihnen durch diese leibliche Verfassung unmöglich, morgens aus dem Bett zu kommen, sich nach draußen zu bewegen.*“ (Orth 1996, 46)

Beschreibungen wie diese sind typisch für schwer depressive PatientInnen und haben sich oft über große Zeiträume verfestigt. Hier wird eine übungs- und erlebniszentrierte therapeutische Arbeit notwendig, um leibliche Muster aufzuweichen, bewusst zu machen und Erfahrungsmöglichkeiten von neuen Wegen bereitzustellen. *Leibliche* Bewegungen ermöglichen immer auch Kontakt mit der Welt und den Menschen. Die Kontaktarmut in der Depression entsteht durch den Rückzug und die Verslossenheit der PatientIn. Das Bewegungsangebot in der Gruppe der Intermedialen Kreativtherapie richtet sich im Besonderen auf die Erschließung von Kontaktmöglichkeiten.

Übungsbeispiel zur Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung:

Einfaches Gehen im begrenzten Therapieraum mit der Konzentration auf eigene Gefühle und Stimmungen

- *Laufen mit der Schärfung der Sinne auf die Außenwelt, den Raum, die GruppenteilnehmerInnen*

- *Blickkontakt bei Begegnungen*
- *unterschiedliche Gesten der Begrüßung.*

Das sind erste Wahrnehmungs- und Bewegungsübungen in denen die Aufmerksamkeit der PatientInnen durch begleitende Worte der TherapeutIn geschult und gelenkt werden kann.

Ein bewusstes Erforschen von unterschiedlichen Begegnungsqualitäten fördert die eigenleibliche Wahrnehmung und erweitert das Ausdrucksverhalten. Hier bietet die Integrative Bewegungstherapie eine große Vielfalt von Übungen an, von denen ich nur einige exemplarisch vorstellen möchte. Sie leisten einen Beitrag als Auflockerung, Einstimmung, oder auch zum intensiven Üben und als erlebniszentriertes Arbeiten in therapeutischen Gruppen.

Übungsbeispiel zur Förderung der Wahrnehmung und Regulierung von Nähe und Distanz:

Aufeinander Zugehen

- *Zwei Personen stehen sich im großen Abstand gegenüber*
- *Eine der beiden TeilnehmerInnen nähert sich durch langsames Gehen der stehenden Person an, bis diese „stopp“ sagt und bleibt in diesem Abstand zu ihrer PartnerIn stehen*
- *kurzer Erfahrungsaustausch und Ausprobieren verschiedener Möglichkeiten durch die Gestaltung der Entfernung voneinander*
- *Wechsel der Zweiergruppen, Erfahrungsaustausch unter Beachtung der gefühlten Abstände zu den verschiedenen PartnerInnen.*

Der Erfahrungsspielraum der PatientInnen kann im Annäherungs- oder Abgrenzungsverhalten in den Begegnungen durch verschiedene Variationen dieser Übung erweitert werden. Zum Beispiel durch die Verwendung eines langen Besenstiels zur Verstärkung des Abgrenzungsverhaltens.

Übungsbeispiel zur Förderung von Bewusstseinsprozessen beim Grenzen setzen:

- *Die wartende Person stampft zusätzlich zu ihrem Ausruf in dem Moment mit dem Ende des senkrecht gehaltenen Stabs auf den Boden auf, wenn sie möchte, dass die PartnerIn, die langsam auf sie zukommt, stehen bleiben soll.*

Viele depressive PatientInnen haben Angst, durch bewusst ausgeführte, prägnante Aussagen und Handlungen eine sichtbare und hörbare Grenze zu setzen, da es ihrer Meinung nach die Gefühle ihres Gegenübers verletzen könnte. Dass eigene Abgrenzung erst ein Angrenzen an andere Menschen ermöglicht, Berührungen an der Grenze der „individuellen *Leibräume*“ stattfinden, sind Erfahrungen, die durch einfache Übungen erlebt und reflektiert werden können.

Zur Erweiterung der Angrenzungserfahrungen, bzw. des Annäherungsverhaltens biete ich auch gern therapeutische Arbeit mit der Stimme an. Stimmarbeit hat unmittelbaren Bezug zu unseren innersten Gefühlen. An der brüchigen leisen, hohen piepsigen, lauten grellen, volltönenden, sanften oder melodischen Stimme werden Stimmungslagen über die zwischenleibliche Resonanzfähigkeit transportiert.

Übungsbeispiel zur Förderung von Empathie

Aufeinander Zugehen und Übernehmen eines Tons

- *in der zuvor beschriebenen Übung wird die stehende Person aufgefordert, einen Ton mit ihrer Stimme zu produzieren*
- *die Partnerin nähert sich bis zu einem Abstand, in dem sie den erzeugten Ton gut hören und nachahmen kann*
- *sie übernimmt die gleiche Tonlage und Lautstärke des wahrgenommenen Klangs*
- *die Urheberin des erzeugten Tons lässt ihre Stimme verklingen und kann nun den imitierten Ton von außen hören.*

Diese kleine Übung kann eine sehr große Wirkung haben. Sie hat in einer meiner PatientInnengruppen eine intensive therapeutische Arbeit möglich gemacht, die einen positiven Einfluss auf die Dynamik des Gruppenprozesses hatte, auf die ich in Kapitel 5.1. näher eingehen werde.

Ähnlich wie im Umgang mit anderen Medien möchte ich noch einmal an dieser Stelle darauf hinweisen, eine solche Übung nur anzubieten, wenn sie durch eigene Erfahrungen erlebt und bekannt ist. Erlebniszentrierte Angebote können einen bis dahin gut verdrängten Konflikt an die Oberfläche des Bewusstseins der PatientIn befördern, der eine sorgsame empathische Begleitung verlangt.

Verschiedene *leibbezogene* Übungen, die das individuelle Kommunikationsverhalten in therapeutischen Gruppen verdeutlichen, sind in der Literatur zur Integrativen Bewegungstherapie umfangreich und differenziert beschrieben. (A. Höhmann-Kost 2002, B. Hausmann, R. Neddermeyer 1996)

Mit verschiedenen Hilfsmitteln, zum Beispiel in der Form von Seilen oder Stöcken, können zwischenleibliche Räume in unterschiedlichen Qualitäten erfahren werden. Eine PartnerInnenübung zum Thema „führen“ und „sich führen lassen“ mit leichten Bambusstöcken stellen Erfahrungsräume des eigenen Kommunikationsstils zur Verfügung.

Übungsbeispiel zur Förderung der Wahrnehmung in Kommunikation und Kooperation

Führen und sich führen lassen

- *Zwei TeilnehmerInnen halten gemeinsam einen ca. ein Meter langen Bambusstab zwischen einer ihrer beiden Hände*

- *eine Partnerin hat die Rolle des richtungs- und bewegungsbestimmenden Führens*
- *die andere versucht diese Impulse zu spüren, aufzunehmen und mit ihrem Arm und ihrem ganzen Körper diesen durch den Raum hindurch zu folgen*
- *Rollentausch in der Zweiergruppe und Wechsel in den Partnerschaften machen unterschiedliche Qualitäten des Miteinanders erfahrbar*
- *im anschließenden Feed Back werden die Erlebnisse reflektiert.*

Diese und andere Übungen können den PatientInnen neue Erkenntnisse über ihr Begegnungs- und Beziehungsverhalten ermöglichen. Gleichzeitig haben die TeilnehmerInnen die Chance, verschiedene Rollen und Verhaltensweisen auszuprobieren und durch wiederholtes Üben ihr Rollenrepertoire zu erweitern. Der Therapieraum kann hier einen Schon- und Schutzraum für die PatientInnen zur Verfügung stellen, um für sie neue unvertraute Verhaltensweisen erlebbar zu machen.

Das Laufen draußen, als sportliches Angebot in Form von Spazieren gehen, Walken, Nordic Walking oder Joggen, beinhaltet auch immer einen Kontakt mit den Elementen der Natur. Die wohltuenden Wirkungen der Landschaften, von „Wasser, Licht und Luft“, bei gleichzeitiger körperlicher Aktivität waren schon in den Gesundheits- und Behandlungszentren der asklepiadischen Priesterärzte und in frühen psychotherapeutischen Behandlungsformen sehr geschätzt. (vgl. *Petzold* 97, 375)

Kreatives Laufen, als Form des therapeutischen Laufens der Integrativen Bewegungstherapie, orientiert sich an unterschiedlichen Faktoren: Zum einen trainiert es die Koordinations- und körperliche Leistungsfähigkeit in Form von Konditionsaufbau und zum anderen tritt, neben dem soeben erwähnten ökologischen Faktor, die soziale Komponente. In der Gruppe erfährt die PatientIn beim Laufen Stärkung der eigenen Willenskraft, Zusammenhalt in der Gruppe und die Möglichkeit, sich im Gespräch über die Anforderungen und Erlebnisse auszutauschen.

Der Einsatz von Imaginationen während des Laufens in Form von hilfreichen Bildern und Phantasien, die die Aufmerksamkeit von der Anstrengung ablenken, oder kleinen spielerischen Einlagen sind kreative Elemente, die Monotonieeffekten entgegenwirken und die Motivation der TeilnehmerInnen stärken.

Das Laufen einer Wegstrecke, in Verbindung mit der gedanklichen Vorstellung eigener therapeutischer Zielsetzungen, können erste kleine Akzente in der Zukunftsplanung der PatientIn setzen. Ein persönliches Ziel, in Form einer konkreten Wegstrecke anzuvisieren und darauf zuzugehen, ist eine erinnerbare Hilfestellung für eine zukünftige Handlung. In der Übungssituation kann diese Handlung schon gedanklich durchgespielt werden und bleibt so in der Erinnerung. Gemeinsam, Seite an Seite, mit einer imaginären Person oder auch einer MitpatientIn auf ein Ziel zu zulaufen, vermittelt Sicherheit und stärkt den eigenen Willen. Die Erinnerung an solche therapeutischen Übungssituationen können später wieder ins Bewusstsein geholt und bei Bedarf in schwierigen Situationen abgerufen werden. Solche Übungen entfalten ihre Wirkung besonders dann, wenn sie oft wiederholt und der Sinn dieser Übung gemeinsam im therapeutischen Gespräch reflektiert wird.

Bewegungsangebote können auf vielfältige Weise mit Imaginationen, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsinhalten und Gestaltungsaufgaben kombiniert werden. Eine mögliche Form eines solchen multimedialen Angebots ist die Landartaktion mit den PatientInnen am Rhein, sowie ich sie im Kapitel 4.3. dokumentiert habe. Die nachfolgende ausführlichere Beschreibung des Prozesses macht noch einmal die verschiedenen Wahrnehmungsinhalte, auf die die Aufmerksamkeit gelenkt werden kann, in der Bewegung deutlich:

Das Angebot beginnt mit einem zügigen 20-minütigem Gehen in der Gruppe von der Klinik zum Flussufer. Der Weg führt über den Parkplatz des Klinikparks, auf Straßen entlang eines Wohngebiets, durch einen kleinen Tunnel unter einer befahrenen Straße hindurch und schließlich auf die Felder und Nebenstraßen in Flussnähe. Dort angekommen, lauschen die TeilnehmerInnen stehend oder sitzend einer Geschichte unter freiem Himmel mit Blick auf das Blau oder die Wolken, das bewegte, fließende Wasser und die weite Landschaft.

Die Fähre wechselt das Ufer, wenn es wartende Fahrgäste auf der anderen Seite gibt, und nähert sich unserer Gruppe.

Die Fahrt auf dem Wasser lässt die Bewegung der Wellen in Verbindung mit dem Schiffsrumpf im ganzen Körper spürbar werden. Der Wind bläst in das Gesicht der Passagiere und ihr Blick über die Reling erstreckt sich in die Ferne über den langen Flusslauf oder auch hinunter in das sprudelnde Wasser am Schiffsrumpf. Die Fahrt dauert nur ein paar Minuten. Am anderen Ufer geht nun der Gang über freies Gelände. Sand und Kies säumen das Ufer. Molen erstrecken sich mit großen schwarzen Steinen als langgestreckte Halbinseln in das Flussbett. Entfernt vom Wasser wächst hohes Schilf und eine Wiese mit unterschiedlichen Gräsern, Sträuchern und Bäumen erhebt sich zu einem Deich landeinwärts. Wenn die Sonne scheint, entsteht der Eindruck von Strandatmosphäre durch den hellen Sand mit den angeschwemmten Fundstücken und den sichtbaren Resten eines Lagerfeuers. Große Schiffe passieren diesen Ort und lassen eine Serie von Wellen rhythmisch ans Ufer schwappen. Die TeilnehmerInnen haben Zeit für Beobachtungen und Entdeckungen. Sie gehen, laufen, schlendern, stehen, schauen, suchen, fühlen, riechen, tasten, finden und gestalten.

Nach ca 20 Minuten kommen wir wieder in der Gruppe zusammen, und jede TeilnehmerIn präsentiert ihren gewählten Platz mit den von Ihr gemachten Zeichen. In dieser Begehung werden die individuellen Gestaltungen nun für alle räumlich erfahrbar.

Eine Fotografie von der Landschaftsgestaltung bleibt, neben unserem memorativen Leib, Zeuge des Geschehens. Dann geht die Fahrt mit der Fähre zurück mit einem letzten Blick auf die hinterlassenen Spuren der Gruppe. Zügiges Laufen beendet diesen Ausflug, in dem Gespräche entstehen oder die TeilnehmerInnen schweigend ihren Gedanken folgen.

Ein solcher Ausflug bereitet meist die Entlassungsphase vor, obwohl ich auch schon PatientInnen nach ihrer Ankunft und Aufnahme in die Klinik mitgenommen habe. Es ist ein Angebot, das schon eine gewisse körperliche Kraft und Ausdauer für die zweieinhalb Stunden erforderlich macht.

Diese ausführliche Beschreibung des Bewegungsangebots mit der Gestaltungsaufgabe in der Landschaft zeigt noch einmal deutlich die vielen verschiedenen Fakto-

ren, die eine intermediale kreativtherapeutische Gruppenstunde im Freien kennzeichnen. Bewegung ist die Grundvoraussetzung, sie ist und bleibt wohl das bedeutungsvollste Kennzeichen aller Gestaltungen durch unsere körperliche Präsenz in der Welt. Doch nicht nur die Menschen befinden sich in ständiger Bewegung, auch die Welt um uns herum steht niemals still.

In der bewegten Natur gründet unser Dasein als bewegtes *Leibwesen*. Eingebettet in ihr wird die „Umwelt zur Mitwelt“ (Altner 1985, Kampitz 1988 in Preuss 1991) und der Mensch ein Teil der lebendigen Natur. Er ist aus dem „Fleisch“ (Merleau Ponty 2000) der Welt gemacht und lebt inmitten all ihrer lebendigen Erscheinungsformen.

Die dualistische Denkweise, die ihren Ausdruck in der Zweiteilung von Körper und Geist, von menschlichem Geist und der übrigen Natur gefunden hat, ist ein Konstrukt, das Entfremdung vom eigenen Körper und von unserer natürlichen *Mitwelt* entstehen lässt. Eine ganzheitliche, holistische Sicht kann den Phänomenen und dem Wesen alles Lebendigen eher gerecht werden und die Achtung und Wahrung eines würdevollen Lebens für alle Wesen dieser Erde in einer sich verändernden Natur im Fluss der Zeit auch in Zukunft gewährleisten. (vgl. Preuss 1991)

4.7. Die Bedeutung der *Intermedialen Quergänge*

Die lebendige Vielfalt des menschlichen Lebens, Bewegung und Veränderung sind Aspekte, die in der Krankheit der Depression kaum noch erfahrbar, spürbar und fühlbar sind. In kleinen Schritten, auf vielfältigen Wegen und über einen differenzierten Einsatz von künstlerischen Medien und therapeutischen Methoden kann wieder ein Kontakt zu den Dingen und den Mitmenschen hergestellt werden. Diese Kontaktangebote zeigen Erfolg, wenn sie auf die PatientInnen zugeschnitten sind, das richtige Maß und annehmbare Zugänge ermöglichen. Jedes Medium hat seine eigene Charakteristik, eine *natürliche Ladung* und einen spezifischen *Aufforderscharakter*. Der Wechsel der Medien ist nicht beliebig einsetzbar, sondern ergibt sich im therapeutischen Prozess der Gruppe und dem der einzelnen TeilnehmerInnen.

Die Basis des Angebots der künstlerischen Medien und Methoden bietet ein großes und weites Repertoire für die Erlebnis- und Ausdrucksdimensionen der Menschen. Der therapeutische Einsatz ist jedoch gezielt und beschränkt sich auf ein wirkungsvolles Maß. Und das ist nicht: „Je vielseitiger oder je mehr, umso besser“ sondern oft das genaue Gegenteil: „Weniger ist mehr!“ Das ist eine Erfahrung, die sich in der Praxis während der kunsttherapeutischen Arbeit mit depressiven PatientInnen einstellt. Jede TeilnehmerIn braucht Zeit, sich einzulassen, zu spüren, zu fühlen, zu experimentieren, zu reflektieren, zu kommunizieren. Jeder Schritt und jeder Weg im gruppenspezifischen Prozess benötigt in der therapeutischen Begleitung eine große Aufmerksamkeit und Empathie für die PatientInnen. Die Gefahr, die TeilnehmerInnen in einem multimodalen Angebot mit künstlerischen Medien zu überfordern, ist groß. Es erfordert ein ständiges Abwägen und ein ausgewogenes Einsetzen der Medien seitens der TherapeutIn.

Der Wechsel der Medien sollte immer zielgerichtet mit dem Blick auf die Förderung der Selbsterkenntnis jeder einzelnen PatientIn *und* der Förderung des Begegnungs- und Beziehungsgeschehens unter den GruppenteilnehmerInnen erfolgen. Die intermediale Arbeit fügt sich im Gruppenprozess zu einem Ganzen und stellt einen gemeinsamen Erfahrungs-, Spiel- und Experimentierraum zur Verfügung.

Entscheidend ist der kommunikative Aspekt und das kreative Klima in der Gruppe. Ziel ist es *Kokreativität (Petzold)* anzuregen und *Intersubjektivität* zu fördern. In der Integrativen Therapie als psychotherapeutisches Verfahren wird Kreativität immer als *Kokreativität* verstanden. Jegliches schöpferische Tun entsteht auf der Basis zwischenmenschlicher Erfahrungen und ist Ausdruck, in dem sich eine Botschaft abbildet, die durch die Interaktion in der Gruppe an Bedeutung gewinnt. Durch Gespräche und die Möglichkeiten im gemeinsamen Umgang mit den unterschiedlichen Medien gewinnen persönliche Themen im Miteinander der GruppenteilnehmerInnen Gestalt.

Die verschiedenen Modalitäten, in denen kunsttherapeutische Arbeit möglich ist, werden in der Integrativen Therapie folgendermaßen unterschieden: in eine *übungszentriert funktionale, erlebniszentriert stimulierende und konfliktzentriert aufdeckende* Arbeitsweise. Im klinischen Rahmen in der Akutbehandlung von depressiven PatientInnen beschränkt sich das Angebot in der Gruppenstunde auf die ersten beiden Modalitäten. Es kann jedoch bei der erlebniszentrierten Arbeit mit kreativen Medien auch ein konfliktreiches Thema in das Bewusstsein einer PatientIn gehoben werden, was daraufhin einen Umgang damit erforderlich macht. Die Übergänge sind in der Praxis fließend und nicht so klar voneinander getrennt, wie es die Theorie veranschaulicht. Eine tiefende therapeutische Arbeit, in der ein Konflikt ausgebreitet werden kann, ist von der Stabilität aller GruppenteilnehmerInnen abhängig und bildet in dem klinisch/zeitlichen Rahmen in der Gruppenstunde die Ausnahme. Auftauchende konfliktreiche Themen können jedoch durch die BezugstherapeutInnen in der Einzelbegleitung noch weiter besprochen und bearbeitet werden. Ebenso sind kunsttherapeutische Wege und Begleitungen fortführend in den Basisgruppenstunden der Kreativtherapiestunden individuell gestaltbar.

Insgesamt liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der *Intermedialen Gruppe* deutlich auf dem *Intersubjektiven* Aspekt. Die Medien sind die Träger und Brücken für die Kontakte und Begegnungen unter den TeilnehmerInnen. Sie vermitteln Informationen und Erkenntnisse in den Begegnungen miteinander und führen die PatientInnen zu einer Begegnung mit sich selbst.

Das kokreative Klima in der Gruppe erlaubt den Entwurf und das Experimentieren von und mit eigenen Ideen und Kreationen. In diesem Rahmen im Schutze der Gruppe gibt es die Chance, Bewusstwerdendes zu integrieren und neue Erfahrungsräume zu erschließen.

Neugierde auf künstlerische Tätigkeiten im weitesten Sinne zu wecken, die Entdeckung individueller kreativer Potentiale zu fördern und die TeilnehmerInnen behutsam auf den eigenen gestaltbaren Lebensweg aufmerksam zu machen ist das

naheliegende Ziel in dem Gruppenangebot mit wechselnden kreativen Medien. Sie stellen Möglichkeiten für den eigenen Ausdruck bereit.

Die KunsttherapeutIn steht der PatientIn und der ganzen Gruppe begleitend zur Seite und kann mit ihrem Wissen über die Eigenschaften der Medien und der therapeutischen Methoden den gruppendynamischen Prozess lenken. Sie ermutigt und bekräftigt die einzelnen TeilnehmerInnen in ihren Ausdrücken der Erfahrungen im gemeinsamen Raum.

Das stimulierende Angebot der Medien setzt unmittelbar am *Leibe* an. Die *perzeptiven*, *memorativen* und *expressiven* Fähigkeiten des *Leibes* werden wieder miteinander verbunden: „Eindruck, Ausdruck und Erinnerung kommen wieder in Fluss, wo zuvor Blockierungen, Einschränkungen und Hemmungen waren.“ (Orth in Petzold/Orth 1990, 728)

Der Einstieg über die Naturmaterialien und die Naturerfahrungen löst oft Erinnerungsbilder aus ganz verschiedenen Lebensphasen der PatientInnen aus. Wahrnehmungen in der Gegenwart berühren auch Erinnerungen vergangener Wahrnehmungen in den „Archiven“ des *memorativen Leibes*.

Es stellt sich in den Gruppenstunden die Frage, an welcher Stelle, über welche *perzeptiven* Fähigkeiten des *Leibes* ist es zu dieser Zeit in dieser Gruppe mit den spezifischen Themen, die die TeilnehmerInnen mitbringen, sinnvoll, „die Sinne aufzuschließen“ (Orth).

Sinn entsteht im gemeinsamen Austausch miteinander über Sinnlich-Erlebtes. Welche Wahrnehmung möchte ich als begleitende TherapeutIn in den Fokus der Aufmerksamkeit der Gruppe stellen? Stimuliere ich das Sehen, das Hören oder vielleicht den Tastsinn. Wie viele und welcher Art, maligne oder supportive Erlebnisse und Erfahrungen aus der Vergangenheit der PatientInnen sind es, die dadurch belebt werden?

Möchte ich die perzeptiven Wahrnehmungen fördern und die expressiven kreativen Kräfte der TeilnehmerInnen stärken, so können frühe und spätere Störungen und Konflikte in der Lebensgeschichte der PatientIn nicht ausgeklammert werden. Wichtig wird hier, einen Umgang damit zu finden und Wege aufzuzeigen, in denen sich die PatientInnen nicht wieder verschließen, sondern lernen ihren eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen zu trauen. Tauchen Störungen im therapeutischen Gruppenprozess auf, so kann in dieser Situation ein neuer Umgang mit dem Konflikt in der Gruppe den PatientInnen neue Wege eröffnen. Sie können zum Beispiel die Erfahrung machen, endlich gehört und verstanden zu werden, Trost zu erfahren und in Solidarität gemeinsame Wege in kreativen Prozessen miteinander zu beschreiten. Diese Erfahrungen bleiben in eindrücklicher Weise in der Erinnerung an den gemeinsamen Klinikaufenthalt zurück.

Jede Fähigkeit des menschlichen *Leibes* hat in der frühen Entwicklungsgeschichte des Heranwachsens im Baby-, Kleinkind-, Kindes- und Jugendalter sowie auch des späteren Reifens im Erwachsenenalter ihre Wurzeln und Verbindungen.

Die Ausdrucksmöglichkeiten mit kreativen Medien und künstlerischen Methoden korellieren, entwicklungspsychologisch betrachtet, mit der Ausbildung und Reifung der perzeptiven und expressiven Fähigkeiten in den verschiedenen Wachstumspha-

sen. Auf der Basis entwicklungstheoretischer Modelle und steten Wissensgewinns auf diesem Gebiet wird der Einsatz der Medien begründet und weiterhin erforscht.

So ist es besonders wirkungsvoll, frühe Störungen in der sensomotorischen Phase mit bewegungstherapeutischen Ansätzen, Schädigungen in der sprachsensiblen Phase mit poesitherapeutischen Methoden und Probleme, die aus der rollensensiblen Phase resultieren mit dramatherapeutischen Angeboten zu behandeln. (vgl. *Petzold/Orth* in *Petzold/Sieper* 1993, 564)

Das sind Verbindungen, die zu kennen für eine klinische Kunsttherapeutin wichtig sind. Wirklich bedeutungsvoll werden diese theoriegeleiteten Interventionen in der kunstpsychotherapeutischen Einzelbegleitung.

Abschließend möchte ich in diesem Kapitel noch auf das „ästhetische Moment“ eines intermedialen kreativtherapeutischen Gruppenangebots eingehen. Die TeilnehmerInnen erfahren im Laufe der Gruppenstunden einen Umgang mit den verschiedenen künstlerischen Methoden und Medien. Ihr Wahrnehmungsvermögen erweitert sich und sie lernen verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten für sich kennen. Dabei kommt es immer auch einmal zu besonders stimmigen, wahrhaftigen und schönen Ausdrücken. Sie entwickeln in den Prozessen ihrer Gestaltungen und der Kommunikation untereinander eine Sensibilität füreinander und für sich selbst.

„In derartigen Prozessen wird oftmals das rein Therapeutische im Sinne eines reparativen Heilens überschritten, und neue Dimensionen und Qualitäten hinzugewonnen: ein Heilen, das ganz (mhd. heel), das vollständig macht, indem eine gewisse Anmut und Leichtigkeit, eine 'ästhetische Qualität' hinzugewonnen wird.“ (*Petzold/Orth* 1991, 742/743)

5. Beispiele therapeutischer Prozesse

Nachdem ich nun die einzelnen Medien an Hand von Beispielen aus PatientInnenarbeiten, Übungsanleitungen und ihren kunsttherapeutischen Einsatzmöglichkeiten und Wirkweisen dargestellt und erläutert habe, möchte ich im folgenden Kapitel Ausschnitte aus einem Gruppenprozess schildern, so wie er in der Intermedialen Kreativtherapie stattgefunden hat. Dabei stelle ich den thematischen Durchlauf mit den unterschiedlichen Medienangeboten kurz dar, wie er sich in der Gruppe entfaltete. Einzelne Arbeiten aus diesem Gruppenverlauf zeigte ich bereits in Kapitel 4 in der Dokumentation der kunsttherapeutischen Angebote mit den unterschiedlichen Medien, auf die ich an gegebener Stelle mit der Abbildungsnummer verweise. Bereits beschriebene bewegungstherapeutische Übungen setze ich als bekannt voraus und benenne sie mit einem Verweis auf die Anleitung.

Meine Aufmerksamkeit in der Beschreibung des ersten Gruppenprozesses gilt der Qualität der Begegnungen in der PatientInnengruppe und den Spuren und Atmosphären, die diese hinterlassen haben. In dem aufgezeigten Prozess beschreibe ich

unter anderem eine therapeutische Einzelarbeit in der Gruppe, die sich durch *leib-*therapeutische Interventionen unter Einsatz kreativer Methoden und Medien entfaltete und eine heilsame Erfahrung für alle Beteiligten ermöglichte. Spürbar war in der Folge dieses Gruppenerlebnisses, wie in der PatientInnengruppe eine Begegnungsqualität entstand, die von *Intersubjektiver Ko-respondenz* gekennzeichnet war.

In Kapitel 5.2. schildere ich einen Einzelprozess an Hand von bildnerischen Gestaltungen, die neben den Erfahrungen und Ausdrücken der Patientin in der Intermedialen Gruppe auch in der Kreativtherapie, dem Basisangebot für die Station, entstanden sind. In dem zweimal wöchentlich stattfindenden Angebot hatte ich die Möglichkeit, die Patientin auf ihrem individuellen therapeutischen Weg ein Stück zu begleiten.

Der geschilderte Einzelprozess der Teilnehmerin der Intermedialen Gruppe zeigt, was ein therapeutisches Gruppenangebot mit kreativen Medien bewirken kann. Der eingeschlagene Weg der Patientin mit ihren Erlebnissen und Begegnungen in der Intermedialen Gruppe stellte einen Anfang dar, der eine weiterführende intensive therapeutische Arbeit für sie ermöglichte. Ihre gestalterischen Arbeiten, in Form einer Objektgestaltung aus Naturmaterialien und einer dazu entstandenen Geschichte sind im Kapitel 4.4. dokumentiert, auf die ich an der entsprechenden Stelle verweise.

In der Beschreibung beider Prozesse kommen zentrale mediengestützte Techniken der Persönlichkeitsdiagnostik der Integrativen Therapie zur Anwendung, wie zum Beispiel das Malen von Lebenspanoramen und Selbstbildern. Diese therapeutischen bildnerischen Gestaltungstechniken sind nur skizzenhaft dargestellt und in der Literatur der Integrativen Therapie zu diesen Themen ausführlich behandelt worden und darin nachzulesen...³⁵

In beiden geschilderten therapeutischen Prozessen wird der Problembereich von Trauer- und Verlusterfahrungen aus der Erlebniswelt der Patientinnen angesprochen. Verlusterfahrungen mit belastenden Begleitumständen können Trauerprozesse verzögern oder erschweren. Vermiedene Trauer ist ein entscheidender Auslöser für depressive Störungen, wie es in den Grundlagen der Interpersonellen Psychotherapie durch *Klerman* und *Weissman* herausgearbeitet worden ist...³⁶

Die kunsttherapeutische Arbeit in der Gruppe und im Einzelprozess bezog sich, neben den für alle gültigen Wirkfaktoren und Zielsetzungen, auf die Einleitung und Begleitung eines für die jeweilige Patientin hilfreichen Trauerprozesses. Dieser wurde in beiden Verläufen von der *intersubjektiven Ko-respondenz* in der Gruppe und in der therapeutischen Beziehung getragen.

³⁵ *Petzold/Orth in Petzold/Sieper* 1993, S. 125 - 172; Zeitschrift für *Integrative Therapie* 4/1994 Themenschwerpunkt: Kreative Medien und Diagnostik, *Petzold/Orth; Richter* 1997

³⁶ siehe Fußnote 24 Therapiemanual IPT, *Grüttert*

5.1. Beispiel eines Gruppenverlaufs

In der klinischen Praxis variiert die Gruppengröße in dem Angebot der Intermedialen Kreativtherapie zwischen vier und acht TeilnehmerInnen. Die Anzahl der Sitzungen liegt zwischen drei und sechs Gruppenstunden (Gruppeneinheiten) zu einem Themendurchlauf. Eine Gruppeneinheit besteht aus zwei Stunden einmal in der Woche.

In der Gruppe angemeldete PatientInnen fehlen zwischendurch aus unterschiedlichen Gründen, außerdem steigen manche später ein und andere verlassen die Gruppe vor der angekündigten Zeit. Das sind Gegebenheiten, mit denen es gilt, sich als kreativtherapeutische Gruppenleiterin in der Akutpsychiatrie zu arrangieren. Mein Anliegen ist, eine möglichst konstante Gruppe über einen mehrwöchigen Zeitraum zu leiten, um den PatientInnen, den gemeinsamen Austausch über Wahrnehmungen und Gestaltungen im Prozessverlauf zu erleichtern. Den ersten Rahmen stelle ich durch eine Themenvorgabe und spezifische Medienangebote in Form von Übungen bereit. Im weiteren gruppenspezifischen Prozess entwickle ich eine Abfolge von Übungen und Gestaltungsangeboten, die auf die TeilnehmerInnen und die spezifische Gruppe zugeschnitten sind. Diese Angebote mit kreativen Medien aus dem Repertoire der Integrativen Therapie erhalten ihre detaillierte Gestalt in der Begegnung mit der Gruppe und den einzelnen PatientInnen. In meiner Vorstellung entwerfe ich vor Beginn eines Gruppenspezifischen Durchlaufs ein Konzept im Hinblick auf ein bestimmtes Thema. Dieser vorgegebene Rahmen bezieht sich in der folgenden Beschreibung eines Gruppenprozesses auf die Themenwahl:

Standpunkt – Kontakt, Begegnung, Grenze – Weg, in Bewegung kommen

Die Gruppe startete mit vier Patientinnen in der ersten und zweiten Gruppeneinheit zum Thema *Standpunkt*.

In der dritten Woche kamen drei neue PatientInnen (zwei Frauen und ein Mann) dazu. Das Thema *Kontakt, Begegnung, Grenze* bildete die Basis der unterschiedlichen bewegungs- und kunsttherapeutischen Angebote in den Stunden der folgenden drei Wochen. Nach der dritten Woche schied der einzige Patient der Gruppe, auf Grund seiner vorzeitigen Entlassung, wieder aus. In der vierten und fünften Woche fehlte jeweils eine der sechs angemeldeten Gruppenteilnehmerinnen, zusätzlich nahm ich in der fünften Woche eine weitere Patientin der Station in die Gruppe auf.

In der sechsten Woche, die den Abschluss der Sequenz mit dem Thema *mein Weg, in Bewegung kommen* bildete, waren noch drei der Patientinnen dabei, die am Gruppenverlauf über sechs Wochen beteiligt waren. Eine neu aufgenommene Patientin kam in der letzten Stunde dazu, zwei andere hatten die Klinik zu diesem Zeitpunkt wieder verlassen und die Patientin, die in der fünften Stunde dazugekommen war, ließ sich in der sechsten Stunde entschuldigen.

Die Bewegungen bezüglich der Gruppenkonstanz entstehen immer wieder in ähnlicher Weise in einer psychiatrischen Akutklinik, da die Aufenthaltsdauer, die ver-

schiedenen Termine und der Gesundheitszustand der PatientInnen variieren und nicht immer vorhersehbar sind. Dementsprechend passe ich mein Konzept schon den Bedingungen dieser Fluktuation und den oft kurzfristig veränderten Gruppenzusammenstellungen an.

Nicht zu jeder Zeit ist es möglich, neue PatientInnen in eine bestehende Gruppe aufzunehmen. In manchen Verläufen macht es Sinn, die Gruppe zu erweitern, um ein Thema mit vielen unterschiedlichen Begegnungsmöglichkeiten zu explorieren oder auch um das Fortbestehen der Gruppe zu gewährleisten, wenn die TeilnehmerInnenzahl gering ist. In anderen Gruppenprozessen ist es förderlich für die Entwicklung gegenseitigen Vertrauens, keine neue TeilnehmerIn aufzunehmen, um einen Schutzraum für eine begrenzte Zeitspanne zur Verfügung zu stellen, in dem eine begonnene Arbeit weitergeführt und abgerundet werden kann.

Die therapeutische Arbeitsweise mit kreativen Medien verlangt einen flexiblen Stil und ist im thematischen Rahmen prozessual veränderbar. Kunsttherapeutische Arbeit ist an sich schon kreativ und bezieht unvorhersehbare Situationen in der Gruppendynamik mit in die jeweilige Aufgabenstellung ein.

Die erste Stunde (*Standpunkt*)

In den ersten beiden Wochen blieb die Gruppe mit vier Teilnehmerinnen konstant. Für den Einstieg in die kreativtherapeutische Arbeit zu dem Thema „*mein Standpunkt*“ wählte ich das Gestaltungsmedium der Fotografie. Im Kapitel 4.1. beschreibe ich diese Arbeit als aktive Suche der PatientInnen im Klinikpark nach einem für sie stimmigen Bildausschnitt. Dazu ist es für die TeilnehmerInnen notwendig, einen eigenen Standort bewusst auszuwählen und einzunehmen, um aus diesem heraus eine Richtung und einen Ausschnitt zu bestimmen. Das Angebot stellt, als Ganzes betrachtet, keine hohen Anforderungen an eine PatientIn. Zerlege ich den Prozess in viele bewusst gesteuerte Einzelschritte, so wird deutlich, dass die TeilnehmerInnen Entscheidungen zu treffen haben: *Welchen Weg gehe ich? In welche Richtung schaue ich? Wo bleibe ich stehen? Was genau interessiert mich? Welchen Ausschnitt wähle ich? Wie setze ich die verschiedenen Elemente in den rechteckigen Bildausschnitt?*

Nach einer ersten Gesprächs- und Kennenlernrunde unter Einbeziehung des Themas mit ersten Gedanken über die eigene „Verortung“ (*an welchem Punkt in meinem Leben stehe ich? Aus welcher Situation zu Hause komme ich? Was möchte ich für mich in der Klinik erreichen?*), bot ich als Einstimmung ausgewählte Übungen aus der Integrativen Bewegungstherapie an. Sie beginnen mit Körperwahrnehmungsübungen:

Wahrnehmen im Stand

- *Wie stehe ich?*
- *Habe ich guten Bodenkontakt?*

- *Wie ist die Verteilung des Körpergewichts auf die einzelnen Fußbereiche?*
- *Wie ist die eigene Körperhaltung im Raum? (Abstand zwischen den Füßen, Fußstellung, Knie, Becken, Rumpf, Schultern, Kopf)*
- *Im Pendeln nach rechts und links, vorn und hinten zur eigenen Mitte hin-spüren.*
- *Die Grenzen des Gleichgewichts im Stand austesten, was passiert wenn die noch mögliche Balance überschritten wird?*
- *Der erste Schritt, als eine Bewegung, das Ungleichgewicht aufzufangen, in Bewegung kommen, Schritt für Schritt.*
- *Laufen in einer Form und Geschwindigkeit, die zu der eigenen Stimmung passt.*
- *Einen Platz im Raum suchen, an dem es angenehm ist zu verweilen und wo genug Platz für eigene tänzerische Bewegungen ist.*

Als Auflockerung und Anregung spielte ich eine japanische Musik ein (Flöte, Trommeln) mit der Aufforderung, sich auf die Klänge zu bewegen, wer mag kann die Augen dabei schließen.

Musik zu den Bewegungsangeboten fördert die Lust und Freude, sich zu bewegen, durchbricht die Stille im Raum und setzt einem großen Ernst die spielerische Komponente musikalischer und tänzerischer Ausdrucksformen an die Seite. Zu Beginn dieser Stunde plante ich das Einspielen einer Flötenmelodie als begleitende Musik für das freie Bewegungsangebot. Als die Patientinnen durch den Raum liefen, bemerkte ich die Vielfalt der Bewegungsimpulse und die erahnbare zurückgehaltene Kraft der Teilnehmerinnen und entschied mich spontan für ein sehr dynamisches Musikstück mit japanischen Trommeln.

Nach dem tänzerischen Angebot folgte ein kurzer Austausch in der Gruppe über das eigene Erleben während der Bewegung.

Anschließend trafen wir Vorbereitungen für einen Spaziergang im Klinikpark. Ich erläuterte in der Gruppe die fotherapeutische Arbeit wie sie in Kapitel 4.1. beschrieben ist. Die Aufgabe bestand darin, einen Bildausschnitt im Park mit der Hilfe von kleinen weißen Passepartoutpappen zu wählen, der gut zur momentanen Stimmung passt. Nach 15 - 20 Minuten trafen wir uns wieder, um von Standort zu Standort zu gehen und die Teilnehmerinnen zeigten ihren Mitpatientinnen ihre persönliche Wahl der Motive. Auf ihrem gewählten Platz im Klinikgarten stellten die Frauen sich gegenseitig ihren ganz persönlichen Blick in die Umgebung vor. Für das Erstellen einer Fotografie der gewählten Komposition diente eine digitale Kamera, die ich zur Verfügung stellte. Auf gemeinsamen Wunsch der Patientinnen einigten wir uns darauf, dass jede Teilnehmerin zwei Fotografien von verschiedenen Orten machen kann. Die Lust und Freude an dieser Arbeit wurde auch an diesem Wunsch deutlich. Die Abbildung 5 zeigt in der oberen Reihe drei Fotos, die in dieser Gruppe entstanden sind.

Eine letzte kurze Gesprächsrunde im Therapieraum mit Reflektion der eigenen und gemeinsamen Erfahrungen während des gesamten Gruppengeschehens, bildete den Abschluss der ersten Einheit.

Die Stimmung unter den TeilnehmerInnen war zu diesem Zeitpunkt freudig ange-
regt, keine der Frauen fühlte sich überfordert. Der Spaziergang und das Wählen
eines Ausschnitts als Fotomotiv wurden interessiert aufgenommen. Die Bewegun-
gen zur Musik hatten die Lust auf Tanzen bei ihnen angeregt.

Die zweite Stunde (*Standpunkt*)

Eine Woche später waren die Teilnehmerinnen angenehm überrascht, als sie die
DinA 4 großen Farbausdrucke ihrer Fotos erblickten. Sie hatten den Ausschnitt in
der vorherigen Woche sehr bewusst ausgewählt und an ihrer freudigen Reaktion
war spürbar, dass es sich hier nicht um irgend eine Landschaftsaufnahme handel-
te, sondern um ihren ganz persönlichen Blick auf die Umgebung. Sie waren sicht-
lich zufrieden mit ihrer Wahl und der sichtbaren Manifestation „ihres Blickes“ und
bewunderten ihre Fotografien.

Als weiterführenden Weg erläuterte ich einen poesietherapeutischen *Quergang*. An
Hand der Fotografie sollte nun in einem kreativen Schreibprozess eine Unterhal-
tung zwischen einem abgebildeten Element und der Betrachterin entstehen.



Himmel: „Britta, wie geht es dir heute?“

Britta: „Wenn ich dich sehe, geht es mir
gut.“

Himmel: „Warum geht es dir gut, wenn du
mich siehst?“

Britta: „Du schimmerst so schön zwischen
den Blättern hervor und siehst so
weich in deiner hellblauen Farbe
aus.“

Himmel: „Ich sehe, dass du etwas strahlst.“

Britta: „Du erfreust mich.“

Himmel: „So soll es sein.“

Abb. 27

Aufgabe war für die vier Frauen, eines der beiden Bilder vor sich zu legen und ein
Element daraus auszuwählen, mit dem sie einen Dialog beginnen.

Aus den gezeigten Beispielen im Kapitel 4.1. in der Abb. 5 entschied sich zum
Beispiel eine Patientin für die Mauer, die auf dem Foto den Hintergrund der Rose
bildet. Sie symbolisierte für diese Frau im Schreibprozess, der sich während der

geführten Unterhaltung entwickelte, die Grenze und Blockade in der Entfaltung ihrer Lebendigkeit, an die sie immer wieder gestoßen ist.

Auf dem Foto daneben wurde die Parkbank zum Dialogpartner einer Gruppenteilnehmerin, von der sie eingeladen wird, einmal inne zu halten und sich auszuruhen. Als Beispiel füge ich hier in der Abbildung 27 eine weitere Arbeit einer Patientin ein, deren Vornamen ich aus Gründen der Anonymisierung ausgetauscht habe. Es ist die erste Arbeit einer Patientin, die immer gerne an meinen Gruppendurchläufen während ihrer verschiedenen Klinikaufenthalte teilgenommen hat.

Die Teilnehmerinnen lasen ihren Mitpatientinnen die entstandenen Texte im Anschluss an den Schreibprozess vor. Dabei ließen wir uns in der Gruppe Zeit, die Worte wirken und nachklingen zu lassen.

Nach einer Pause leitete ich eine bildnerische *Panoramaarbeit* zum Thema: Mein momentaner *Standpunkt* an. Diese Technik der bildnerischen Gestaltung des eigenen *Lebenspanoramas* wurde von *Petzold* und MitarbeiterInnen als kunsttherapeutische Methode zur diagnostischen Biografiearbeit entwickelt. Sie kann sich auf verschiedene Zeitabschnitte im Leben der PatientInnen beziehen und unterschiedliche Gesichtspunkte in den Blick nehmen, wie zum Beispiel die berufliche Karriere, die Gesundheit und Krankheit oder Partnerschaften und Freundschaften. Nach einer imaginativen oder bewegungstherapeutischen Einstimmung werden mit Farbstiften Lebensstrecken bildnerisch dargestellt. Farben und Formen entstehen beim Malen durch erinnerte Atmosphären, erlebte Stimmungen, vorgestellte Situationen und Zukunftsentwürfe.

In dieser zweiten Gruppenstunde bot ich diese Technik an, um den Teilnehmerinnen die Möglichkeit zu bieten, ihren momentanen Standpunkt in ihrem Lebenslauf wahrzunehmen, Orientierung zu gewinnen und persönliche Ziele während ihres Klinikaufenthalts zu entwickeln. Diese besondere Form einer Panoramagestaltung, die ich in dieser Gruppenstunde vorschlug, lernte ich in meiner Ausbildungsgruppe bei *Richter* 2000 unter dem Namen *Knitterbildpanorama* kennen.

- *Jede TeilnehmerIn steht bequem im lockeren Stand (Füße hüftbreit auseinander, Knie locker, Gewicht auf beide Füße verteilt) im Raum*
- *sie bekommt ein weißes Blatt Papier in beide Hände*
- *die Aufgabe ist, den Bogen mit den Händen in eine handliche, kugelige Form zu knüllen*
- *begleitende Worte der Therapeutin zu dieser Übung sind zum Beispiel: Stellen sie sich vor, wie es ist, ihr Leben in beide Hände zu nehmen*
- *spüren Sie ihren ganz eigenen Lebensfluss und geben Sie diese Energie an das Stück Papier weiter*
- *im nächsten Schritt wird das Papier wieder vorsichtig auseinander gefaltet, so dass eine unebene Oberfläche entsteht*
- *diese bezeichnet eine Landschaft mit Hügeln und Tälern, auf die nun ein Punkt, als jetziger Lebensstandort, eingezeichnet wird*

- *von diesem Standpunkt ausgehend, der die gegenwärtige Situation der PatientIn bezeichnet, wird der Weg zurück in die Vergangenheit und weiterführend in die vorgestellte Zukunft in Form einer ersten Linie eingezeichnet*
- *es bleibt den Frauen selbst überlassen, wie weit sie zurück- und vorblicken möchten. Einzelne Stationen können farblich markiert und ausgemalt werden.*

In der Gruppe wurden die entstandenen „Lebenslandschaften“ nach der Fertigstellung gemeinsam betrachtet und es entstanden Gespräche über die dargestellten Wegstrecken. Vorsichtig tauschten die Teilnehmerinnen erste Informationen über ihren Lebensweg aus. Fragen entstanden zum Beispiel bei einem rechtwinkligen Knick in der gemalten zukünftigen Wegstrecke einer Patientin, dessen Bedeutung für sie nicht erkennbar oder erklärbar war.

In dieser Stunde entschied jede Patientin selbst, wie viel sie den anderen von sich zeigen und erzählen mochte. Die Gruppenstimmung am Ende der Stunde wurde von den Teilnehmerinnen als „nachdenklich“ und „interessiert“ beschrieben.

Die dritte Stunde (Kontakt, Begegnung, Grenze)

In der dritten Stunde kamen 7 TeilnehmerInnen in die Intermediale Kreativtherapie. Es hatte sich in den ersten beiden Gruppenstunden eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen den vier Frauen entwickelt, die den größten Teil der neuen Gruppe ausmachten. Der einzige Mann kam von einer anderen Station und die zwei neuen Teilnehmerinnen waren den anderen Frauen von der Depressionsstation schon bekannt. In meinem kreativtherapeutischen Basisangebot begleitete ich schon eine der neu hinzugekommenen Patientinnen, die ich in dieser Dokumentation Frau „M“ nenne.

Nach einer Einführung im Stuhlkreis, in der die erfahrenen Teilnehmerinnen dieser Gruppe und ich die Arbeitsweise in der Intermedialen Kreativtherapie erläuterten, beschrieb jede TeilnehmerIn in wenigen Sätzen ihre momentane Befindlichkeit. Darunter waren Stimmungen wie „Neugierde“ und „Spannung“ aber auch „Unruhe“ und „Anspannung“ spürbar.

Die Einstimmung in das Gruppenthema dieser Stunde begann ich mit einem Bewegungsangebot zur Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

- *Laufen im Raum und Hinspüren zur eigenen Befindlichkeit.*
- *Der momentanen Stimmung durch bewusstes Bewegen des Körpers beim Gehen Ausdruck geben,*
- *Bewegungsimpulsen nachgeben (Strecken, Gähnen, Dehnen)*
- *Verschiedene Variationen des Laufens durch die Geschwindigkeits- und Richtungsbestimmung ausprobieren (langsam oder schnell, gerade Strecken im Raum oder Kurven gehen).*
- *Erste Kontaktaufnahme bei Begegnungen,*
- *durch Augenkontakt,*

- *durch Begrüßungen im Vorübergehen (Mimik und Gestik).*

Grenzen setzen in der Begegnung

- *Die TeilnehmerInnen werden in zwei Gruppen unterteilt*
- *vier Personen der einen Gruppe haben die Aufgabe, nonverbal durch ihre Gestik und Mimik, Kontakt zu den anderen herzustellen*
- *sie gehen einzeln auf Personen der anderen Gruppe zu*
- *die anderen wehren den Kontakt ab und machen durch ihre Körpersprache deutlich, dass sie momentan keinen Kontakt wünschen*
- *Wechsel der Rollen.*

Aufeinander Zugehen und Übernehmen eines Tons

Darauf folgte ein kurzer erzählender Austausch über eigene Erfahrungen in Zweier- und Dreiergruppen.

Beim anschließenden Zusammenkommen im Stuhlkreis in der großen Gruppe erzählte jede PatientIn in einer kurzen Zusammenfassung, wie es ihr bei den unterschiedlichen Übungen ergangen war.

Als Frau „M“ an der Reihe war, wurde ihre Unruhe spürbar. Sie produzierte in der letzten Übung mit ihrer Stimme einen sehr hohen schrillen Ton, der von ihrer Partnerin übernommen wurde. Diese Erfahrung ließ Emotionen in ihr aufsteigen, für die sie noch keine beschreibenden Worte fand. Sie wirkte bedrückt, als sie versuchte, ihre Gefühle abzuwehren. Ich machte ihr Mut, sich ein wenig Zeit zu nehmen für einen Satz, der ihren jetzigen Gefühlszustand beschreiben könnte und lud sie ein, einmal inne zu halten und ihre Hand auf die Körperstelle zu legen, an der der Druck, den sie benannte, am stärksten spürbar war.

In der nun folgenden Stunde lösten sich langsam die Worte aus ihrer Kehle, die sie in vorhergehenden Tagen als schmerzlich zugeschnürt und mit einem ständigen Druck auf der Vorderseite des Halses beschrieb. Ein Prozess des Erinnerns und Erzählens begann, der ein Ereignis ans Licht brachte, das zwanzig Jahre zurücklag. Sie fand nach und nach Worte für ihre aufsteigenden Gefühle und sie berichtete in der Runde über einen Autounfall, bei dem sie ihr erstes Kind im Säuglingsalter verlor. Diesen Verlust hatte sie nie wirklich betrauert, sondern seitdem das traumatische Erlebnis aus ihrem Bewusstsein verdrängt.

In dieser Gruppe wurde es ihr möglich, darüber zu sprechen. Ihre letzte Übungspartnerin nahm, auf ihren Wunsch hin, den Platz an ihrer Seite im Kreis ein und spendete ihr während des Erzählens Trost und Beistand, indem sie ihre Hand hielt. Alle hier zusammengekommenen Menschen lauschten tief berührt der Schilderung des Unfalls und der Beschreibung ihrer damaligen Gedanken und Gefühle. Keine der TeilnehmerInnen unterbrach die aufmerksame Stille, die den Raum erfüllte. Mit tröstenden ruhigen Worten geleitete ich diesen therapeutischen Prozess, in dem das Erzählen des traurigen Ereignisses erstmals im Leben dieser Frau eine ihr ent-

sprechende Resonanz erhielt. (Sie war damals nicht in der Lage, zur Beerdigung zu gehen und vermied dieses Thema in der darauf folgenden Zeit, in der sie vier weitere Kinder mit ihrem Mann großzog.)

In dieser Gruppe wurde für alle erfahrbar, dass Trost und Trauer zueinander gehören, Trauer dort stattfinden kann, wo sie auch wahrgenommen wird, und Trostarbeit eine Form der *Intersubjektiven Beziehungsarbeit*³⁷ darstellt. Den vertrauensvollen Rahmen für diese therapeutische Arbeit bildeten die PatientInnen, zusammen mit mir als Begleiterin, durch unser intensives Zuhören, Anteilnehmen und unseren Beistand, als die Szene noch einmal präsent wurde. Behutsam, mit wenigen ruhigen Worten, unterstützte ich den Prozess des Erzählens. Die Atmosphäre wurde geprägt durch eine große Empathie aller Beteiligten mit der Erzählenden. Die aufmerksame Präsenz und die *leiblich* spürbare Nähe im Stuhlkreis fand auch ihren Ausdruck in der körperlichen Berührung des Händehaltens, das neben der an der Hand gehaltenen Frau „M“ auch zwischen zwei weiteren Patientinnen im Kreis entstand.

In der abschließenden Gruppenrunde wurde die gefühlte Beteiligung jeder einzelnen TeilnehmerIn beim Zuhören des tragischen Erlebnisses in ihrem feedback (Rückmeldung von Beobachtungen) und im sharing (offen legen des eigenen Erlebens) deutlich.

Frau „M“ wurde auf der Station von der Ärztin anschließend fürsorglich aufgenommen und betreut. Zwei Teilnehmerinnen unserer Gruppe unterstützten sie an diesem Tag in ihren Wünschen bezüglich des Essens und ihrer Ruhebedürftigkeit. Die Unruhe und das Druckgefühl, das ihre Befindlichkeit in den letzten Tagen prägte, wich einer ersten Erschöpfung und sie kam langsam in den nächsten Tagen wieder zu Kräften.

Auf der Station entstand unter dieser Patientinnengruppe ein großer Zusammenhalt, der bald von den MitarbeiterInnen und anderen PatientInnen der Station bemerkt wurde. Kleine Gesten des Mitfühlens am Geburtstag des verunglückten Säuglings einige Zeit später, bezeugten den fürsorglichen Umgang mit Frau „M“. Anregungen zu Trauerritualen aus der Patientinnengruppe, die nun zu ihrer Gemeinschaft gehörten, wurden von ihr angenommen. Es entwickelte sich ein achtsamer und verantwortlicher Umgang unter den Frauen, der auch größere Kreise

³⁷ „Trost ist eine erlebte *emotionale Qualität*, die Linderung von verlust- oder traumabedingtem seelischem Schmerz/Leid bewirkt, eine *Beruhigung* von psychophysiologischem Aufgewühlt- und Erschüttert-Sein und ein Ordnen und Reorientieren im gedanklichen und emotionalen Chaos unterstützt: durch ‘Trösten’, d. h. die Hilfe und empathische Zuwendung eines Tröstenden an einen Trostbedürftigen.“

‘Trostarbeit’ besteht in der Aufnahme, Annahme und Nutzung der Tröstung in dem *gemeinsamen Bemühen*, Verlust, Leid, Belastung, Beschädigung zu überwinden, die Selbstregulationskompetenz der Betroffenen wieder herzustellen und effektiv werden zu lassen. Trost ermöglicht eine persönliche Konsolidierung des Betroffenen: nach innen (z. B. Wiedergewinn von ‘seelischem Gleichgewicht’ und ‘stabilem Identitätserleben’ Aussöhnung/Versöhnung mit sich Selbst an Stelle von Resignation, Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen, Verbitterung) – und nach außen (z.B. Wiederherstellen von Beziehungsbereitschaft, erneuter Hinwendung zum Anderen oder Aussöhnung/Versöhnung mit Menschen an Stelle von Rückzug, Selbstisolation, Unversöhntheit, Hass). Insgesamt erfolgt eine Stärkung der Regulationskompetenz.“ *Petzold* 2004, S.20

zog und eine positive Auswirkung auf das Gemeinschaftsgefühl auf der Station mit sich brachte.

Am Tag nach der beschriebenen therapeutischen Einzelarbeit kam Frau „M“ in die Kreativtherapiegruppe, dem Basisangebot, und formte im Gipsgussverfahren eine Hand, die ich einige Zeit später mit der Rose, die sie für diese Gestaltung kaufte, auf ihren Wunsch hin fotografierte.

Diese gestaltete geöffnete Hand mit einem eingravierten Text und der duftenden Rose, als Ausdruck dieser Patientin am Tag und in der Woche nach dem intensiven Gruppenerlebnis, ist ein Symbol, das in seiner Bedeutung unmittelbar auf den Sinngehalt von *Intersubjektiver Ko-respondenz* schließen lässt.

„Ein wenig Duft bleibt immer an den Händen derer haften, die Rosen schenken.“

Den unter dem Foto (Abb. 28) aufgeführten Spruch schreibt Frau M nach der Aushärtung auf die Gipshand. Nach dem ich das Foto für sie machte, überreicht sie mir in Dankbarkeit die duftende Rose.



Abb. 28

Die vierte Stunde (Kontakt, Begegnung, Grenze)

In der darauffolgenden Woche bot ich in der Gruppe nach einer Befindlichkeitsrunde bewegungstherapeutische Übungen zum Thema *Berührung und Grenze* an. Unter anderem explorierten die Teilnehmerinnen Übungen, wie sie im Kapitel 4.6.

beschrieben sind. Zum Beispiel gingen alle Teilnehmerinnen nacheinander langsam auf eine Patientin aus der Gruppe zu und blieben in dem Moment vor ihr stehen, in dem diese „stopp“ sagte. Als alle Teilnehmerinnen der Gruppe in ihrer Position verharrten, standen alle so dicht gedrängt um die Protagonistin herum, dass keine von ihr weiter als eine Armlänge entfernt war.

Um dieses „dichte Miteinander“ in der Gruppendynamik zu diesem Zeitpunkt noch durch ein anderes Medium erfahrbar zu machen, bot ich das Malen eines großen Gemeinschaftsbildes an. Um eine Tischgruppe herum malten alle gleichzeitig auf einem großen Papierbogen. Jede Teilnehmerin bemalte die vor ihr befindliche Fläche. Die bemalten Felder wurden mit Kreiden farbig gestaltet und wiesen während des Malvorgangs eine ähnliche Größe auf. Zwischen den einzelnen Flächen war ein wenig Abstand in Form von kleinen Freiräumen, weißen Rändern und Zwischenräumen entstanden. Nachdem ich auf die Angrenzungen zwischen den bemalten Flächen, in ihrer Form und Bedeutung als Kontaktmöglichkeiten während einer Malpause aufmerksam machte, entstanden in der darauf folgenden Malsequenz vielfältige Berührungen in Form von Überschneidungen gemalter Linien und Formen, Übermalungen ganzer Flächen und Einfügungen von kleinen Elementen auf fremden Gestaltungsfeldern. Diese bildnerischen Gestaltungsbewegungen boten im Anschluss an das Malen reichlich Gesprächsstoff, da sie unterschiedliche Emotionen bei den einzelnen Teilnehmerinnen ausgelöst hatten. Als ich als Abschluss der Stundeneinheit noch einmal die bewegungstherapeutische Übung zur Nähe- und Distanzregulierung anbot, waren die Abstände zwischen den Teilnehmerinnen von größerer Distanz geprägt. Die Protagonistinnen, die die anderen Teilnehmerinnen einzeln auf sich zukommen ließen, wurden nun auch in ihrem stimmlichen und gestischen Ausdruck prägnanter, als sie den räumlichen Abstand der Herankommenden durch einen Ausruf und das Aufschlagen des Besenstiels auf den Fußboden bestimmten.

Meine Interventionen in dieser Gruppeneinheit waren darauf gerichtet, die Wahrnehmung und Regulierung von Nähe und Distanz in den Begegnungen miteinander spürbar und erfahrbar zu machen, Regulationsmöglichkeiten aufzuzeigen und die Eigenverantwortlichkeit in der Gestaltung von Begegnungen bewusst zu machen.

Die Patientinnen bemerkten in diesem Gruppenverlauf den großen Unterschied in der Distanzwahl während der Bewegungsübungen am Anfang und am Ende der Stunde. Es waren während des Malens unterschiedliche Emotionen und aktuelle Themen, die das eigene Kommunikationsverhalten betrafen, bei einzelnen Teilnehmerinnen angesprochen worden. Erste Auseinandersetzungen über Grenzüberschreitungen in dem gemalten Gemeinschaftsbild hatten in Gesprächen stattgefunden. Vorschläge und Möglichkeiten alternativer Begegnungsmöglichkeiten wurden aufgegriffen und umgesetzt. Das wurde in der Bildgestaltung durch das Experimentieren mit Abdecken und Hinzufügen von Flächen möglich.

In der bewegungstherapeutischen Übung im Raum probierten die Patientinnen wahlweise in den beiden Rollen die körperliche Distanzregulierung im Raum aus.

Es war eine anregende und in einer Zweierbegegnung beim Malen des Gemeinschaftsbildes auch aufregende Gruppenstunde für die Teilnehmerinnen.

Die fünfte Stunde (*Kontakt, Begegnung, Grenze*)

In dieser Stunde nahmen sechs Teilnehmerinnen an der Gruppe teil. Für eine von ihnen war es die erste Stunde in der Intermedialen Kreativtherapie. Die neu hinzugekommene Patientin war mir noch nicht persönlich bekannt. Während eines kurzen Interviews vor der Tür, entschied ich mich spontan, sie in der Gruppe aufzunehmen, da deutlich wurde, dass sie ein konfliktreiches persönliches Thema mit dem Ausschluss aus Gruppen hatte. Diese Problematik wollte ich in diesem Moment nicht durch eine erneute Ausgrenzung verstärken.

Nach einem ersten Austausch im Stuhlkreis, in dem die bisherigen Erfahrungen in der Gruppe mitgeteilt und reflektiert wurden und eigene Stimmungen Ausdruck fanden und benannt wurden, begann ich in der Einstimmung mit einer Körperwahrnehmungsübung.

Die Patientinnen strichen im Stand mit der flachen geöffneten Hand vom Kopf beginnend über Hals, Schultern, Arme, Rumpf und Beine bis zu den Füßen ihren eigenen Körper ab.

Diese Übung verstärkt die *leibliche* Selbstwahrnehmung, das Selbstempfinden und sie kann zur eigenen Zentrierung beitragen. Bei manchen PatientInnen ist es möglich, dass diese Übung in der Gruppensituation an alte Szenen erinnert. Darüber kann es zu Regressionen kommen. Oft sind es traumatische Erlebnisse, *leibliche* Beschädigungen in der Lebensgeschichte der Patientin, die während der Berührung des eigenen Körpers in das Gedächtnis gerufen werden und eine unmittelbare Reaktion der Abwehr auslösen. So geschah es mit der neuen Teilnehmerin der Gruppe, deren eigene intensive Berührung mit den Händen in diesem Gruppengeschehen verschiedene Szenen aus ihren Erlebnissen im Kinderheim wachrief. Kurz nachdem sie diese Übung unterbrach und sie ihre Schwierigkeit, sich selbst zu berühren, benannte, wurde ihr Thema der Ausgrenzung für alle im Raum spürbar. Sie zog sich in einen kleinen angrenzenden Lagerraum zurück und sah sich einige Zeit nicht mehr in der Lage, in den gemeinsamen Gruppenraum zurückzukehren. Die anderen Teilnehmerinnen arbeiteten nach einer kurzen Aufforderung selbständig in Kleingruppen weiter, während ich mit verschiedenen Stabilisierungstechniken aus der Integrativen Traumatherapie³⁸ die Patientin im offenen Nebenraum unterstützte.

³⁸ Erregungszustände mit einer Hyperstressqualität erfahren auf der physiologischen Ebene durch Trost und Zuspruch in Form von beruhigenden Lauten, Entspannungs- und Atemtechniken und Berührungen (wenn gewünscht) eine „down regulation“. Mit diesen leibtherapeutischen Interventionen entsteht ein Abflachen der Stressaffekte und die PatientIn wird in ruhige emotionale Lagen begleitet. Durch die empathische Zuwendung der TherapeutIn wird sie in ihrer Willenskraft bestärkt, negativen Kognitionen und Überforderungsgefühlen entgegen zu wirken. Auf der sozialen Ebene ist es Ziel, Hilflosigkeitsgefühlen, der eigenen Isolierung und Formen dysfunktionalen Verhaltensweisen entgegenzuwirken durch den Aufbau von positiven sozialen Mustern. Vgl. *Petzold* 2004, 22

Nach dieser Unterbrechung in der Gruppenzusammenarbeit wurde es für alle wieder möglich, sich gemeinsam einer Gestaltungsaufgabe zu zuwenden. Im dynamischen Prozess dieser Gruppe entschied ich mich für eine bildnerische Technik aus der kunsttherapeutischen Methodik, in der die Teilnehmerinnen ein persönliches *Schutzschild* für sich selbst entwarfen. Es hat die Funktion, eigene Ressourcen bewusst zu machen und ihre Stärken nach außen hin zu repräsentieren. Für das Malen des Schildes, auch als „*Wapper*“ in der Integrativen Kunsttherapie bekannt (Richter 2000³⁹), bot ich große weiße Papierbögen und Wachsmalkreide als Gestaltungsmaterialien an.

Einstimmende Fragen vor der Gestaltung waren:

- *Welches Symbol gibt mir Stärke, Zuversicht und bietet mir Schutz? (ein Tier, eine Farbe, eine Form)*
- *Was möchte ich den anderen gern von mir zeigen?*

Nach einer längeren Gestaltungszeit (ca. 30 Minuten), in der jede Teilnehmerin ihr persönliches Schild malte, kamen wir nach einer Pause wieder zusammen.

Aufgabe war nun, die Bilder als „Schutzschilde“ zu benutzen und zu präsentieren. Dazu regte ich mit folgenden Fragen an:

- *Vor welchem Bereich meines Körpers möchte ich das Bild halten, was möchte ich auf diese Weise schützen?*

Als jede Teilnehmerin eine gute Haltung mit der Positionierung ihres Schildes gefunden hatte, lud ich sie ein, durch den Raum zu laufen und zu spüren, wie es ihnen hinter ihren gemalten Bildern geht.

Bei den Begegnungen hatten sie dann Gelegenheit zur ausführlichen Betrachtung und einem kurzen Gesprächsaustausch über ihre Wahrnehmungen, Assoziationen und Empfindungen.

In dieser Gruppeneinheit lag der Fokus der Wahrnehmung auf dem Zusammenspiel von „Innen und Außen“ (*Was behalte ich für mich und was möchte ich den anderen von mir zeigen?*), Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung.

In der Einstimmung, in der jede Teilnehmerin ihren eigenen Körper abtastete, wurde die bewusste Wahrnehmung für den eigenen *Leibraum* sensibilisiert. Die Haut als Sinnesorgan umschließt unseren Körper und bildet die Kontaktfläche zur Außenwelt. Diese wird durch die Berührung der eigenen Hände sensibilisiert. Damit werden nicht nur die perzeptiven *Leibfunktionen*, sondern gleichzeitig auch die Memorationen und Expressionen des eigenen *Leibes* angeregt. Das trägt zur Stärkung der Eigenwahrnehmung und des Selbstaustdrucks bei. In manchen Situationen kann es aber auch, wie im Beispiel der Patientin in der Gruppe, eine

³⁹ Gestaltungstechnik aus dem ersten Seminar der Verfasserin in der Ausbildungsgruppe K 0-1 bei Richter 2000 am Fritz Perls Institut in der langfristigen Weiterbildung zur Integrativen Kunst- und Kreativitätstherapeutin

Regression auslösen und vergangene belastende oder traumatische Ereignisse aus den Tiefen ihrer *Leibarchive*⁴⁰ an die Oberfläche ihres Bewusstseins befördern. Die Chance besteht dann für sie darin, neue heilsame Erfahrungen zu machen, die sie nicht in ihrem dysfunktionalen Verhalten bestärken, sondern in der entstandenen Situation Bewältigungsstrategien bereitstellen und weiterführende Kommunikationswege eröffnen.

Diese Patientin kam weiterhin gern in meine Gruppe und lernte in der Zeit ihres Klinikaufenthaltes, in der Begegnung mit ihren MitpatientInnen und der therapeutischen Unterstützung, ihre plötzlichen Emotionen zu kontrollieren, mit den auftauchenden Ängsten umzugehen und sich währenddessen nicht ganz von der Gruppe abzuwenden und auszugrenzen. Dies wurde ihr durch die Entdeckung ihrer kreativen und expressiven Möglichkeiten in künstlerischen Gestaltungen möglich.

Beim Abschluss der Gruppenstunde war die Konzentration jeder einzelnen Teilnehmerin verstärkt auf ihre eigenen Ressourcen gerichtet. Sie hatten im Gestaltungsprozess ihres Schutzschildes starke Symbole für ihre innere Kraft und Zuversicht gefunden und ich leitete zum kommenden Thema als Vorbereitung für die gemeinsame Exkursion an den Rhein in der nächsten Stunde über:

In Bewegung kommen, mein Weg, mich auf den Weg machen

Die sechste Stunde (Neuland betreten)

Die gemeinsame Aktion in dieser Stunde wurde schon zweifach ausführlich in den Kapiteln 4.3. und 4.6. in der Darstellung der Landart-Aktion am Rhein mit den gestalterischen und bewegungstherapeutischen Aspekten beschrieben.

Zwei Gestaltungen, die in dieser Gruppenstunde entstanden sind, werden in den Abbildungen 21 und 22 präsentiert. Für den Abschluss der Dokumentation des dynamischen Gruppenprozesses, möchte ich an dieser Stelle zwei Abbildungen der Gestaltungsarbeit am Rheinufer von Frau „M“ einfügen.

⁴⁰ Der Leib wird zum 'Archiv'. Das Leibgedächtnis hat alle Szenen und Atmosphären des Lebens abgespeichert. Diese können durch gegenwärtige Atmosphären wachgerufen werden. Vgl. *Petzold* 1993, 1232



Abb. 29a

In der Abbildung 29a und 29b, die die gestalterische Arbeit von Frau „M“ in zwei unterschiedlichen Aufnahmen zeigt, bezeichnete sie die weißen Steine als „Mauer des Friedens“, die die darin liegenden Steine, die die Mitglieder ihrer Familie symbolisierten, in einer linear gelegten ovalen Form begrenzten. Das blühende Schilf, das in dieser Gestaltung das Dach der Familie bildete, bezeichnete sie als „Gott und Beschützer“. Verschiedene Gegenstände, zum Beispiel die große rostige Eisenstange, die auf das Oval zeigte, eine weggeworfene Zigarettenschachtel und Glasscherben symbolisierten für sie die äußere Welt, mit ihren zum Teil negativen und bedrohlichen Einflüssen.



Abb. 29b

Sie wuchs als Kind in der religiösen Zugehörigkeit der „Zeugen Jehovas“ auf und gehörte dieser Tradition und Glaubensrichtung auch zu diesem Zeitpunkt mit ihrer sechsköpfigen Familie an. Als sie bei dem abschließenden Rundgang ihre Gestaltung der Gruppe vorstellte, befanden sich, wie auf dem oberen Foto der Abbildung zu sehen sind, sechs Steine in dem Oval, das die Familie bezeichnete. Eine Mitpatientin bot ihr einen kleinen weißen Stein an, der ihren verlorenen Säugling symbolisieren könnte, um ihn mit in das Oval zu legen. Auf der Abbildung 29b ist er Teil der Gestaltung geworden und ist neben dem größten Stein, der den Vater repräsentierte, zu sehen. Diese Idee und Geste der Mitpatientin (es war diejenige die während der Einzelarbeit die Hand von Frau „M“ gehalten hatte) wurde von Frau „M“ angenommen und in ihre Gestaltung einbezogen.

In diesem *Ko-responsenzprozess* hat sich eine Handlungssprache entwickelt, die auf die Kunst der Verständigung durch Zeichen und Symbole aufbaut. Auf diesem Weg entstehen Formen von rituellen Handlungen, die nicht nur an Sprache gebunden sind, sondern auch ohne sie Wirkungen der Anteilnahme und des Verstandenwerdens entfalten können.

Gemeinsame Erfahrungen im Verlauf der Intermedialen Gruppe beim Erzählen und Gestalten, während des Ausflugs an das Rheinufer oder auch im Beisammensein auf der Station außerhalb der Gruppenangebote, bestimmten und formten die vertrauensvolle Atmosphäre mit, die sich zwischen den PatientInnen entwickelte. Sie bereicherte den kommunikativen Umgang untereinander und inspirierte die *Ko-Kreativität* der PatientInnen. In dieser Gruppe war ein Klima für *Intersubjektive Begegnungen* geschaffen worden, das weitere Kreise zog und das Angebot der

Intermedialen Kreativtherapie zu einer sehr beliebten Therapiegruppe der Depressionsstation machte. („In dieser Gruppe musste man einfach gewesen sein!“ kommentierte die Pflegedienstleitung der Station die Gespräche der PatientInnen zu dieser Zeit.)

Die Atmosphäre auf der Station, die durch das Verhalten der PatientInnen in ihren Gesten und Handlungen, die das Gemeinschaftsgefühl untereinander bestärkten, geprägt war, wurde zum Gesprächsthema in einer Supervisionsstunde. Der Supervisor zitierte dazu einen Ausspruch von *Royston Maldoom* aus dem Film „Rhythm is it!“ (Grube, Lansch 2003), der gerade in den Kinos lief: „Wir arbeiten auf den Prozess hin, wo wir uns langsam zurückziehen und sie anfangen zu wachsen. Es ist, als ob man unter ihre Haut kriecht und sich dann zurückzieht, damit sie übernehmen können.“ (In dem Dokumentarfilm bezieht sich der Satz auf die erlebniszentrierte Arbeit eines Trainerteams mit Gruppen von Schülern aus unterschiedlichen sozialen Milieus in Berlin, die in einem groß angelegten Projekt eine Tanzperformance einstudierten.)

Der Vergleich ist in der therapeutischen Arbeit mit depressiven PatientInnen in dem Ausdruck, sie „unter der Haut“ zu berühren eine Metapher, die nicht nur auf den interpersonalen Aspekt, sondern insbesondere auf ihre Lebendigkeit, ihr „Berührt-Sein“, die Entdeckung ihrer perzeptiven und expressiven Möglichkeiten in Begegnungen hinweist. Diese beziehen sich auch auf die Wahrnehmungen ihrer natürlichen Umwelt. Die Patientin, die mit ihrer Laufgruppe bei einem morgendlichen Ausflug die Eiszapfen am Weidenzaun (Abb. 6) entdeckte und diese Information in freudiger Aufregung mitteilte, war Frau „M“.

5.2. Beispiel der Therapie und Diagnostik im Einzelprozess

In der kommenden Dokumentation nenne ich die Patientin, deren therapeutischen Prozess ich über ca. drei Monate miterlebte und in meinen Gruppen begleitete Frau „P“. Sie benutzte seit vielen Jahren auf Grund schwerer Wirbelsäulenschäden einen Rollstuhl, um sich fortzubewegen. Ihre Beweglichkeit war durch ihre mehrfach operierte und mit Implantaten versorgte Wirbelsäule schmerzhaft eingeschränkt. Die seitdem erforderliche umfangreiche Schmerzmedikation erschwerte die psychopharmakologische Einstellung in der Klinik auf Grund von Ödembildungen. Neben den somatischen Krankheiten war die Diagnose bei ihrer Aufnahme nach ICD-10 in F 32.2. als schwere depressive Episode mit dem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung eingestuft worden. Ihre Beschwerden schilderte die Patientin mit: Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Albträumen und Depressionen. Die Träume, die sie immer wieder nach kurzem Schlaf aufschrecken ließen, handelten von dem Suizid ihres Ehemannes 11 Monate vor ihrer Aufnahme. Sie selbst charakterisierte sich in ihrer Selbstbeschreibung als ehrgeizig mit einem Hang zum Perfektionismus. In einem Fragebogen schrieb sie, dass sie sich Schwächen nur ungern eingesteht und ihre eigenen hochgesteckten Ziele häufig an der körperlichen Behinderung scheitern. Sie hatte Abgrenzungsprobleme und konnte nicht gut „nein“ sagen, auch wenn die Anforderungen durch ihre Mitmenschen ihre Kraft

überstiegen. Ihr Verhalten in den ersten Wochen ihres Klinikaufenthalts war geprägt durch einen hohen eigenen Leistungsanspruch, der Überforderungssituationen provozierte und ihre Schmerzen verstärkte.

Als sie in den ersten Stunden in die Basisgruppe der Kreativtherapie kam, gab ich ihr handwerkliche Unterstützung im keramischen Arbeiten. Es war ihr Wunsch, eine ovale Platte aus Ton herzustellen. Mit meiner Hilfe fertigte sie eine Schale, deren Dekor sie mit Abdrücken von Blättern aus dem Klinikpark gestaltete. Während der verschiedenen Tätigkeiten des Ausrollens und Modellierens der Tonmasse, sowie während des Glasierens, wurden die Grenzen ihrer Belastbarkeit durch die nachfolgend auftretenden Schmerzen deutlich. Sie suchte sich zu dieser Zeit Aufgaben aus, zu deren Bewältigung oft körperliche Kraft gefordert war.

In den ersten Wochen ihres Klinikaufenthalts verschlechterte sich ihr Zustand zunehmend, die Alpträume wurden heftiger und gönnten ihr keinen ruhigen Schlaf, gleichzeitig beschrieb sie ihre physischen Schmerzen als unerträglich. Zwischenzeitlich wurde sie auf Grund ihrer körperlichen Symptomatik in Form der extremen Zunahme von Ödembildungen in die Klinik für Innere Medizin verlegt. Dort entwickelte sie auf dem Balkon stehend suizidale Gedanken, wie sie bei ihrer Rückkehr auf die Depressionsstation berichtete. Durch die engmaschige psychotherapeutische Begleitung in den Einzelsitzungen mit der Psychologin und dem betreuenden Psychiater und ihrer Teilnahme an den verschiedenen therapeutischen Gruppenangeboten stabilisierte sich ihr Zustand in der folgenden Zeit. Ihre sozialen Kontakte zu den MitpatientInnen auf der Station gaben ihr zusätzlich Rückhalt und Stärkung. Als sie verschiedene kunsttherapeutische Methoden und Interventionstechniken im Verlauf der Gruppenstunden in der Kreativtherapie kennen lernte, wurde sie besonders neugierig, wenn es um das Ausdrücken und Ausagieren von Gefühlen der Wut und des Ärgers ging. So formulierte sie immer wieder den Wunsch, „etwas gegen die Wand schmeißen zu dürfen“. Ihr geschwächter schmerzvoller Zustand ließ diese Art körperlicher Aktion jedoch nicht zu. Ihr Ärger richtete sich insbesondere auf ihren eigenen Körper und die qualvollen Schmerzen, die sie erlebte. Mit der Zeit veränderte sich dieser Fokus und sie äußerte in der Befindlichkeitsrunde einer Kreativtherapiestunde auch Wut auf äußere Umstände, so zum Beispiel auf die Medikation, die Streichung der Krankengymnastikstunden und die Reaktion ihrer Bettnachbarin auf ihr Schnarchen. In einer dieser Gruppenstunden gab ich ihr nach einem Dialog, in dem die Idee der Gestaltung einer Figur mit schützenden Qualitäten entstand, ein kleines Stück Ton in die Hand. Im folgenden Gestaltungsprozess fühlte sie sich jedoch „fremdbestimmt“ als sie einen kleinen Engel gestaltete. Erst als sie das bemerkte und aussprach und die Figur bewusst zerstörte, genoss sie es, ihren Gefühlen durch Quetschen und Drücken des Tons Ausdruck zu geben.

Bei der gemeinsamen Suche nach den protektiven Faktoren in ihrer Lebensgeschichte und nach ihren persönlichen Stärken, erzählte sie von ihrer großen Leidenschaft, zu singen. Als Mitglied eines Chors sollte sie bald einen Auftritt haben. Doch schon während der Proben war es ihr, auf Grund ihres Gesundheitszustandes, nicht möglich, regelmäßig daran teilzunehmen. Wir hörten mit den Teilnehme-

rInnen der Kreativtherapiegruppe gemeinsam eine Aufnahme des Chors, die sie auf meine Anregung hin mitbrachte. Sie nahm trotz ihrer Schmerzen immer wieder gern an den Gruppenangeboten der Kreativtherapie teil. Während sich ihre MitpatientInnen künstlerisch betätigten, schaute sie einige Male nur zu und kam, um dabei sein.

Sie freundete sich mit einer Teilnehmerin aus der Intermedialen Gruppe an, mit der sie bald darauf das Zimmer auf der Station teilte. Erzählungen und Erlebnisberichte aus der Intermedialen Gruppe weckten ihren Wunsch, selbst daran teilzunehmen.

Bei einer neuen Themenstellung, *einen Wohlfühlraum* mit Naturmaterialien zu gestalten (siehe Kapitel 4.2.5. Gestaltungen von Räumen und Plätzen), nahm ich sie in die Gruppe auf. Sie gestaltete in der ersten Stundeneinheit „ihre Höhle“, wie sie in der Abbildung 18 zu sehen ist. Den im Anschluss an das Foto dokumentierten Text schrieb sie in der nächsten Gruppeneinheit in einem poesitherapeutischen Angebot.

In den beiden ersten Gruppenstunden der Intermedialen Kreativtherapie fanden ihre unterschiedlichen Gefühle Ausdruck in der themenbezogenen Gestaltung aus Naturmaterialien. Darin baute sie einem „putzigen Tierchen“ ein weiches Bett aus Federn und Moos in einer Höhle aus Ton und anderen Naturmaterialien. In dieser Symbolik fand sie einen Ort, an dem sie in gedanklicher Vorstellung ihren schmerzenden Körper pflegen, sich ausruhen und auch ihre Traurigkeit zulassen konnte. Ihre Wut, verlassen worden zu sein, findet als Teil ihres Trauerprozesses, einen symbolischen Ausdruck. In ihrer Geschichte schmiss „das Tierchen“ kleine Steine „mit letzter Kraft durch eine kleine Lücke in der Höhlenwand“. Diese kleinen Kieselsteine waren ihr in ihrer Objektgestaltung ebenso wichtig, wie das weiche Lager in dem gut geschützten umschlossenen Raum. Die einzige Öffnung der Höhle bildeten die schmalen Schlitze zwischen den senkrecht in die Tonwand gesteckten Zweigen. Diese Verbindung zur Außenwelt wird zum Ventil für ihre Gefühle der Wut, die sie in dieser Phase des therapeutischen Prozesses am meisten vereinnahmten. In ihrer Geschichte ist es das „kleine putzige Tierchen“, das seinem Ärger freien Lauf lässt. Der von ihr immer wieder ausgesprochene Wunsch, „etwas gegen die Wand schmeißen“ zu dürfen, wird in ihrer mentalen Vorstellung durch die Identifikation mit dem „Tierchen“ ausgelebt. In dieser Rolle erlaubt sie sich, die Gefühle der Traurigkeit und Wut zuzulassen, die auf Grund großer körperlicher Schmerzen, sei es im passiven Rückzug oder in der gewünschten Aktion einer aggressiven Handlung, für sie zu dem Zeitpunkt schwer umzusetzen waren.

Der Rahmen der Geschichte nahm unmittelbaren Bezug zu ihrem Alltag, ihren vergangenen Erlebnissen und ihrer damaligen Situation in der Klinik. Der Todestag ihres Ehemannes jährte sich während ihres Klinikaufenthaltes und der Verlust wog noch immer schwer. Es war ihr bisher nicht möglich gewesen, Hilfe anzunehmen, „das Tierchen war zu stolz“ und sie verfiel in Depressionen, „es verlor jede Lebensfreude und begann zu verkümmern“.

Sie hatte beschlossen, aus der gemeinsamen Wohnung, in der sie auch nach dem Tod ihres Partners lebte, auszuziehen, „...und begann mit Hilfe der Freunde die Höhle zu einem neuen Schutzraum auszubauen.“

Ihre Albträume nahmen ihr in der Klinik Ruhe und Schlaf und sie waren oft so schrecklich, dass sie nicht darüber reden mochte.

Die Geschichte endete mit den Aussagen, „Es habe jetzt eine schöne Höhle“, „viele Freunde“ und „professionelle Hilfe“, die drei ganz wichtige Ressourcen für sie darstellten. Im Schlusssatz, „Aber ob das Tierchen wieder glücklich wurde, kann man nur hoffen und wünschen“ lagen Hoffnung und Wunsch begründet, „die Begleiter des Willens“, den Weg weiter zu gehen und Hilfe anzunehmen.

In ihrer dritten Stunde in der Intermedialen Kreativtherapie lag der Themenschwerpunkt auf *Kommunikation* und *Interaktion*. Während der Einstimmung durch ein bewegungstherapeutisches Angebot, entstand der in Kapitel 3.5. beschriebene dynamische Gruppenprozess, der den erzählenden Austausch über eigene Gewalterfahrungen zur Folge hatte. Die Abbildung 1 zeigt die Gemeinschaftsgestaltung, wie sie im Anschluss an das Gruppengespräch im *ko-kreativen* Prozess dieser Gruppe entstand. Es stellte sich heraus, dass alle acht Teilnehmerinnen in ihrem Leben wiederholte Gewalterfahrungen in ihren Familien gemacht hatten und die Mehrzahl von Ihnen in kontrollierenden und strengen Elternhäusern groß wurde. Frau „P“ brachte eigene problematische Erfahrungen mit ihrer Mutter aus ihrer Biografie in die Erzählrunde ein und hörte den anderen Teilnehmerinnen aufmerksam zu.



Abb. 30

In der vierten Stunde ihrer Teilnahme an der Intermedialen Gruppe war die weiterführende Gestaltungsaufgabe, Umgebung und Umfeld der eigenen „Insel“ in einer Collage bildnerisch darzustellen. Ein DinA 4 großer Fotoabzug der eigenen *Raum*-Gestaltung aus der ersten Gruppenstunde wurde malend von den Teilnehmerinnen in ein Bild integriert, in dem sie die Umgebung und das soziale Umfeld selbst im Malprozess gestalteten.

Nach einer Entspannungseinleitung und einer gelenkten Imagination (*In welcher Landschaft befinde ich mich? Welche Menschen umgeben mich?*) malte Frau „P“ das in Abbildung 30 gezeigte Bild. Sie nannte es „Erholung vom Leben“ und thematisierte ihr Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung, „für sich allein und mit sich und Freunden.“

Die Berge auf dem Bild kannte und liebte sie aus gemeinsamen Urlauben mit ihrem Mann und sie sprach nach dem Gestalten in der Runde von schönen Erinnerungen und dem Wunsch und Plan, selbst bald in den Bergen Urlaub zu machen.

Mit ihrer Teilnahme an der Intermedialen Gruppe, vollzog sich in der Kreativtherapie eine Wandlung in ihrer Arbeitsweise, die während ihres keramischen Gestaltungsprozesses übungszentriert funktional ausgerichtet war und in eine erlebnis- und konfliktzentrierte Modalität wechselte. Es entstand ein Prozess, der sie durch bildnerische Gestaltungen zu einer intensiven Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen und Themen führte. Als Begleiterin und Beraterin stand ich ihr bei Gesprächsbedarf zur Seite. In der Gruppe begann sie in den Abschlussrunden kurz

und klar, deutlich und prägnant über ihre Gefühle im Zusammenhang mit den gemalten Formen zu sprechen.

Die folgenden Abbildungen zeigen in chronologischer Reihenfolge ihre gemalten Bilder aus diesem aktiven Schaffensprozess. Sie machte sich selbst zum Projekt und Thema in ihren Bildern und begann schrittweise ihre Gefühle und belastenden Erinnerungen zu malen.



Abb. 31

Zwei thematisch ähnliche Bilder entstanden nacheinander, die in Abbildung 31 zu sehen sind.

In beiden Bildern spielen Wut, Freude und Schmerz eine große Rolle. Ihre große Freude am Singen im Chor kann, wie sie es am Morgen in der Stationsrunde erlebte, durch einen Satz der Therapeutin weggeblasen werden. Der Impuls dieses Bild zu malen, entstand aus ihrer Wut über diesen Satz. Bei der gemeinsamen Betrachtung ihres Bildes sprach sie auch über ihre Freude neben der Wut, deren Ausdruck sie auf ihren Bildern entdeckte. Wut und Schmerz finden in den Bildern einen Ausgang, ein Ventil. „Nicht aller Schmerz passt durch die Öffnung nach draußen.“ Am Ende der Stunde fühlte sie eine große Traurigkeit und nach wie vor „Zerstörungswut“.

Frau „P“ arbeitete in diesen Stunden sehr konzentriert und setzte die Farben und Formen ausgewählt und bestimmt auf das Blatt. Ihr Gestaltungsprozess bedurfte in dieser Phase keiner Anregungen und Vorschläge. Sie machte einen sehr sicheren und kompetenten Eindruck im gestalterischen Prozess ihrer Bilder. Nachdem wir

ihre Materialwahl in der gemeinsamen Runde am Anfang der Stunde besprochen, sie sich in einer möglichst bequemen Sitzhaltung befand und auf dem Tisch alle künstlerischen Materialien bereit lagen, malte sie mit großer Entschiedenheit bis zum Ende der Stunde.

Nach der Gestaltung der ersten beiden Bilder, begann für sie in der Kreativtherapie die Auseinandersetzung mit dem für sie sehr belastenden Erlebnis des Suizids ihres Mannes. Das Thema der Selbsttötung war ihr nicht fremd und wurde in der gemeinsamen Vergangenheit von ihrem Mann immer wieder angesprochen. Er war ebenso wie sie seit mehr als zehn Jahren körperlich schwer beeinträchtigt. Eine Darmkrankheit, die Operationen mit der Entfernung des Dickdarms, großen Teilen des Dünndarms und einen künstlichen Darmausgang zur Folge hatte, machten ihm ebenso wie eine Netzhautablösung schwer zu schaffen. Er verfiel zwischenzeitlich in Depressionen und sprach immer wieder über seine Selbstmordgedanken. In solchen Gesprächen bat er seine Frau auch um Unterstützung seiner Pläne und um die Versicherung, ihn nicht zu retten, wenn er sie eines Tages in die Tat umsetzen würde.

Bei Frau „P“ überwogen in der Vergangenheit dagegen ihr großer Lebenswille und ihre starken Ressourcen, aus denen sie Kraft schöpfte, wie in ihren Erzählungen deutlich wurde.

Ihr Mann plante und vollstreckte den Suizid eines Tages ohne dass die Patientin zu dieser Zeit etwas davon ahnte. Er suizidierte sich in der gemeinsamen Wohnung in einem verschlossenen Raum. Sie hörte den Schuss eines Revolvers und sah das Blut, das unter der Tür hindurchfloss.

Ein Jahr später, im Schutz der Klinik, näherte sie sich im Rahmen der Kunsttherapie aus eigenem Entschluss in der bildnerischen Darstellung dieser Szene aus ihrer Erinnerung. Begleitet wurde dieser Prozess ebenso in den Einzeltherapien durch die Psychologin der Station und in Gesprächen mit dem Chefarzt der Klinik.

In einer geschützten Ecke im Therapieraum malte sie das erste Bild zu diesem Thema, das sie vor der verschlossenen Tür zeigt, hinter der sich ihr Freund suizidierte (Abb. 32). Als sie es fertiggestellt hatte, begann sie mit mir im Dialog über ihre damaligen Gefühle und Gedanken zu sprechen.

Sie war dabei sehr gefasst und wusste sehr genau um das Maß, was und wie viel sie im therapeutischen Dialog erzählen wollte. In dieser Situation, mit der kreativ arbeitenden Gruppe im gleichen Raum, fühlte sie sich geborgen und näherte sich sehr behutsam in ihrem Tempo der Szene des Selbstmordes ihres Mannes.

Jeden einzelnen Schritt in der Begegnung mit dem für sie sehr belastenden Ereignis entschied sie in den folgenden Stunden in der Kreativtherapie selbständig. Das kreative Medium der bildnerischen Gestaltung half ihr bei der Auseinandersetzung mit dem erschreckenden Szenario. Der Gruppenraum, ihre MitpatientInnen und die therapeutische Beziehung zu mir als Leiterin und dialogische Ansprechpartnerin bildeten die Voraussetzung für die kommende intensive Auseinandersetzung.

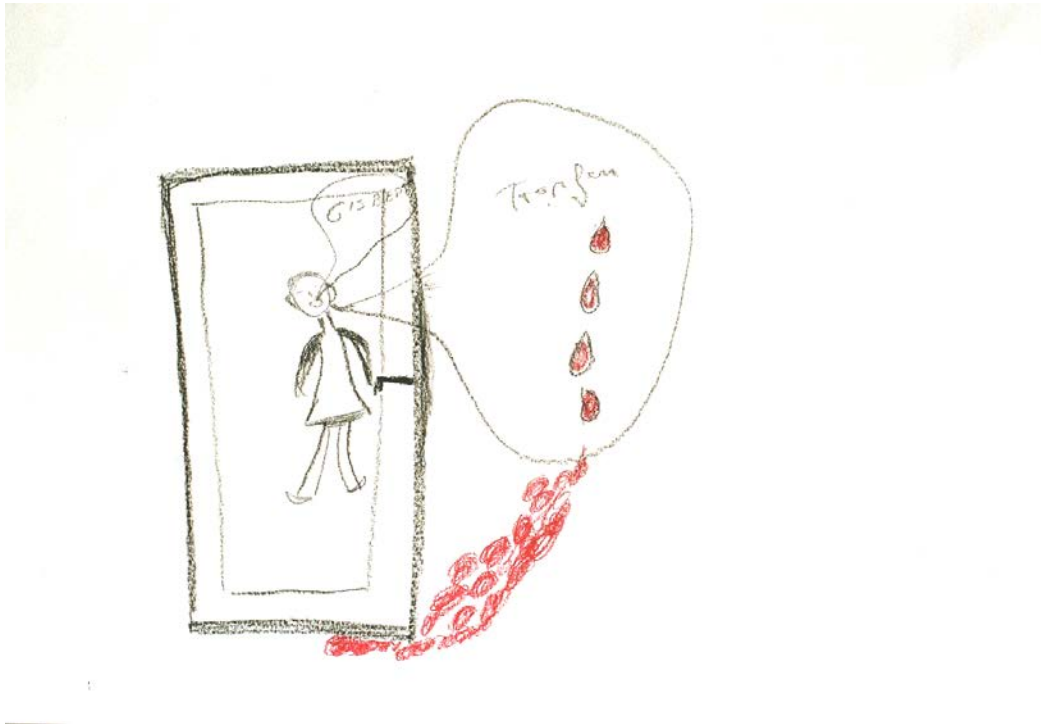


Abb. 32

Dieser geschützte Rahmen, die gesammelten positiven Erfahrungen in den Kreativtherapiegruppen und die engmaschige psychotherapeutische Begleitung ermöglichten ihr zusammen mit dem bewussten Zugang zu den eigenen Ressourcen die nun folgende Konfrontation.

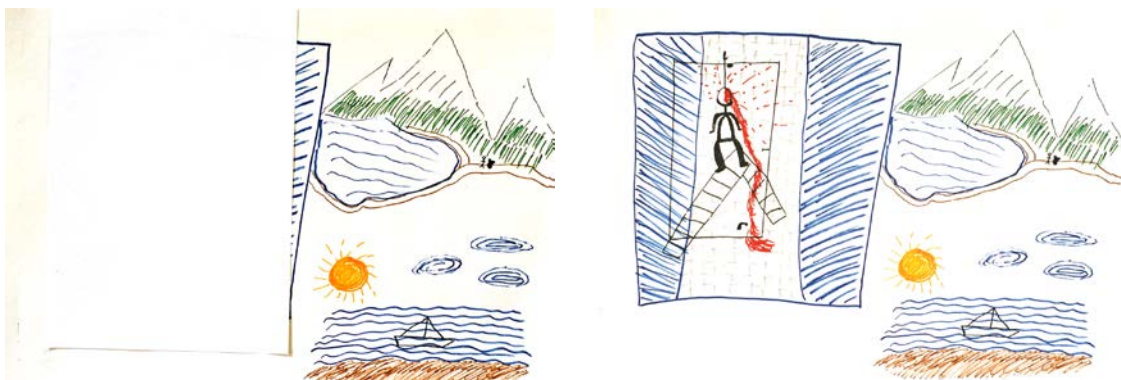


Abb. 33

In unserem Zweiergespräch in der geschützten separaten Raumecke, in der sie das Bild der Abbildung 33 malte, bedeckte sie nach der Fertigstellung des Bildes am Anfang ihrer Erzählung die linke Seite der Gestaltung mit einem weißen Papierbogen. Auf der sichtbaren rechten Hälfte sind Berge und Wasser zu sehen, die in ihrer Formensprache an die Collage aus der 3. Gruppenstunde der Intermedialen Kreativtherapie erinnern (siehe Abb. 30). Zusätzlich malte sie auf dieser Seite der

Bildgestaltung eine gelbe Sonne, Wolken und ein Segelboot im Wasser mit dem dazugehörigen Ufer. Behutsam enthüllte sie die gemalte Szene des Tatorts der Selbsttötung ihres Freundes, nachdem wir gemeinsam die „schönen Orte“ betrachteten. Die näheren Umstände der vollzogenen suizidalen Handlung ihres Lebensgefährten wurden darin von der Patientin abgebildet und in ihrer Erzählung geschildert. Auf einer Leiter stehend erschoss sich ihr Freund an diesem Tag.

In ihrer Auseinandersetzung mit diesem tragischen Ereignis wurde ich zur aufmerksamen ZuhörerIn. Sie fragte mich am Anfang der Stunde, ob ich ein wenig Zeit für sie haben würde und nutzte meine Anwesenheit und Bereitschaft, ihr zu zuhören während ich neben ihr saß, über ihre damaligen Gefühle zu sprechen. Die Erzählungen fanden in einem begrenzten Zeitrahmen, der der Gruppensituation mit ihren MitpatientInnen angemessen war, statt. Sie sprach klar mit einer gewissen emotionalen Distanz zu dem Geschehen. In der TherapeutInnenrolle regte ich weder den laufenden Prozess an, noch verlangsamte ich ihn. „Don't push the river it flows itself“ (Perls 1941). Dieser Satz aus der Gestalttherapie charakterisiert den heilsamen Prozess, der sich in den Kreativtherapiestunden bei Frau „P“ entfaltete. Die tragischen Erlebnisberichte fanden im geschützten therapeutischen Dialog in einer Raumecke statt. Die MitpatientInnen, die im gleichen Raum an der Gruppenstunde teilnahmen, hörten diese Schilderungen nicht. In der Abschlussrunde verdeckte das weiße Blatt die gemalte Szene.



Abb. 34

In einer darauf folgenden Stunde malte Frau „P“ ein *Körperbild*, in dem sie ihre Schmerzen zum Ausdruck brachte. Mit Filzstiften zeichnete sie die Umrisse und die

verschiedenen Schmerzzonen ihres Körpers. Auf der linken Seite der Abbildung 34 ist diese bildnerische Gestaltung zu sehen. Auch zu diesem Bild gab ich keine Anregung, sondern es war ihre Idee, ihr Wunsch, ihr Bedürfnis die Schmerzen in dieser Form auszudrücken.

Nach einer ersten Anregung in ihrer bildnerischen Auseinandersetzung, die ich ihr bewusst gab, entstand das Bild, das auf der rechten Seite der Abbildung 34 zu sehen ist. Die Intervention baut auf dem Salutogenese-Konzept auf und gibt der Patientin Hilfestellung, sich gedanklich und bildnerisch den gesunden und starken Seiten zuzuwenden und ihren Blick für die eigenen Ressourcen zu weiten. Einstimmende Fragen für das Malen dieses weiteren Körperbildes waren:

Was könnte ihrem schmerzenden Körper gut tun? Welche mentale Vorstellung könnte ihre Schmerzen lindern?

Daraufhin malte sie sich selbst in einer übergroßen Badewanne liegend. Die Imagination, im warmen Wasser zu baden, war ein erster Versuch, in der gedanklichen Vorstellung und der bildnerischen Gestaltung nach Orten und Körperstellen zu suchen, in denen positive Körpergefühle wahrgenommen und unterstützt werden können.

Kurz vor ihrer Entlassung malte sie das letzte Bild während ihres Klinikaufenthaltes in der Kreativtherapie, das auf der Abbildung 35 zu sehen ist. Darin experimentierte sie während des Malens mit Pastellkreiden und verschiedenen Formen und Farben.

Bei ihrem Abschied bedankte sie sich für die Stunden in der Kreativtherapie und in der Intermedialen Gruppe und sagte: „Die kunsttherapeutischen Angebote waren die Therapien, die mir am meisten geholfen haben.“

Sie wurde nach mehr als dreimonatiger Aufenthaltsdauer mit einer psychopharmakologischen Einstellung durch ein Antidepressivum und der zusätzlichen Gabe von Lorazepam (Tavor) entlassen. Eine ambulante Psychotherapie als weitere Unterstützung war zu dieser Zeit geplant, ebenso wie die Wiederaufnahme in die Klinik nach drei Monaten zum Absetzen von Tavor. Ihre Albträume verschwanden ganz und in der ersten Zeit nach ihrer Entlassung weinte sie noch viel. Doch noch vor ihrer Wiederaufnahme zum Entzug von Tavor stabilisierte sich ihr Zustand zusehends und sie bewältigte die Begleitung der Umbauarbeiten für den Ausbau ihrer behindertengerechten Wohnung.



Abb. 35

6. Auswertung und Ausblick

Mein Weg in dieser schriftlichen Ausarbeitung führte mich, wie ich es auch in meiner praktischen therapeutischen Arbeit an Hand der hermeneutischen Spirale beschrieben habe, von den Phänomenen zu den Strukturen, um im Hauptteil die Entwicklung meiner Entwürfe für Behandlungswege in der kunsttherapeutischen Arbeit mit depressiven PatientInnen aufzuzeigen.

Während ich mich von den verschiedenen Seiten und Wissensgebieten diesem Krankheitsbild näherte, schaute ich mal durch die Brille der Ärzte, der Wissenschaftler, der Philosophen, der TherapeutInnen und der KünstlerInnen. Zwischendurch wagte ich einen Blick in die Menschheitsgeschichte und in das beforschte Gehirn des Menschen. Durch die mehrperspektivische Herangehensweise sammelte ich wissenschaftliche Erkenntnisse auf den verschiedenen Ebenen, um sie in der praktischen Arbeit mit kunsttherapeutischen Methoden und eigenen Ideen und Erfahrungen zu vernetzen. Die Komplexität in der Zusammenführung verschiedener Wissensgebiete und die dadurch entstehende Mehrperspektivität ist kennzeichnend für das psychotherapeutische Verfahren der Integrativen Therapie. Der „*Tree of science*“⁴¹ gibt einen Überblick über die verschiedenen Ebenen und Per-

⁴¹ „Tree of science“ 2000, *Petzold* (1998) 2002a, 31

1. Metatheorie (large range theories)
 - Erkenntnistheorie
 - Wissenschaftstheorie

spektiven in der psychotherapeutischen Arbeit. So bezieht die Metaebene die klinische Philosophie mit ein, wie sie z. B. durch die Leib- und Beziehungstheorie von *Merleau Ponty* und *Levinas* mitgeprägt ist; die klinisch-psychologische Ebene ist unter anderem durch die ökopsychosomatische Position gekennzeichnet, die den *Leib* des Menschen als „*embodied and embedded*“ beschreibt; in der praxeologischen Ebene wird, bezogen auf diese Arbeit, der Einsatz kunsttherapeutischer Methoden und Medien begründet und weiter erforscht, und die Praxis selbst wird durch die Rahmenbedingungen und das konkrete Setting mitbestimmt. In dieser Arbeit beleuchte ich, für das Verständnis und die Behandlung depressiver Menschen, Ausschnitte aus den verschiedenen Wissensgebieten der Integrativen Therapie, die in umfangreichen Schriften ausführlich dargestellt und nachzulesen sind. (siehe auch „Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“, *Petzold 2002*)

Bei meiner Recherche im Kreise meiner KollegInnen über therapeutische Behandlungsformen in der PatientInnenarbeit, bezogen auf die depressive Störung, stieß ich auf einen Aufsatz über die multimodale Depressionsbehandlung in einer Tagesklinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie. Darin werden zu Beginn der Untersuchung „die Depression aufrechterhaltende Faktoren“ benannt, die zu einer Verfestigung und oft auch zu einer Verschlimmerung des depressiven Zustandes beitragen. Zu diesen fünf Faktoren, die ausschlaggebende Behandlungsbedingungen repräsentieren, zählen in dieser Beschreibung: die Inaktivität, die negativen

-
- Allgemeine Forschungstheorie
 - Anthropologie/Menschenbild (einschließlich Gendertheorie)
 - Kosmologie/Weltbild (einschließlich Evolutionskonzept)
 - Gesellschaftstheorie
 - Ethik
 - Ontologie
2. Realexplikative Theorien (middle range theories)
- Allgemeine Theorie der Psychotherapie (Rezeption von Ergebnissen therapiespezifischer Wissensbestände in den Human- und Biowissenschaften, Theorie der Ziele von Psychotherapie, Theorie sozialer Relationalität, Genderfragen in der Psychotherapie etc.)
 - Theorie, Methodik und Ergebnisse der Psychotherapieforschung
 - Persönlichkeitstheorie
 - Entwicklungstheorie
 - Gesundheits-/Krankheitslehre (einschließlich Theorie der Diagnostik)
 - Spezielle Theorien der Psychotherapie
3. Praxeologie
- Praxeologie als Theorie zielgruppen- und genderspezifischer psychotherapeutischer Praxis
 - Praxis der Psychotherapieforschung
 - Interventionslehre (Theorie der Methoden, Techniken, Medien, Stile etc.)
 - Prozesstheorien
 - Theorien zu verschiedenen, insbesondere „prekären“ Lebenslagen
 - Theorie der Settings
 - Theorie zu spezifischen Klientensystemen
 - Theorien zu spezifischen Institutionen und Feldern
4. Praxis
- In Dyaden
 - In Gruppen und Netzwerken, Feldarbeit, „life“ Situationen
 - In Organisationen, Institutionen

Denkstrukturen, deren Folge oder Ursache eine Veränderung im Hirnstoffwechsel mit sich bringt, ein ungünstiges Kommunikationsverhalten und die Hoffnungslosigkeit der PatientInnen. Diese hartnäckigen, sich selbst immer wieder erschaffenden Strukturen erschweren die kommunikativen Zugänge zu den PatientInnen. Die Botschaft, die aus dem depressiven Zustand heraus dem Gegenüber signalisiert wird, stellt die Verfasserin in diesem Aufsatz in folgender Kurzform dar: *Hilf mir! Keiner versteht mich! Keiner kann mir helfen! Lass mich in Ruhe!* (Vgl. Stahl 2005) Diese Bedingungen erschweren die therapeutische Arbeit, bilden aber auch erste wichtige Ansatzpunkte für die Behandlung. So kann zum Beispiel eine Medikamentengabe in Form von Antidepressiva den Hirnstoffwechsel positiv beeinflussen und das Gehirn in einen lernbereiten Zustand versetzen, um auf diese Weise erste therapeutische Schritte zu ermöglichen (vgl. Grawe 2004).

Psychoedukative Gruppen gehören mittlerweile zu den Standardbehandlungen auf Depressionsstationen. Nur mit der Aufklärung und Einsicht in Krankheitsbedingungen, -verläufe, Gesundungsprozesse und die Gesundheit fördernde Lebensweisen ist es möglich, die PatientInnen zu motivieren und ihnen Hoffnung auf eine langfristige Besserung ihres Gesundheitszustandes mit auf den Weg zu geben. Denn „auch unsere Patienten müssen sich ‘auf den Weg machen’ , um das zu suchen und zu finden, was sie heilt und was ihrem Leben Erfüllung und Sinn gibt.“ (Petzold 89, 42).

Verhaltensweisen, die depressionsfördernd wirken, können nicht von heute auf morgen abgestellt werden. Die Wege, die die PatientInnen in die Depression geführt haben sind oft begangene Straßen, und die Pfade, die wieder herausführen, sind versteckt, lange nicht von ihnen betreten oder noch gar nicht von ihnen erforscht worden.⁴² Hier geht es um die Ausbildung und Förderung eigener Ressourcen und Resilienzen⁴³, die es ermöglichen, Aufgaben und Schwierigkeiten im Verlauf des eigenen Lebens zu meistern und zu bewältigen.

⁴² Die Wege beziehen sich nicht nur auf Handlungen, sondern auch auf Denkstrukturen und neuronale Vernetzungen im Gehirn des Menschen. Eine verständliche Schilderung dieser Zusammenhänge wird von Hüther in seinem Buch „Biologie der Angst“ aufgezeigt. Hier ein Ausschnitt: „In unserem Gehirn gibt es eine Unmenge verschlungener Pfade. Viele davon werden im Lauf unseres Lebens und in Abhängigkeit davon, wie oft wir sie in unseren Gedanken beschreiten, zu leicht begehbaren Wegen, zu glatten Straßen oder gar zu breiten Autobahnen. Wenn es wichtig geworden ist, sein Ziel möglichst schnell durch die Nutzung des existierenden Straßen- und Autobahnnetzes zu erreichen, der übersieht allzu leicht die verträumten Pfade, die sonnigen Feldwege und die beschaulichen Nebenstraßen, die ebenfalls dorthin führen. Sie wachsen so allmählich zu und sind irgendwann kaum noch begehbar.“ Hüther 2002, 9

⁴³ „Das wissenschaftliche Konzept der Resilienz, der psychologischen Widerstandsfähigkeit untersucht, warum Menschen, die unter gleichen oder ähnlichen widrigen Umständen leben, die vergleichbare negative Lebensereignisse bewältigen mussten, nicht gleich reagieren, die einen wachsen in Krisensituationen, die anderen werden krank. Der Begriff selbst wird von verschiedenen Disziplinen und deren Vertretern unterschiedlich definiert, insbesondere werden Probleme in der Mehrdeutigkeit der Terminologie und der Instabilität gesehen. Einig ist man sich darin, dass Resilienz ein Prozess ist, der stark von protektiven Faktoren beeinflusst wird, wobei manche Menschen in einem Bereich durchaus resilient sein können, während sie in anderen gleichzeitig verletzlich bleiben. Protektive Faktoren sind sowohl internale als auch externale Einflüsse, die im Lebenslauf ein optimales Funktionieren der Genregulation gewährleisten und belastende Außeneinflüsse abpuffern.“

Aus der Rezension von Thiele 2006 (www.socialnet.de) über Petzold 2004

Dazu gehört in der klinischen therapeutischen Arbeit, den PatientInnen einen Weg aufzuzeigen, auf dem sie lernen sich auszudrücken, um Eindrücken und Abdrücken in der eigenen Lebensgeschichte einen „Ausgang“ durch Ausdruck zu ermöglichen, durch den das subjektive Gefühl des „Niedergedrücktseins“ nachlässt.

Ihr stark ausgebildetes Vermeidungssystem erfordert die Behandlung durch *ausgesuchte* Wege, die das leicht auslösbare negative Bewertungsdenken umgehen. Das heißt, dass wir in den Therapien immer wieder gemeinsam auf die Suche gehen müssen, um Erfahrungsfelder zu erschließen, die in den PatientInnen positiv bewertete Wahrnehmungen von der Welt, den Mitmenschen und der eigenen Person in ihren *Ko-responzen* auslösen. Nur auf dieser Basis können veränderte Verhaltensweisen durch neue interpersonelle Erfahrungen angebahnt werden. Diese Prozesse in den Therapien werden umso wirksamer, je größer die eigene Motivation, Freude und Lust bei den einzelnen Lernschritten ist. Lernen, und was ist Therapie anderes als Lernen⁴⁴, ist ein höchst kreatives Unterfangen. „Lernen bedeutet unter anderem die Bereitschaft, sich neuen, ungewöhnlichen, irritierenden, befremdlichen Erfahrungen auszusetzen, ja Selbstirritation zuzulassen, um sich selber zu überraschen (*Nietzsche*, Menschliches, Allzumenschliches), um sich selbst zu entdecken, um eigene Untiefen und Tiefen auszuloten und neue Wege des *Erlebens* (*leiblich*), des *Erfahrens* (*emotional*), des *Erkennens* (*rational*) in interpersonaler und kontextueller Bezogenheit zu eröffnen und zu beschreiten...“ (*Petzold* 2002, 14)

6.1. Bezug zu den vier Wegen der Heilung

1. Weg: Bewusstseinsarbeit

Die Verknüpfung der verschiedenen Qualitäten des leiblichen Erlebens, emotionalen Erfahrens und rationalen Verstehens in therapeutischen Lernprozessen bezeichnet den ersten Weg der Heilung in der Integrativen Therapie. Dieser ermöglicht Einsicht und Verstehen von eigenen Lebenszusammenhängen durch die Erlebnisaktivierung in gemeinschaftlichen Gruppenprozessen. In Ereignissen von *vitaler Evidenz*⁴⁵ übersteigt die Erlebensqualität eingeschränkte Erfahrungen, wie sie zum Beispiel in kathartischen Prozessen oder rein kognitiven Lernschritten erfolgen. Die erlebniszentrierte Arbeit mit kreativen Medien stimuliert und knüpft in solchen Prozessen an alte benigne oder maligne Verhaltens- und Erlebensmuster an. Maligne *Narrative* oder *Scripts*⁴⁶ werden in ihrer Festschreibung in einer neu-

⁴⁴ „Da alle Psychotherapien sich unabänderlich mit ‘Lernen und Verhalten’ beschäftigen (‘womit sonst?’)“ ..., *Petzold* 2002, 2

⁴⁵ Ereignisse von „vitaler Evidenz“ definiert *Petzold* als „Synergie von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit“.
Petzold 1981, 1990 in 1992, 827

⁴⁶ Narrative, Scripts bezeichnen in diesem Zusammenhang innere benigne und maligne Konzepte, die erfahrungsgegründete Interpretations- und Handlungsfolien bereitstellen.

en Gruppenerfahrung gelockert und es entstehen heilsame, kreative Wege, die leiblich erfahren und im Leibgedächtnis verankert werden.

Dies geschah im Gruppenprozess der Intermedialen Gruppe zum Beispiel in der Stunde, in der durch die Berührung mit den Bambusstäben plötzlich das Thema von Gewalterfahrungen im Raum war. Die Patientin, die dadurch in die beschädigenden und verletzenden Szenen aus ihrer Kindheit regredierte und sich daraufhin in die Toilette zurückzog, erfuhr in der abschließenden kreativen Gestaltung nicht nur Antwort und Stärkung durch die Gruppe, sondern mobilisierte eigene kreative Gestaltungskräfte, als sie den Ton zu einer Mutterfigur mit ihren Jungen formte und in die Mitte der großen Baumscheibe im Moos bettete. Neben dem anfänglich ausgelösten Gefühl ihrer Isolation bei der Berührung mit den verletzenden Lebenssituationen, entstanden andere Möglichkeiten und Formen im eigenen Ausdrucksverhalten durch die Interaktion mit den GruppenteilnehmerInnen. Sie umfingen nicht nur im kreativ-gestalterischen Prozess auf der Baumscheibe die Figur in der Mitte mit ihren individuellen Gestaltungsausdrücken, sondern es entstanden auch Erzählungen in der Gemeinschaft, die unmittelbar mit den Erfahrungen der einzelnen Mitglieder bezüglich des Themas und ihrer eigenen Involvierung zu tun hatten. Es hat ein Prozess von großer sozialer Relevanz statt gefunden. Die Verletzungen der PatientInnen durch ihre frühen Gewalterfahrungen sind in sozialen Bezügen entstanden und können nur in zwischenmenschlichen Prozessen Korrektive erfahren. Sicher können frühe leibliche Beschädigungen nicht aus dem Gedächtnis gelöscht werden, jedoch verändern die neuen Erfahrungen die kommunikativen Muster. Der Rückzug der Patientin in die Isolation wurde in der beschriebenen Stunde abgebremsst und es wurden für sie und die anderen TeilnehmerInnen Alternativerfahrungen in Form von kreativen Ausdrücken in der gemeinsamen Gestaltung möglich, die Angst und Erstarrung in diesen Momenten verwandelten. Ich holte die Patientin aus der abgeschlossenen Toilette zurück in den Raum und lud sie gemeinsam mit der Gruppe zu einem Austausch und dem Gestaltungsangebot ein. Idee und Materialienwahl entwickelte ich im prozessualen Geschehen mit dieser Teilnehmerin unter Anteilnahme der Gruppe.

Dieser Weg stellt Erfahrungsmöglichkeiten in sozialen Bezügen bereit, die eine hohe leibliche Betroffenheit auslösen. Bei schwachen TeilnehmerInnen in der Akutpsychiatrie ist auf diesem Weg besondere Vorsicht geboten, da er in dieser Ebene der ausgelösten Involvierung⁴⁷ in vergangene Szenen zu Destabilisierungen beiträgt und eine ausreichende Ich-Stärke und Stabilität der PatientIn voraussetzt.

Es wäre also durchaus zu prüfen, wie stabil die PatientInnen bei einer Anmeldung in die Intermediale Gruppe sind, da durch den Einsatz verschiedener Medien und die erlebniszentrierte Arbeit im Gruppenprozess Konfliktsituationen bei einzelnen TeilnehmerInnen ausgelöst werden können.

⁴⁷ Neben den vier Wegen und den drei Modalitäten (übungszentriert, erlebniszentriert, konfliktzentriert) ist die therapeutische Arbeit durch vier Tiefungsebenen gekennzeichnet. „Sie repräsentieren Intensitätsstufen der Struktur- und Erfahrungsaktivierung: 1. Ebene der Reflexion, 2. Ebene des Bilderlebens und der Affekte, 3. Ebene der Involvierung, 4. Ebene der autonomen Körperreaktionen“ *Petzold 1996*

Durch die multiple Stimulierung während der gemeinsamen Rheinaktion wird ebenso eine hohe Erlebnisdichte angeregt, die aber nicht so schnell Labilisierungsprozesse auslöst, da das Laufen an sich schon zur Stabilisierung beiträgt (zum Beispiel durch die Vertrautheit und die Wiederholung der rhythmischen Bewegungsabfolge) und der Ausflug auch ein gewisses Maß an gesunder körperlicher Konstitution voraussetzt.

Die verschiedenen Dimensionen des Zeiterlebens, die ich in Kapitel 4.3 beschrieben habe, stellen eine ähnliche Erfahrung wie die der *vitalen Evidenz* dar. Durch die Verknüpfung von Naturerfahrungen, Bewegungsangeboten, Poesierezeptionen, Imaginationen und spielerischer Gestaltungen in Intermedialen Quergängen werden neue heilsame kreative Erfahrungen holografisch im szenischen Gedächtnis gespeichert. (siehe Kapitel 4.3.)

2. Weg: Nachsozialisation, Parenting/Reparenting, emotionale Differenzierungsarbeit

Finden diese heilsamen Erfahrungen in therapeutischen Gruppen einen wohlwollenden sozialen Rahmen, so eröffnet sich den PatientInnen ein alternativer Weg in der Verarbeitung ihrer defizitärer, störungsbedingter und traumatischer Erlebnisse in der Vergangenheit. Hier beginnt der zweite Weg der Heilung, wie ihn *Petzold* im psychotherapeutischen Verfahren der Integrativen Therapie darlegt. Es ist ein Weg der *Nachsozialisation*, in der soziale Erfahrungen, wie die der Geborgenheit und des „Angenommen- und Aufgehobenseins“ erfahren werden können. In den psychotherapeutischen Langzeitbegleitungen sind damit heilsame Prozesse in Form einer „Nachbeelterung“ gemeint. Der Therapeut übernimmt zum Beispiel streckenweise die Rolle des Vaters, um das nachzuholen, was der PatientIn im Laufe ihrer Entwicklung an väterlicher Zuwendung gefehlt hat. In der klinischen Fokalthherapie, die sich auf wenige Gruppenstunden in der Akutbehandlung beschränkt, sind es die Gruppenatmosphären, die ich durch die Qualität der *Intersubjektiven Ko-respondenz* beschrieben habe, die diesen zweiten Weg der Heilung kennzeichnen. Es ist die Wertschätzung des anderen in der Begegnung und die Erfahrungen von Trost und Beistand in Zeiten der Not. In dem in Kapitel 5.1. beschriebenen Gruppenprozess fand Frau „M“ ZuhörerInnen und Trost in der Schilderung ihres großen Verlustes durch den Tod des ersten Kindes. Es entstand ein Raum, in dem sie auch über ihre Gefühle der Schuld reden konnte, denn sie hatte die Tragetasche mit ihrem Säugling auf der Rückbank des Fahrzeugs nicht angeschnallt und dieses tragische Erlebnis hielt sie auch auf Grund ihrer eigenen Schuldzuweisungen gut verschnürt im Verborgenen. In der Folge ihrer aufrichtigen Erzählung fand sie Unterstützung in den gemeinsamen Gruppenerfahrungen. MitpatientInnen, die ihre damalige Not und ihre tiefe Traurigkeit gespürt haben und ihr in der Klinik immer wieder Hilfestellung anboten, halfen ihr ebenso wie die TherapeutInnen in der Auseinandersetzung mit dem Geschehen.

Eine Handlungssprache, die Symbole und Zeichen verwendete, entstand zwischen einer Gruppe PatientInnen und Frau „M“. Ein Zeichen des Andenkens zu dem Ge-

burtstag des verunglückten Säuglings in den Raum zu stellen oder der kleine weiße Stein, den eine Mitpatientin ihr als Symbol für ihr verlorenes Kind für ihre Familienskulptur am Rhein reichte, sind Beispiele für eine achtsame empathische Kommunikation. Es sind Handlungen in Fürsorge und Wertschätzung. Weitere Beispiele der tatkräftigen Unterstützung sind auch das Essen, das sie nach der Gruppentherapie ans Bett gebracht bekam und der gemeinsame Weg zum Rhein, auf dem sie zu Beginn der Gruppenstunde, während eines Schwächeanfalls, von ihren MitpatientInnen links und rechts an den Armen untergehakt und ermutigt wurde mitzukommen. Die Gesamtheit dieser Erfahrungen gaben der Patientin Halt und Geborgenheit, die sie zu dieser Zeit in ihrer Auseinandersetzung mit dem belastenden Ereignis aus ihrer Vergangenheit dringend benötigte. Die Gruppenatmosphären wirkten nicht nur bei der Patientin, die getröstet und „getragen“ wurde, sondern genauso auch auf ihre MitpatientInnen.

Die, die Hilfe anbieten, machen auf der anderen Seite in der Begegnung ebenso eine heilsame Erfahrung, in der sie sich selbst in einer empathischen Situation erleben und ihr eigenes Mitgefühl in den interpersonellen Handlungen Wege der Kommunikation bahnt, die letztendlich in solidarischem Gemeinschaftserleben münden.

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Der dritte Weg der Heilung ist der Weg, auf den sich die kunsttherapeutische Arbeit in der Intermedialen Kreativtherapie in erster Linie konzentriert. Es ist die ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung durch die verschiedenen kreativen Medien und methodischen Zugänge. Hier entfaltet sich das breite Repertoire kreativer Angebote, wie ich es in Kapitel vier beschrieben habe, um auf möglichst vielfältige Weise Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der TeilnehmerInnen in *ko-kreativen* Prozessen zu erforschen und zu beleben.

„Je vielfältiger die Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten, desto nachhaltiger werden die Selbstheilungskräfte des Menschen stimuliert. Die Beschneidung der Sinne, die Unterdrückung des Ausdrucks, die Begrenzung der Aktivität. Die Monotonie führen in die Krankheit“ (*Ijijine* 1942 in *Petzold* 1989, 72).

Auf diesem Weg der Heilung geht es in erster Linie um die Übung des eigenen Erlebnis- und Ausdruckspotentials und die spielerischen und kreativen Kräfte ohne Rekurs auf biografische Erlebnisse. Es sei denn, es geht um das Aufspüren von guten Quellen in der Vergangenheit, die wieder erschlossen und neu in der Gegenwart belebt werden. Hier spielen in den Stunden der Intermedialen Gruppe die Naturerfahrungen eine große Rolle. In der Berührung und der spielerischen Gestaltung mit den Naturmaterialien wie zum Beispiel mit Kieselsteinen, Sand, Heu, Gräsern und Zweigen erinnern sich die PatientInnen an vertraute Plätze in der Natur, vergangene Urlaube, Wanderungen und Fahrradtouren durch Wiesen, Felder und Wälder, Kindheitserlebnisse auf dem Bauernhof, in den Bergen oder am Meer. Mit Blick auf ihre Gestaltungen erzählen sie von solchen beglückenden Erfahrungen und die Erinnerung an Landschaften, Menschen und Tiere wird in ihnen wieder

lebendig. In den Szenen und Atmosphären vergangener Kinderspiele werden alte Erfahrungen wieder präsent, in denen das damalige Kind noch an die unerschöpflichen kreativen Quellen angeschlossen war. An dieser Stelle erinnere ich an den „Festungsbau“ (Abb. 15) des älteren Patienten, der angesichts seiner Gestaltung von den Bandenspielen aus seiner Kindheit erzählte. Er verließ die Klinik mit einer großen Vorfriede auf das Bauen eines Baumhauses mit seiner Enkelin. Eine andere Patientin erinnert sich an einen lauschigen Platz an einem See, ganz in der Nähe ihres Wohnortes und plante daraufhin ein Picknick mit ihrer kleinen Tochter am nächsten Wochenende.

Einige PatientInnen entdeckten bei den Gestaltungsangeboten mit Ton auch ihre Lust und Freude, mit diesem Material zu arbeiten, wie die russische Patientin, die in ihrem Alltag kaum soziale Kontakte hatte (Abb. 13/14). Sie informierte sich über das Angebot von Töpferkursen in ihrer Nähe, um sich nach ihrer Entlassung anzumelden und setzte sich in der kommenden Zeit mit verschiedenen Tonaufbautechniken in der Kreativtherapie auseinander.

In der therapeutischen Zielsetzung erweitert sich der Handlungsrahmen in die Alltagspraxis der PatientIn hinein, um gesundheitsfördernde Lebensweisen zu entwickeln. Dazu gehören ein bewegungsaktiver Lebensstil sowie das Erschließen und Wiederbeleben von Hobbys und sozialen Kontakten in gemeinsamen Handlungen. Der Alltag als Übungsraum kann mit in die Therapie eingebunden werden in Form von kleinen Hausaufgaben, die der PatientIn mit auf ihren Weg zum Wochenend- oder Tagesausgang gegeben werden. Zum Beispiel der Aufgabe, bei Interesse an einem Volkshochschulkurs, einem bestimmten Sportangebot oder der Lust am gemeinschaftlichen Singen, erste Informationen über Freizeitangebote einzuholen. Es gab PatientInnen, die sich noch während ihres Klinikaufenthalts bei einem oder mehreren Kursen angemeldet haben.

Eine andere Patientin erzählte, dass sie gern wieder mit einer Nachbarin walken gehen würde und erhielt in der Gruppe der Kreativtherapie die „Hausaufgabe“, mit der Nachbarin eine Verabredung zum Walken in ihren Wochenendausgängen zu treffen. Obwohl sie dieses Vorhaben in der Gruppe sehr glaubwürdig vorbrachte, gelang es ihr in den kommenden Ausgängen nicht, die Nachbarin anzusprechen. Hier erstreckt sich die therapeutische Arbeit auf die gemeinsame Ergründung, warum das Vorhaben so schwer umzusetzen ist.

In der übungs- und erlebniszentrierten Arbeit in der Intermedialen Gruppe geht es grundsätzlich um das Gewinnen von „Wachheit mit allen Sinnen“. Das ist der Schlüssel zum Tor der lebendigen Teilhabe an der Welt und der Gemeinschaft der Menschen.

Die verschiedenen Sinneskanäle gezielt zu beleben, wie den Sehsinn in der Fototherapie, den Tastsinn beim Befühlen der unterschiedlichen Materialien aus der Natur, den Geruchssinn, den Hörsinn und alle Wahrnehmungen in ihrer Synästhesie bei den Spaziergängen in ein waches Bewusstsein zu holen ist das Ziel der Angebote. Dies alles wird möglich in einem nichtwertenden angstfreien Gruppenklima, in dem die TeilnehmerInnen wieder lernen, eigenen Wahrnehmungen

gen und Empfindungen zu trauen. Sind diese kreativen Wahrnehmungs- und Gestaltungsprozesse eingebettet in soziale Bezüge, die durch *Konvivialität* gekennzeichnet sind, das heißt in ein freundliches auch heiteres Miteinander in Verbundenheit, Sicherheit und Vertrautheit mit der Wertschätzung für das Andere und Fremde, tragen diese Erfahrungen zur Heilung von psychischen Störungen und zur Entwicklung der Persönlichkeit bei.

4. Weg: Alltagspraktische Hilfen und Förderung von Solidaritätserfahrungen

Der vierte Weg der Heilung eröffnet eine weitere Perspektive, noch über die klinische therapeutische Behandlungssituation hinaus, in einen größeren sozioökologischen Erfahrungs- und Handlungsraum. Hier findet sich eine ganz zentrale Zielsetzung der Integrativen Therapie, die sich auch immer als Kulturarbeit und Humantherapie mit einer sozialpolitischen Dimension versteht und auf gesellschaftliche Zusammenhänge aufmerksam machen möchte. Es geht darum, differenzierte Bewusstheit zu fördern für die Dialektik von Kultur und Natur, um für eine gesunde Umwelt- und gerechte Lebensbedingungen einzustehen. Damit sind ganz konkrete Schritte und Zielsetzungen gemeint, die zum Beispiel durch den Aufbau von Selbsthilfeprojekten und sozialen Netzwerken realisiert werden können. Engagement in Solidargemeinschaften, um Entfremdungsprozessen entgegen zu wirken, schützen und fördern nicht nur einzelne Personen und Menschengruppen, sondern treten auch auf eine verantwortliche Weise für die Welt und alle lebendigen Wesen ein. Diese Metaperspektive bildet den Hintergrund aller *Ko-respondenzprozesse*. Das Bewusstsein über die Wahrnehmung von Natur und Kultur in ihrer Wechselwirkung ist nicht abzugrenzen und auszuschließen, wenn es um die Heilung von psychischen Störungen und die Verbesserung von Lebensbedingungen geht.

Die Wiederbelebung der Sinne und die Sensibilisierung und Förderung der Wahrnehmung für die der Natur innewohnenden Prozesse ist ein erster Schritt für die Entwicklung einer ökologischen Ethik. Diese „...offenbart sich auch im Umgang mit uns selbst, denn wir sind Teil der Natur. So wie wir unsere eigene Person behandeln, so behandeln wir auch die übrige Natur und umgekehrt.“ (Preuss 1991, 173) Wenn wir also lernen uns selbst als Natur zu begreifen, verändert sich auch zwangsläufig unser Verhalten uns selbst, unseren Mitmenschen und unserer Umwelt gegenüber. Das ist ein Richtziel, das durch die wenigen Therapiestunden angeregt wird und sich durch weitere Kontakte und Begegnungen im Kontext von Naturerfahrungen weiterentwickeln lässt.

Nahe Ziele auf diesem Weg, die durchaus auch in der Intermedialen Gruppe erste Formen erhalten, sind Solidaritätserfahrungen und die Fürsorge füreinander, auch über den stationären Behandlungsraum hinaus. Kontakte und erste Anzeichen für den Aufbau eines sozialen Netzwerkes entstehen in den „guten Atmosphären“ der Gruppenstunden.

Es gibt Verabredungen von PatientInnengruppen und einzelnen PatientInnen nach ihrer Entlassung, die an der Intermedialen Kreativtherapie teilgenommen haben.

Einige treffen sich in der ambulanten Kreativtherapiegruppe in der Klinik wieder, die einmal in der Woche vormittags stattfindet.

Die solidarische Haltung der Therapeutin und die Betonung der Wichtigkeit von Supportsystemen und Gesundheitscoaching fördern die Bewusstheit der TeilnehmerInnen für diese Dimension.

Die Wege der Heilung und Förderung müssen sich elastisch den Bedürfnissen und Erfordernissen der Situation im Therapiegeschehen anpassen lassen. Die Therapieverläufe sind nicht nur durch Diagnose und Theorie bestimmt, sondern unterliegen auch Variablen wie der Persönlichkeit der TherapeutIn und der der PatientIn. Zusätzlich bildet der Behandlungsrahmen in der Klinik eine wichtige Komponente: Durch die Bedingungen des Ortes (Therapieräume, Klinikgelände, unmittelbare Umgebung der Klinik und Absprachen über den Zielabgleich und den Behandlungsauftrag im multiprofessionellen Team) und die Aufenthaltsdauer. Als letztes wichtiges Element bestimmt die Interaktion im prozessualen Gruppengeschehen den Weg der gemeinsamen therapeutischen Arbeit. Ganz entscheidend im Prozess ist das Ziel, das die Streckenführung bestimmt. Auf diesem Weg kommen die verschiedenen Wirkfaktoren zum bewussten Einsatz durch die TherapeutIn.

Diese Faktoren unterstützen folgende übergeordnete Strategien:

- Vermittlung korrekativer bzw. alternativer interpersonaler Erfahrungen
- Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen
- Prozessuale Aktivierung
- Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und –Performanz

Petzold , Leuenberger, Steffan 2000

6.2. Bezug zu den vierzehn Wirkfaktoren der Integrativen Therapie

Die Faktoren beziehen sich inhaltlich auf die vier Wege der Heilung und werden durch die Auffächerung in vierzehn einzelne Wirkfaktoren deutlich differenziert und für die TherapeutIn bewusst im Prozess einsetzbar. Die Beispiele aus dem vorhergehenden Kapitel verdeutlichen auch hier die spezifischen Wirkungen, die zur Heilung und Linderung in der Depression beitragen. Der Reihe nach stelle ich die vierzehn Wirkfaktoren hier nach dem Konzept der Integrativen Therapie vor, wie sie *Petzold, Leuenberger, Steffan* in ihrem Aufsatz, *Ziele in der Integrativen Therapie*, als Überschriften formuliert haben. Zusätzlich vergleiche ich manche Faktoren mit den Konzepten und Forschungen in der Psychotherapie, die sich auf das Störungsbild der Depression beziehen.

1. Einführendes Verstehen, Empathie

Dieser erste Faktor ist wichtiger und unabdingbarer Ausgangspunkt jeder Depressionstherapie, denn es geht um „eine differenzierte und empathische Erfassung des subjektiven Erlebens der Betroffenen“ (*Schmidt-Degenhard* 2005)⁴⁸.

„Als etwas vom Wesentlichsten in der Beziehung zu einem depressiven Menschen darf wohl gelten, dass wir in behutsamer Einfühlung die innere Strecke wahrnehmen, auf der er sich in seinem Erleben gerade befindet. Dann vermag er auch unsere Teilnahme, unsere innere Anteilnahme und unser persönliches Interesse an ihm als Mensch wahrzunehmen. Und das ist zweifellos die Basis für die Wirksamkeit unserer therapeutischen und seelsorgerischen Interventionen...“ (*Hole* 1996, 111)

Sich selbst in der eigenen vollzogenen Lebensstrecke verstehen zu lernen, ist Ziel jeder Therapie und wird durch das Wahrgenommen- und Verstandenwerden in therapeutischen Beziehungen möglich.

Einführendes Verhalten durch die TherapeutIn in begrenzten Fokalregressionen im schützend-stützenden Beziehungsraum, wie es durch das „kurze Hineingleiten“ in Szenen der Gewalterfahrungen oder in beschädigende Kindheitserlebnisse einer Teilnehmerin der Gruppe geschah, gibt der Patientin Schutz und Stabilität sich auf weiterführende kreative und kommunikative Prozesse einzulassen.

Hier wird ein Aushandeln um Grenzen notwendig, eine gute Nähe- Distanzregulierung von Seiten der TherapeutIn, um die PatientIn in der Einfühlung zu erreichen ohne ihr zu nahe zu rücken und gleichzeitig die Gruppe im Blick zu behalten.

Der therapeutische Stil verlangt „*selektive Offenheit*“ und „*partielle Anteilnahme*.“ (*Petzold*). Diese Elemente kamen in der beschriebenen Einzelarbeit der Frau „M“ zum Tragen, die über den Tod ihres Säuglings durch den Autounfall sprach. In der Erzählrunde saß ich ihr im Kreis gegenüber und bei den begleitenden Worten und Interventionen hatte ich stets die ganze Gruppe im Blickfeld. Trost in der körperlichen Berührung wurde von einer Ich-starken Patientin übernommen, die sich an die Seite von Frau „M“ setzte und sie an der Hand hielt. Die wenigen Worte mit denen ich den Prozess begleitete, handelten unter anderem von der Bedeutung von Trost und das „Gesehenwerden“ in Trauer. Auf diese Weise wurde es möglich, die ganze Gruppe in *selektiver Offenheit* mit in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. In der entstandenen Gruppenatmosphäre wurde eine tiefe Empathie aller Beteiligten auch nonverbal spürbar. Die *partielle Anteilnahme* durch mich als Therapeutin beschränkte sich auf den Einsatz der Sprache und der gewählten Stimmlage aus einer größeren Entfernung im Kreis. Trost über Körperberührung fand im Übereinkommen der Patientin durch eine von ihr ausgewählte Teilnehmerin statt.

⁴⁸ aus der Kurzfassung des Referats: „Das subjektive Erleben Depressiver Menschen“ von *Schmidt-Degenhard*, Tagungsunterlagen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen zur Auftaktveranstaltung des Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression, 2005

Der therapeutische Verlauf bildete einen Einzelfall in der Intermedialen Gruppe, deren Ausrichtung sich in erster Linie auf die Mobilisierung von Ressourcen konzentriert. Das therapeutische Arbeiten findet mit diesem Fokus in den übungszentriert-funktionalen und erlebniszentriert-stimulierenden Modi statt. Die Grenzen zum konfliktzentriert-aufdeckenden Arbeiten sind fließend und bedürfen einer großen Achtsamkeit. Im beschriebenen Beispiel wurde im therapeutischen Prozess ein traumatisches Erlebnis präsent und durch die teilnehmende Gruppe entstand Satz für Satz beim Erzählen die Erinnerung an die damalige Szene. Die nun erfolgte späte Auseinandersetzung mit dem Ereignis war für Frau „M“ der Beginn eines noch anstehenden Trauerprozesses, in dem auch die Gruppe eine entscheidende Rolle spielte.

Aus der großen Empathie für Frau „M“ entwickelte sich der wertschätzende, fürsorgliche, achtsame Umgang miteinander in den Kreativtherapien und auf der Station.

2. Emotionale Annahme und Stütze

Dies ist eine entscheidende Grundqualität, wie sie in der Literatur zu Depressionsstationen an erster Stelle unter den Behandlungskriterien zu finden ist:

Empathie, Wärme, Akzeptanz, Ernstnehmen, Fürsorge, Verwöhnen, Verstärkung nichtdepressiven Verhaltens (vgl. *Wolfersdorf* 1988, 138).

Dieser Wirkfaktor hat unmittelbaren Bezug zum erstgenannten Einfühlenden Verstehen. Es ist das Verhalten in *Ko-respondenzprozessen*, das aus der Empathie entsteht und Ausdruck in Wertschätzung, fürsorglichen Handlungen, Ermutigung und Bestärkung des anderen findet.

Auf das Bereitstellen solcher Gefühlsqualitäten sind die spezialisierten Stationen in der Ausbildung des Pflegepersonals und aller Teammitglieder ausgerichtet. Ebenso tragen die PatientInnen der Gruppe dieses Klima in die eigenen Interaktionen, indem sie sich mitnehmen zu den Therapien und zum Beispiel auch mal eine TeilnehmerIn unterhaken, die noch schwach auf den Beinen ist. Solche Atmosphären können in den kreativtherapeutisch arbeitenden Gruppen angebahnt werden, in denen die PatientInnen etwas voneinander erfahren, und das nicht nur in Form von Problemen und Schwächen, sondern auch im gemeinsamen Erleben der Stärken und positiven Seiten. Diese zeigen sich dann auch im Zusammenleben auf der Station in der Gestaltung gemeinschaftlicher Aktionen, zum Beispiel in Gruppenabenden und gemeinsamen selbstzubereiteten Mahlzeiten.

Die Atmosphären in den unterschiedlichen Gruppentherapien und auf der Station bedingen sich wechselseitig und werden in die verschiedenen Räume getragen. Aus diesem Grund ist das therapeutische Basisverhalten des multiprofessionellen Teams auf Depressionsstationen so wichtig, um ein wertschätzendes, annehmendes und stützendes Klima in allen Räumen aufrechtzuerhalten.

In der Intermedialen Kreativtherapie findet sich in den multimodalen Ansätzen für jede TeilnehmerIn eine Möglichkeit des Selbstaudrucks, der die Basis für kommunikative Prozesse in Erzählgemeinschaften bildet. Entscheidend ist das wertfreie

Annehmen der Äußerungen von allen GruppenteilnehmerInnen, das zum Gefühl der Geborgenheit der PatientInnen im therapeutischen Schutzraum beiträgt.

3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung

Hier ist in erster Linie die Sozialtherapie der Station zuständig, da sie unmittelbar mit den PatientInnen an den ganz realen Alltagsproblemen arbeitet. Eine gute Vernetzung im Team bezieht alle BegleittherapeutInnen mit in ganz konkrete Ziele und Lebensplanungen ein. Es sind hier nicht nur äußere Umstände und deren Regelung gemeint, sondern auch innere Haltungen, die es erschweren, Zielsetzungen und Vorhaben in die Tat umzusetzen. Dazu können kreative Erlebnisse Impulse geben, die der PatientIn die Kraft verleihen, zum Beispiel auch unangenehme Aufgaben zu bewerkstelligen. Das bewirkte die Rheinexkursion bei einer Teilnehmerin, die durch den „Ausflug in das Neuland“ am darauf folgenden Wochenende voller Elan ihren Keller zu Hause ausmistete.

4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft

Dieser Faktor bezeichnet das Zeigen von Gefühlen und das Sprechen darüber. Im geschilderten Einzelprozess beginnt für Frau „P“ eine Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen der Freude, der Wut, der Trauer und des Schmerzes. In ihrer Gestaltung „der Höhle“ bekommen die Gefühle eine Form, deren Symbolgehalt in Bewusstseinsprozessen prägnant wird. Hier helfen besonders auch die Naturmaterialien, die in ihren unterschiedlichen Beschaffenheiten vielfältige Eigenschaften und Bedürfnisse der PatientInnen ansprechen. Zum Beispiel „kleine Kieselsteine zum Werfen, wenn jemand zu nahe kommt“, „ein Bett aus Federn und Moos zum weichen Liegen und ‘Lecken der Wunden‘“, eine „runde Höhle, um Gefühle der Geborgenheit auszukosten.“

Als der Ausdruck dieser Gefühle für Frau „P“ möglich wurde, gewann sie auch an Willenskraft, sich mit dem traumatischen Erlebnis des Suizids ihres Mannes auseinander zu setzen. Dies tat sie, wie im Verlauf immer wieder deutlich wurde, mit großer Entschiedenheit.

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen

Im ersten Weg der Heilung ist dieser spezifische Faktor, der zum Einsatz kommt, bereits an Beispielen belegt. An dieser Stelle möchte ich betonen, dass es in den wenigen Stunden der Intermedialen Kreativtherapie als Behandlungsangebot einer akutpsychiatrischen Station nicht darum gehen kann, tiefende therapeutische Prozesse bewusst einzuleiten. Sie entstanden durch die evokativen Eigenschaften der Medien und bezogen sich in den beschriebenen Situationen auf das Erinnern von Ereignissen mit einer traumatischen Qualität. Hier ist in der kunstpsychotherapeutischen Begleitung besondere Vorsicht geboten, denn es geht an dieser Stelle nicht um ein Expositionstraining, sondern um stützende, stabilisierende Techniken, die in

jedem Fall eine Retraumatisierung verhindern. Das Eintauchen und Wiedererleben dieser Ereignisse wurde nicht therapeutisch vorangetrieben, sondern als es auftauchte, behutsam und stützend begleitet, um Trauerprozesse einzuleiten und das nur unter ständiger Rückversicherung über die Befindlichkeit, die eigenen Motivationen und Zielsetzungen der PatientIn. Das Erleben traumatischer Ereignisse und die Reaktion darauf haben in den genannten Fällen das Entstehen einer Depression begünstigt. Diese kann nur durch therapeutische Prozesse ausheilen, in denen der erlittene Verlust betrauert wird.

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit

Wie der Name schon sagt, bezieht sich die Interpersonelle Psychotherapie auf die Beziehungsqualitäten und das Rollenverständnis der PatientInnen in ihren sozialen Kontakten, Begegnungen, Beziehungen und Bindungen. Bei dieser Therapie geht es vornehmlich um die Beleuchtung der interpersonellen Konflikte aus dem nahen Umfeld. Hier sind Partnergespräche und Familientherapien mit systemischen Ansätzen gute Möglichkeiten, erste Klärungsversuche in einem geschützten therapeutischen Rahmen einzuleiten. Die Einbeziehung der Familienmitglieder in die Therapie durch gemeinsame Gespräche wird von den PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und Psychiatern der Station angeboten.

Eine ähnliche Bedeutung für die Förderung kommunikativer Kompetenz haben die Begegnungen und Beziehungen, die durch die Therapiesituation neu entstehen. Gruppenerfahrungen, in denen kommunikative Stile deutlich und bewusst wahrgenommen und erfahren werden, tragen zu einem Verstehen im Erleben bei.

Übungen zur Nähe-Distanz-Regulierung knüpfen unmittelbar an der Schwierigkeit vieler depressiver PatientInnen an, nicht „nein“ sagen zu können. Grenzen ziehen kann hier im gestalterischen und leiblichen Erleben geübt und erfahren werden.

In den Erzählrunden und gemeinsamen Betrachtungen entstandener Werke wird ein wertschätzender Austausch unterstützt und geübt. Es geht immer wieder darum, Aussagen über *eigene* Gefühle und Assoziationen zu machen und nicht über andere zu urteilen oder fremde Werke zu deuten.

7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

Die Basis leiblicher Bewusstheit und die damit verbundene Fähigkeit zur Selbstregulation ist das wache, bewusste Spüren leiblicher Regungen. Die Anästhesierung des perzeptiven Leibes in der Depression begünstigt das Gefühl der Isolation. Durch Angebote, die ganz gezielt das bewusste Wahrnehmen schulen, mal das Sehen durch die fotherapeutischen Angebote, mal das Betasten der Naturmaterialien, werden unterschiedliche Sinnesorgane aktiviert und mobilisiert. Das geschieht im kontrollierten therapeutischen Rahmen, da zusätzlich zum perzeptiven Leib auch immer der memorative Leib mit allen vorgängigen Erfahrungen angesprochen wird. Es ist notwendig, das Therapiesetting in diesen Spürübungen be-

wusst auszugestalten und die Ebene der Reflektion mit einzubeziehen. „Keep your mind and come to your senses“ und nicht wie in der Gestalttherapie postuliert „loose your mind and come to your senses.“ Es geht hier im Besonderen um die Dosierung, denn wie die Dokumentation der PatientInnenassoziationen im Kontakt mit den Naturmaterialien zeigt, waren diese sehr wohl in der Lage, Wahrnehmungen über die Haut zu beschreiben.

Gelenkte Imaginationen mit ausführlicher vorheriger Entspannungsanleitung waren bei den PatientInnen vor Gestaltungssequenzen sehr beliebt. Sie genossen die Ruhe im Raum und die Worte, die sie dabei begleiteten, Muskel für Muskel mit der Ausatmung zu entspannen. Die Phantasien in der Entspannung bezogen sich in der thematischen Ausrichtung auf „gute Plätze“ und „wohlwollende Menschen“ . Auf diese Weise wurden innere Bilder in prozessualen Gestaltungen weiterentwickelt, die stärkende und schützende Qualitäten für die PatientInnen besitzen. Es schien mir, als benötigten sie nur eine WegbegleiterIn zur Entspannung und für die eigene Entdeckung stärkender mentaler Bilder. Werden diese in wiederholter Imagination und der Manifestation in Gestaltungen gut verinnerlicht, so können sie auch in schwierigen Lebenssituationen mental abgerufen werden und so zur psychophysischen Entspannung beitragen.

Als letztes Beispiel für diesen Wirkfaktor in meiner intermedialen kreativtherapeutischen Arbeit seien hier noch die „Freiluftaktionen“ genannt, die immer auch eine heilende Wirkung beinhalten. Das Laufen im Park, durch Wiesen und Felder, die schweifenden Blicke in die Ferne oder in den weiten blauen Himmel mit den ziehenden Wolken, das Hören der plätschernden Wellen am Ufer, das Spüren vom Wind oder den Sonnenstrahlen auf der Haut berühren die Menschen über ihre Sinneskanäle, wecken den perzeptiven Leib und geben lebendige Impulse.

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

Lernprozesse und kreative Prozesse haben viel gemeinsam. Der Begriff des *Komplexen Lernens* in der Integrativen Therapie bezieht sich nicht nur auf die kognitive Ebene der Wissensvermittlung, sondern ebenso auf die emotionale und volitionale Ebene. Das heißt, Motivationen und Bewertungen der PatientInnen bedingen ihr Lernverhalten. Ihre Willenskraft hat Einfluss auf das Durchhalte- und Entscheidungsvermögen bei Auseinandersetzungsprozessen. Lernverhalten ist in der Geschichte der PatientInnen durch konkrete Kontexte und Menschen geprägt worden. Manche ihrer Anlagen und Fähigkeiten wurden in ihrer Sozialisation gefördert und manche vielleicht gar nicht gesehen, erkannt oder sogar blockiert.

Als Beispiel möchte ich hier eine Patientin anführen, die uns schon bei der Gruppenstunde, in der „Gewalterfahrungen“ zum Thema wurden, begegnet ist. In der Entfaltung ihrer persönlichen Stärken als Kind, erlitt sie viele Blockierungen und große Verletzungen durch die Mutter, die sie immer wieder mit körperlicher Gewalt strafte (sie wusste oft nicht wofür) und ins Heim abschob. Mit der Entdeckung ihrer kreativen Fähigkeiten beim Malen und Modellieren erinnerte sie sich auf einmal an den Vater, der künstlerisch tätig war. Diese ganz frühen Kindheitserlebnis-

se, die den Vater in einem positiven Licht erscheinen ließen, gaben ihr Zuversicht, Stärke und Vertrauen in ihre eigenen künstlerischen Fähigkeiten. Sie knüpfte dadurch ein Band zum Vater, dessen künstlerische Ader nun bewusst in ihr weiterlebt. Sie entdeckte bei sich eine Fähigkeit, die lange brach lag und es wurde spürbar, wie sie sich auf einmal die Erlaubnis gab, in Gestaltungsprozesse einzutauchen und die Ergebnisse mit Wertschätzung und auch Staunen zu betrachten. Eine gestalterische Arbeit von ihr zeigen die Abb. 18/19 zum Thema „ein Platz zum Wohlfühlen“. Auf dem Foto der Abb. 18 oben ist das Ergebnis der ersten Stunde zu dem Thema zu sehen. In der zweiten Stunde erweiterte sie die Gestaltung um eine Figur, die auf einem weißen Speckstein sitzt und eine Rose in der Hand trägt (Abb. 18 unten). In der dritten Stunde wurden die Gewalterfahrungen besprochen, in der anschließend die gemeinsame Gestaltung entstand, in der sie die Mitte gestaltete. (siehe Abb. 1 und 2). In einer weiteren Stunde platzierte sie ihre Figuren der ersten beiden Stunden am Fuße des Baumes im Klinikpark (Abb. 19). Ihre Zimmer Nachbarin, Frau „P“ gesellte sich mit „ihrer Höhle“ im angemessenen Abstand in ihre Nachbarschaft (Abb. 19 unten). In der Folge begann die Patientin in der Kreativtherapie mit der Gestaltung einer Maske, die ähnlich schützende Qualitäten wie die „Buddhaähnliche“ Figur, die auf dem Speckstein sitzt, hat. Voller Stolz trug sie eines Tages die fertiggestellte Maske zum Chefarzt der Klinik, um sie ihm zu zeigen.

Das Beispiel zeigt, wie eigenes künstlerisches Arbeiten von der Patientin ausprobiert und *leiblich* erfahren wurde. Während des Gestaltungsprozesses erinnerte sie sich bei der Bearbeitung des Specksteins an eine Szene aus ihrer Kindheit, in der ihr Vater einen Stein bearbeitete. In dem künstlerischen Tun fühlte sie sich mit ihrem Vater verbunden und so wurde für sie eine Umbewertung möglich. Ein „ererbtes Talent“ kam zum Vorschein und leitete in diesem Moment einen entscheidenden Lernprozess ein. Ereignisse von *vitaler Evidenz* knüpfen nicht nur an maligne sondern auch an benigne Erlebnisse an. Sie meldete sich in der ambulanten Kreativtherapie in der Klinik an und stellte ihre ersten Bilder kurz darauf in einer Gemeinschaftsausstellung im Hause aus.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte

Durch die vielfältigen Angebote in der Intermedialen Kreativtherapie werden verschiedene Zugangswege zur Wahrnehmungsbereitschaft und zum Ausdrucksvermögen der TeilnehmerInnen mobilisiert. Das reiche Repertoire macht auch ein spezifisches, auf die individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen der PatientInnen zugeschnittenes, Therapieangebot möglich.

„Eine Fülle über die verschiedensten Therapieformen und -settings verteilter Forschungsergebnisse weist darauf hin, dass man Patienten besonders gut helfen kann, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anknüpft, indem man die Art der Hilfe so gestaltet, dass der Patient sich

in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann.“ (*Grawe*)⁴⁹

Das ist einer der entscheidenden Resumes der Forschungsarbeiten von *Grawe*, der auch darauf hinwies, dass die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren einseitig reduziert die problematischen Seiten der Patienten in den Vordergrund stellen. Ressourcenaktivierung "... erfordert, dass ein guter Teil der psychotherapeutischen Diagnostik darauf ausgerichtet wird, die vom Patienten mitgebrachten Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Ziele auszumachen, die für den Veränderungsprozess gezielt genutzt werden können.“ „Die empirische Befundlage weist mit großer Eindeutigkeit darauf hin, dass in dieser Hinsicht ein verbreitetes Umdenken erforderlich ist, wenn der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung einer empirisch belegten Bedeutung entsprechend genutzt werden soll.“ (*Grawe*)

Der multimodale Ansatz der Integrativen Therapie erweitert diesen ganz entscheidenden Aspekt um die *leiblichen* Zugänge in der Arbeit mit den unterschiedlichen kreativen Medien. Das Salutogenese-Konzept von *Antonowski*, das ja schon die positiven Seiten in therapeutischen Prozessen mit einbezieht, erhält nun durch die Forschungen auf dem Gebiet der Neurowissenschaften Bestätigung und Erweiterung. Wie es scheint, entsteht hier eine wegweisende Richtung für die ressourcenaktivierende Arbeit mit depressiven Menschen.

Wenn ich also Einfluss auf das Wohlbefinden der PatientIn durch auf sie zugeschnittene Interventionen nehmen kann, so steigere ich auch ihre Aufnahmebereitschaft in veränderungsorientierten therapeutischen Lernsituationen und spezifischen Übungsangeboten. Die Exkursion an den Rhein ist ein Beispiel für ein von den TeilnehmerInnen freudvoll erlebtes therapeutisches Angebot, das den Erfahrungsraum über die Klinik hinaus erweitert und damit die einseitige Rollenzuweisung als Kranke für die Zeit in der Gruppenstunde aufhebt. „Die PatientInnen erleben sich in der 'normalen' Welt, inmitten von Menschen, die nichts mit der Psychotherapiestation zu tun haben. Dieser Umstand aktualisiert gesunde Persönlichkeitsanteile der PatientInnen und hilft, eine mögliche Fixierung auf Krankheit zu lockern.“ (*Glenck, Wirth 1998, 4*)⁵⁰

Darüber hinaus habe ich festgestellt, dass bei dem Aufenthalt und der Bewegung in der Natur sich die Stimmungen der PatientInnen deutlich aufhellten.

⁴⁹ Dieses Zitat entnahm die Verfasserin 2006 einer Schrift unter folgender Internetadresse: <http://www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2.html>. „Die vier therapeutischen Wirkprinzipien“, *Grawe*

⁵⁰ Dies ist eine These aus einer kunsttherapeutischen Graduierungsarbeit, die „rezeptive Kunsttherapie“ zum Thema hat und mit den Patientinnen auch in Museen außerhalb der Klinik kunsttherapeutisch arbeitete.

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten

Einer der wichtigsten Grundsätze in der akuten Depressionstherapie ist „das stellvertretende Hoffnung geben“.

Die zeitliche Dimension der Zukunft mit Entwürfen für eine kommende Lebensstrecke fehlt den PatientInnen, die sich in einer schweren depressiven Episode befinden, oft ganz. Die Zeit steht für sie still, Veränderungen sind nicht mehr denkbar und fühlbar. Diesen schweren Gemütszustand nachzuvollziehen ist für TherapeutInnen nicht einfach. Die PatientInnen dort abzuholen, wo es keinen empfundenen Zeitverlauf, kein Fühlen und kein Werden mehr gibt, wie kann das möglich sein? Die Empathie in diese Seinsebenen überfordert wohl jede MitarbeiterIn. Wenn keine Medikamente anschlagen ist oft die letzte Hoffnung eine Behandlung durch Elektrokrampftherapie, die in schweren Fällen mit gutem Erfolg eingesetzt wird.

Die schwerkranken Menschen bilden eine große Herausforderung für das gesamte Team der Station. Einen langen Atem zu bewahren, den Glauben an Besserung und Behandelbarkeit niemals aufzugeben, kann durch eine gute Zusammenarbeit des Teams gelingen, solange immer jemand da ist, der die Hoffnung nicht aufgibt und das Vertrauen in die Heilungskräfte der PatientIn behält. Dies überzeugend zu vermitteln bedarf einer großen psychiatrischen Kompetenz und der langjährigen Erfahrung mit betroffenen Menschen. Dem Chefarzt der Klinik gelingt in meinen Augen diese überaus schwere Aufgabe und er vertritt mit großer Überzeugung eine „Kultur der Hoffnung“. (*Schmidt-Degenhard*)

Zum Glück gibt es auf der Depressionsstation immer nur wenige PatientInnen, die sich länger in einem sehr schweren Krankheitszustand befinden. Die meisten PatientInnen sprechen sehr schnell nach ihrer Aufnahme auf die Medikation an, die ein ganz wesentlicher Faktor in der Depressionstherapie ist.

„Die ‘major depressions’ und Angststörungen werden, was die spezifische Symptomatik anbelangt, zunehmend durch die Fortschritte moderner Medikation behandelbar, weil wir die neurophysiologischen Prozesse und ihre Interaktion mit dem Immunsystem immer besser verstehen und beeinflussen lernen. Bei der Behandlung von Depressionen wird die Kombination von medikamentösen Maßnahmen, die den Serotoninhaushalt beeinflussen, die immunologisch ansetzen und in die Streßphysiologie eingreifen, die heute schon sehr guten Ergebnisse noch verbessern, so dass sich *Freuds* späte Aussage bewahrheitet, dass wir dereinst die hirneurophysiologischen Bedingungen seelischer Erkrankungen so weit erforscht haben werden, um mit medikamentösen Behandlungen das seelische Geschehen zu steuern.“ (*Petzold 99b*)

In der Kreativtherapie sind es oft die kleinen Gesten und Begebenheiten, Hilfestellungen und Handlungen, in denen die PatientInnen in ihren Wünschen und Motivationen ernstgenommen werden. Es kann sich in diesen Handlungen und Anfragen eine Symbolik verstecken, die gar nicht in Worte übersetzt wird. Als Beispiel möch-

te ich hier die Kastanie aus der Gestaltung des Patienten anführen, die in Abbildung 8 mit im Boot liegt. Es war mir eine große Freude, sie für ihn in Erde zu pflanzen und ihm in einer der nächsten Stunden die wachsende Kastanie zu übergeben.

Als TherapeutIn im Arbeitsalltag offen zu sein für die kleinen Dinge und Wünsche der PatientInnen, halte ich für eine wesentliche Aufgabe, um ihnen auch als Mensch zu begegnen, denn Hoffnung zu vermitteln bedarf der Menschlichkeit.

Wird diese Nähe zu den Mitmenschen in Respekt vor der Würde des anderen wieder erlebbar, so können sich auch neue Horizonte öffnen, der Glaube an die eigenen Fähigkeiten geweckt und gestärkt werden, sich aus Fragen Wünsche entwickeln, aus Sehnsüchten Träume und Visionen entstehen. Dies wird ganz besonders in der kreativen Ausdrucksarbeit möglich, da es sich um eine Spurensuche handelt, die nicht nur durch verbale Therapieformen erforscht werden kann. Gerade die auf der Strecke gebliebenen Hoffnungen und Wünsche bezüglich der eigenen Lebensgestaltung finden immer wieder Ausdruck in nonverbalen therapeutischen Angeboten.

Auch hier bietet die Natur dem Menschen eine unermessliche Fülle und Weite. „Man darf von der Seele nicht zuviel verlangen und muss ihr auch Muße gewähren, die für sie Nahrung und Kräftigung ist. Wanderungen in freier Natur muss man unternehmen, damit sich die Seele unter freiem Himmel und in frischer Luft kräftige und sich aufrichte“ (*Seneca*, 4 v. u. Z. – 65 u. Z.)⁵¹

11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs

In dem Identitätskonzept der Integrativen Therapie dient das Modell der *Fünf Säulen der Identität* der Veranschaulichung identitätsstiftender Aspekte und Bezüge. Es sind dies in Kurzform aufgezählt *Leib; soziales Netz; Arbeit, Leistung, Freizeit; Materielle Sicherheiten; Werte*. Die Säule der *Werte* ist ein Spezifikum der Integrativen Therapie. In den meisten psychotherapeutischen Verfahren wird diese Perspektive in der therapeutischen Behandlung ausgeklammert, mit Ausnahme der Logotherapie von *Frankl*. In Gesprächen mit depressiven PatientInnen kommt es immer wieder zu Berührungen mit dem Thema, oft in Form von Sinn-Fragen. „Was hat das Leben noch für einen Sinn?“ Es kommen Fragen des eigenen Glaubens auf und die Suche nach etwas Größerem, das trägt, Halt gibt, eine letzte Hoffnung bildet, beginnt. Für diese Fragen stehen in der Klinik für die PatientInnen Seelsorger zur Verfügung. „Sie sind Repräsentanten der Religion und damit einer anderen, tieferen und transzendenten Dimension des Lebens.“ (*Hermes* 2004)

Fragen der Werte kommen auch in Therapiesituationen auf und verlangen ein Gegenüber, das sensibel und glaubwürdig mit solchen Fragestellungen umgeht. Ich erinnere hier an eine Patientin, die auf Grund ihrer schweren Depression mit hoher Suizidgefahr immer wieder während ihrer Klinikaufenthalte an meinen Gruppen

⁵¹ *Seneca* de tranquillitate VII, 8 in *Petzold*, Polyloge 03/2004 Integrative Traumatherapie und „Trostarbeit“

teilgenommen hat. Eine Arbeit von ihr ist zum Beispiel die gezogene Fußspur am Rhein, die zum Wasser und von da aus in das Uferschilf weiterführte. Die beiden Kletten, die sie auf ihrem Schuh entdeckte, hieß sie als gute Wegbegleiter willkommen (Abb. 22a). Diese Symbolik, der sie selbst eine große Wichtigkeit beimaß, repräsentiert etwas von der Qualität, die eine seelsorgerische Tätigkeit ausmacht. „Seelsorge möchte den psychisch Kranken vermitteln, dass sie, so wie sie sind, von Gott geliebt sind; mit ihren Selbstverachtungen und ihrem darniederliegenden Selbstvertrauen, mit ihren Schuldgefühlen und Schulderfahrungen, in ihrer Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit und auch in ihrer Suizidalität.“ (Hermes 2004)

Es gibt Situationen in Therapieverläufen, in denen es darum geht, diese Qualität zu vermitteln, um einen tragenden Grund, einen Boden zu bilden. Dann ist es wichtig, da zu bleiben, dabei zu sein, zu begleiten ohne zu deuten und zu „therapieren“.

Diese Patientin stellte auch die „Sinnfrage“. In ihrem therapeutischen Verlauf entdeckte sie eigene homosexuelle Wünsche, die überhaupt nicht in ihr bestehendes Wertesystem passten und es erforderte sehr viel Feingefühl dieses Thema mit ihr zu bearbeiten.

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“

Die eigene Identität entsteht im Zusammenwirken von Fremdzuschreibungen und Selbstattributionen und ist auf diese Weise in sozialen Gefügen im Laufe der Entwicklung gewachsen.

In der Intermedialen Kreativtherapie gibt es viele Möglichkeiten für die Entdeckung eigener künstlerischer, kreativer und sozialer Fähigkeiten. Als Beispiel solch eigener Entdeckungen gilt die russische Patientin, die in weniger als 15 Minuten eine Insel kreierte (Abb. 13), auf der sie in ihrer Vorstellung in Eintracht mit der Natur lebt. Sie entdeckte dabei ihre große Begabung figürlich zu modellieren und eine Objektgestaltung nach ihren Wünschen zu realisieren. Darüber hinaus zeigte sie in der folgenden Stunde Lust, Freude und Kompetenz für den Aufbau sozialer Beziehungen, indem sie ein Gästehaus und Schiffe (Abb. 14) für diejenigen baute, die zu Besuch kommen wollten. Für die Bewältigung ihrer Probleme im eigenen Lebensalltag bedarf es genau der Förderung dieser Kompetenzen. Ihr Mann verschloss sich oft tagelang und redete kein Wort mit ihr und soziale Beziehungen unterhielten beide zu diesem Zeitpunkt keine.

Für den Transfer solcher Potentiale in den Lebensalltag ist eine gute Zusammenarbeit mit dem psychotherapeutischen Team der Station notwendig. In den wenigen Stunden der intermedialen Kreativtherapie können die PatientInnen auf Spurensuche gehen, an vorgängige Identitätszuschreibungen anknüpfen oder sogar neue Fähigkeiten bei sich entdecken. Es ist für die Umsetzung dann jedoch eine gute psychotherapeutische Begleitung in Einzelgesprächen notwendig, die sich auf diese entdeckten Potentiale der PatientIn bezieht und ihr hilft, diese Fähigkeiten im Lebensalltag weiter auszubauen.

13. Förderung tragfähiger Netzwerke

Das Miteinbeziehen der Menschen aus dem nahen sozialen Umfeld der PatientIn in die Therapie ist besonders im Krankheitsbild der Depression angesagt. Die angestrebten Lernschritte und Verhaltensänderungen der PatientInnen haben auch immer Auswirkungen auf ihre Beziehungen. Darum ist es für den weiteren Therapieverlauf günstig, die Personen, die mit den PatientInnen eine Gemeinschaft bilden, in Form von gemeinsamen Gesprächen über Beziehungsproblematiken, Rollenkonflikte und Zielsetzungen einzubinden.

Viele PatientInnen benötigen darüber hinaus Hilfe für den Aufbau neuer sozialer Kontakte, in denen sie Gemeinsames besprechen oder Interessen, Aktivitäten und Hobbys miteinander teilen können. Eigene Interessen wurden in der Intermedialen Gruppe bei den TeilnehmerInnen schnell geweckt. Sei es die Lust am Fotografieren, Malen, Modellieren, Schreiben, Walken, Joggen, Fahrradfahren, Wandern, Tanzen oder Singen. Der Schritt, diese Tätigkeiten und Hobbys in den Alltag einzubauen, bedarf oft noch weiterer Unterstützung. Die Freude und Leichtigkeit, mit anderen sportliche und kreative Aktionen zu teilen, gehört oft zum Erfahrungswert der TeilnehmerInnen in der Intermedialen Gruppe.

Es ist immer wieder erfreulich zu erfahren, wenn erste Schritte in soziale Aktivitäten schon während des Klinikaufenthalts entstehen. Zum Beispiel Anmeldungen zu Volkshochschulkursen, Ergotherapiegruppen, einer ambulanten Kunsttherapiegruppe, einem Tai-Chi Angebot oder anderen sportlichen Gruppen.

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“

In der Gruppe der Intermedialen Kreativtherapie kommt es immer wieder zu Solidaritätserfahrungen unter den PatientInnen. Dies gilt besonders bei Gewalterfahrungen und anderen „Beschädigungen“ in der Biografie oder Erfahrungen des „Nicht-Könnens“ beim Grenzen setzen, wenn eigene oder von außen gestellte Anforderungen die Leistungsfähigkeit gesundheitsgefährdend überschreitet. Durch die Gabe gemeinsamer Themen in den Gruppenstunden werden Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten im Wahrnehmen, Erleben und Handeln prägnant. Über die „Brücke“ der Medien begegnen sich die TeilnehmerInnen und spüren im *kokreativen* Klima ihre Themen auf, die immer auch Themen der anderen berühren oder sind. Die Themen-, Material- und Methodenvorgabe erleichtert das „in Gang kommen“ von kreativen und kommunikativen Prozessen. Der prozessorientierte flexible Stil bezieht immer auch die PatientInnen in ihren Eigenarten und Befindlichkeiten mit ein. Wenn die Anforderungen ein angemessenes Maß für die kreative Arbeit jeder PatientIn ermöglicht, sie weder über- noch unterfordert, werden heilsame ausdrucksfördernde Gestaltungen möglich. Diese bilden wiederum die Grundlage für den gemeinsamen Austausch über Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle. Die PatientInnen machen Erfahrungen, dass sie mit ihrer Problematik nicht allein sind.

Das beruhigt und kann auch Kraft mobilisieren und den Wunsch wecken, sich gegenseitig zu stützen und zu stärken. Im Verlauf der Wochen eines Klinikbesuchs ist jede einmal sehr schwach gewesen, gewinnt aber durch die Behandlungen Kraft und Zuversicht. Wenn die PatientInnen beginnen über ihre eigenen Erfahrungen und Gesundungsprozesse zu sprechen, helfen sie nicht nur ihren MitpatientInnen sondern gewinnen selbst an Stärke. Denn sie haben schon ein Stück des Weges bewältigt und sind weiter auf ihrem Weg in eine gesündere Zukunft. Auf diesem Weg auch zukünftig Gemeinsames auszutauschen, sich für gesündere Lebensweisen und -bedingungen einzusetzen, das macht engagierte Verantwortung aus und ist ein wirksamer Heilfaktor für jeden Menschen.

Schlussbemerkungen

Kunst, Natur und Heilen

In der Geschichte der Menschheit wird in verschiedenen Kulturen ein enger Zusammenhang zwischen Kunst und Heilen deutlich. So zeigen zum Beispiel griechische, afrikanische und indianische Quellen, dass Heilungsrituale von Gesang, Perkussion, Poesie, dramatischen Inszenierungen und Maskenspiel begleitet wurden. Die Heilkunst lag zum großen Teil in den Händen von Priestern, Medizinmännern und „weisen Frauen“ und hatte einen rituellen Charakter. Künstlerischer Ausdruck ist in verschiedenen Kulturen auch heute Bestandteil der Heilmethode.

In den künstlerischen Therapien unserer Kultur werden die verschiedenen Methoden immer mehr ausdifferenziert. Auf diese Weise spezialisieren sich TherapeutInnen zum Beispiel in der bildenden Kunst, in der Musik und im Tanz auf ein Medium, das ihnen vertraut ist. Der Kunst des Heilens liegt das Können und Wissen der TherapeutIn zugrunde und ihre Bereitschaft, sich in der Interaktion mit den PatientInnen auf einen *kokreativen* Prozess einzulassen. Ihre gewachsene Persönlichkeit und Haltung haben einen großen Einfluss auf den Heilungsprozess.

„Der Therapeut sieht sich im therapeutischen Prozess konfrontiert mit seinen eigenen inneren Wahrnehmungen, Bildern und Phantasien über die Welt. Verspürt er einen Drang zur Wahrheit, wird er dazu getrieben, diese innere Welt herauszukehren und auf die Probe zu stellen: Ob sie wahr ist, erweist sich darin, dass sie mit der Welt des Klienten in Beziehung tritt und diese Welt vollständiger macht.“ (Groddeck 1983 in Singer 1991, 45)

Aus solchen „wahrhaftigen Begegnungen“, in denen sich Menschen wirklich in ihren Wahrnehmungen von und in der Welt berühren, erwächst den PatientInnen aus dem Gefühl des Verstanden- und Gesehenwerdens neuer Mut, eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen und Ideen zu trauen, um sich auf den Weg zu machen und ihren eigenen Lebensweg bewusst weiter fortzusetzen. Erst suchend und fragend, jedoch mit geöffneten Sinnen, erhält ihr Leben wieder eine aktive Seite. Der ge-

meinsam empfundene und erfahrene Sinn in solchen Begegnungen wirkt wie ein Motor, der die eigene Lebensenergie wieder ankurbelt. Die gefühlte Isolation hat sich gelockert, umschließt die PatientIn nicht mehr vollständig und kann in ihrer Ausschließlichkeit nicht mehr aufrecht erhalten werden. Der Raum, der in diesen „Durchlässen“ entsteht, ist kreativer Natur, entspringt dem Quell der Phantasie, der Sehnsucht, den Emotionen, die nach Ausdruck verlangen. Menschen sind *ko-kreative* Wesen und aufeinander angewiesen, sich in Begegnungen auszutauschen und weiter zu entwickeln.

Das von der TherapeutIn erlernte Verfahren hat nicht unbedingt die große Bedeutung wie es oft durch die psychotherapeutischen Schulen postuliert wird. Vielmehr bestimmt das Zusammenspiel ihrer Lebenserfahrung, ihrer erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten mit ihrem theoretischen Wissen den kommunikativen und *kokreativen* Prozess im Heilungsgeschehen. Die Kommunikation als solche ist das künstlerische Medium der TherapeutIn (vgl. *Singer* 1991, 45). Durch sie entsteht in den kreativen Therapien eine sichtbare, hörbare und fühlbare Verbindung mit einer unmittelbarerem Präsenz, die durch Worte in dieser Totalität nicht erfahrbar ist. Das wurde bei der russischen Patientin deutlich, die sich mit der Formensprache der „Naturmedien“ in ihrer Raumgestaltung auf der Baumscheibe erst liebevoll ein Zuhause auf einer einsamen Insel baute und in der darauffolgenden Stunde vier Schiffe faltete, um andere PatientInnen aufzufordern, sie dort in ihrem „Paradies“ zu besuchen. Diese kreativen Ausdrücke entstanden beim Formen des Tons und durch die Berührung mit Moos, Sand, Steinen, Zweigen und Wasser. Sie war vorher völlig isoliert und konnte sich schon lange durch Sprache nicht mehr verständlich machen. Nach der ersten Gestaltung fand sie ihre Worte wieder und übte sich in den folgenden Stunden in der neu entdeckten Formensprache. Die Tür auf ihrem Lebensweg hat sich wieder geöffnet. „Wenn das Fass einmal angestochen ist, so beginnt der Inhalt zu fließen.“ (Dies ist einer der bedeutungsvollen Sätze meiner Zeichenlehrerin Frau *Zaiser* während des Aktzeichenunterrichts im Designstudium an der FH-Niederrhein)

Gefühle werden durch den künstlerischen Ausdruck zugänglich, identifizierbar und können gemeinsam entwickelt und verändert werden.

„Kunst ist ein ganzheitliches Transformationsritual. Sie ist Geist und materieumfassende Alchemie, kommt sie aus Wahrheit begreifenden Händen, Schönheit suchenden Augen und Ohren und entspringt sie fühlenden Herzen, so hat ihre Erfahrung die Macht leib-seelischer Heilung.“ (*Paolo Knill*, 1990, 110)

Der unschätzbare Wert der kreativen Therapien liegt darin, dass es nicht nur darum geht, Krankheiten zu kurieren, sondern vielmehr darum, *Menschen* zu behandeln. (vgl. *Zwerling*, 1991, 70).

Gerade in der Krankheit der Depression geht es um ganz grundlegende menschliche Eigenschaften wie Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Imaginieren, Wollen und Handeln. So gibt auch der Psychiater *Hole* zu bedenken: „...die Annäherung an das seelische Erleben gelingt den Dichtern oder den Malern oft besser als uns Professionellen.“ (*Hole* 1997, 109)

Kunsttherapie ist eine angewandte Kunst. Sie gibt den PatientInnen die Möglichkeit, ihrer eigenen Wahrheit durch den eigenen Ausdruck in *kokreativen* Prozessen näher zu kommen. Hier geht es also nicht um das Nachbauen stereotyper Formen, dekorativer Gestaltungen oder das Aneignen handwerklicher Fertigkeiten, sondern viel mehr um persönliche Wachstumsprozesse durch das Erfahren und Entwickeln des eigenen Ausdrucks. Einer der wichtigsten Momente im Leben der Menschen ist ihre eigene kreative Wahrnehmung. So beschreibt auch *Winnicott*: „Mehr als alles andere ist es die kreative Wahrnehmung, die dem einzelnen das Gefühl gibt, dass sein Leben lebenswert ist.“ (*Winnicott 1978 in Wellendorf 1991, 309*) In der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Bewusstseinsprozesse unterscheidet sich die Kunsttherapie grundlegend von der Ergotherapie, die ehemals „Beschäftigungstherapie“ genannt wurde. Leider werden die Berufsbilder in vielen Kliniken nicht klar voneinander unterschieden. Ebenso gibt es bei den Kunsttherapieschulen große Unterschiede in der Ausbildungsqualität, die in der Integrativen Therapie eine psychotherapeutische Grundlage hat. Daneben gibt es unter vielen anderen kunsttherapeutischen Ausbildungsgängen zum Beispiel die anthroposophische Kunsttherapie und unter dem Namen der „Gestaltungstherapie“ eine psychoanalytische Ausrichtung.

Kunsttherapie bewegt sich in einem nicht klar definierten Raum und das macht es in der klinischen Standortbestimmung einer KunsttherapeutIn und ihrer Kommunikation im Team der KollegInnen nicht immer einfach, da es so viele verschiedene Vorstellungen von den Inhalten und der Arbeitsweise gibt. Ich kann nur hoffen, durch meine ausführliche Dokumentation zum Verständnis der Integrativen Kunsttherapie und ihrer Möglichkeiten und theoretischen Hintergründe beigetragen zu haben. Transparenz und Einsicht in die Wirkweisen dieser Therapieform sind wesentliche Faktoren für eine konstruktive Kooperation aller TherapeutInnen im Sinne der PatientIn.

Nun am Ende meiner theoretischen Ausführungen angekommen, wende ich mich wieder der eigenen praktischen künstlerischen Arbeit zu. Die Umschlaggestaltung für dieses Schriftstück als erste Herausforderung annehmend, meinen künstlerischen Ausdruck wieder zu beleben, führt mich nun in eine eigene Auseinandersetzung mit den Aufgabenstellungen, die ich für das Intermediale Kreativtherapieangebot entwarf und zu dem Ort gemeinsamer therapeutischer Arbeit am Rhein.

Auf der anderen Seite vom Fluss gebe ich mich meiner Vision als Künstlerin hin: Angefangen mit dem Gestalten von Räumen aus Holz, Ton, Bambus, Gräsern und anderen Naturmaterialien beobachte ich im Wechsel der Lichtverhältnisse mit dem Objektiv meiner Kamera das Zusammenspiel von Innen- und Außenräumen. Die wechselnden Gestalten des Formen- und Farbenreichtums durch Licht und Schatten sind Elemente meines Interesses und Teile meines neuen Experimentierfelds. In diesem verbinden sich im Blick hinüber an das Ufer von Kaiserswerth meine Erinnerungen an die Begegnungen mit den PatientInnen und ihren Gestaltungen mit meinen eigenen Erinnerungen, Wahrnehmungen und Phantasien.

So erhält meine Graduierungsarbeit als Therapeutin eine Ergänzung durch ein künstlerisches Projekt, das die verbale und bildhafte Dokumentation und Präsentation um weitere Dimensionen ergänzt und für mich eine Form der Auswertung, des Nachklings und der Neuentwürfe bereitstellt.

In diesem hermeneutischen Erkenntnisprozess wandere ich entlang der Spirale von der Kunst zur Therapie wieder zur Kunst. Meine Vision für das neue Projekt ist eine Ausstellung eigener Arbeiten, die diese theoretische Ausarbeitung ergänzt und vervollständigt. Spiegel, Rahmen und Experimentierfeld bleiben für mich die Elemente der Natur. In der nun beginnenden Zeit, die ich am Ufer des Flusses und in anderen Landschaften verbringe, lausche ich der Stimme des Windes und des Wassers, beobachte das Formenspiel von Licht und Schatten. Während die Sonne über den Himmel wandert, spiele, gestalte, höre, sehe, fühle, empfinde, experimentiere, entwerfe, verändere und entwickle ich Räume und Figuren.

Ein Patient schenkte mir seine letzte Arbeit, die er in meiner Gruppe gestaltete mit den Worten: „Ich wünsche Ihnen, dass Sie so dastehen, wenn Sie Ihre Graduierungsarbeit beendet haben.“ Tatsächlich stand ich heute am Rhein und breitete auf diese Weise meine Arme aus.



Abb. 35

Ich bedanke mich bei allen PatientInnen, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben, indem sie mir die Erlaubnis gaben, ihre Texte und Bilder in dieser Arbeit zu veröffentlichen. Mein Dank gilt ebenso meinen KollegInnen, die mich in ihr Team aufnahmen und meine Arbeit wohlwollend begleiteten, Herrn Professor Schmidt-Degenhard und Herrn Dr. Grüttert, die mir ihr volles Vertrauen entgegenbrachten und Frau Rotermund, die mich freundschaftlich in die Arbeit der Akutpsychiatrie einführte.

Dank empfinde ich gegenüber allen Lehrbeauftragten des FPI, die mir stets eine Quelle der Inspiration waren und mir dieses phantastische Verfahren näher brachten und meinen LehrtherapeutInnen und Supervisorinnen, die meine praktische Arbeit und meine persönliche Entwicklung begleiteten, insbesondere ein Dankeschön an Frau Jakob-Krieger, die mich nicht nur zwei Jahre während meiner Klinikarbeit supervisorisch unterstützte, sondern mir im darauffolgenden Jahr Ansprechpartnerin in den theoretischen Ausführungen war. Als Lektorin, Hospitantin und Protokollschreiberin wirkte bei dieser Arbeit Frau von Richthofen mit, bei der ich mich herzlich bedanke. Danke an alle meine FreundInnen, meine Tochter und meine Eltern, die mir mit ihrer Unterstützung, das Studium und die Abschlussarbeit ermöglichten.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Gemeinsame Gruppengestaltung aus Naturmaterialien auf einer großen Baumscheibe am Ende einer Gruppenstunde zum Thema: Gewalt in der Familie	38
Abb. 2	Ausschnitt aus Abb. 1, Figur in der Mitte	39
Abb. 3	„Die Hermeneutischen Spirale des Erkenntnisgewinns“, grafische Darstellung, Petzold, Sieper 1988	47
Abb. 4	Fotosammlung der Verfasserin, 5 Beispiele mit Ausblicken auf verschiedene Landschaften und Wege	56
Abb. 5	Fototherapie, Beispiele von PatientInnenfotos nach einem Spaziergang im Klinikgelände zum Thema: Standpunkt	58
Abb. 6	Morgendliche Entdeckung einer PatientInnengruppe aus der Intermedialen Kreativtherapie, Eiszapfen am Weidezaun	59
Abb. 7	Naturmaterialien zum Befühlen: Federn, Zweige, Laub, Rinde, Gras, Erde, Moos, Steine, Sand und assoziative Worte der PatientInnen	61
Abb. 8	Figur mit ergänzenden gesammelten Naturmaterialien, „Komm in mein Boot“	67
Abb. 9	Figur mit ergänzenden gesammelten Naturmaterialien, „Scheißhaufen mit Krallen“	68
Abb. 10	Gestaltungen mit Sand und Ton zum Thema „Zeit“, Figur	70
Abb. 11	Gestaltungen mit Sand und Ton zum Thema „Zeit“, Figur	71
Abb. 12	Gestaltung mit Sand und Ton zum Thema „Zeit“, Patientinnenarbeit mit anschließendem Text aus einem kreativen Schreibprozess an Hand der Fotografie	72
Abb. 13	Ein Raum zum Wohlfühlen, Patientinnenarbeit	74
Abb. 14	Dorfbau, fortführende Arbeit in der Gruppe zum Thema: Ein Raum zum Wohlfühlen	75
Abb. 15	Ein Raum zum Wohlfühlen, Patientenarbeit	75
Abb. 16	Ein Raum zum Wohlfühlen, Patientenarbeit	76
Abb. 17	Ein Raum zum Wohlfühlen, Patientenarbeit	77
Abb. 18	Ein Raum zum Wohlfühlen, 4 Fotos einer Raumgestaltung im fortlaufenden	78
Abb. 19	Prozess einer Patientin	79
Abb. 20	Umgebung der Landart – Aktion, Überfahrt über den Rhein mit der Kaiserswerther Fähre	80
Abb. 21	Landart – Aktion, Neuland betreten 2 perspektivische Aufnahmen einer Patientinnenarbeit am Rhein, Aufgabe: Ein Zeichen am Ufer des Flusses setzen	82

Abb. 22	<i>Landart – Aktion, Neuland betreten</i>	83
	4 Fotos einer Patientinnengestaltung am Rhein _____	84
Abb. 23	<i>Ein Raum zum Wohlfühlen</i> , 3 fotografische Aufnahmen der Gestaltung von Frau „P“ , mit anschließender Geschichte aus dem kreativen Schreibprozess_____	88
Abb. 24	<i>Poesietherapie</i> , ausgewähltes Foto und Text einer Patientin, Titel: „Lichtdurchfluteter Wald“ _____	90
Abb. 25	<i>Poesietherapie</i> , ausgewähltes Foto und Text einer Patientin, Titel: „Mein Nest“ _____	91
Abb. 26	<i>Poesietherapie</i> , ausgewähltes Foto und Text eines Patienten _____	92
Abb. 27	<i>Poesietherapie</i> , Patientinnenfoto und Text in der Dialog – Technik _____	110
Abb. 28	<i>Objektgestaltung</i> aus dem Basisangebot der Kreativtherapie von Frau „M“, Gipsband und Rose, „Ein wenig Duft bleibt immer an den Händen dererhaften, die Rosen schenken.“ _____	115
Abb. 29	<i>Landart – Aktion, Neuland betreten</i> , 2 Fotos im Prozess der Gestaltung von Frau „M“ am Rhein_____	119 120
Dokumentation des Einzelprozesses von Frau „P“		
Abb. 30	<i>Collage</i> , bildnerische Gestaltung des Umfeldes mit <i>dem eigenen Raum zum Wohlfühlen</i> (Fotografie), Titel: „Erholung vom Leben“ _____	125
Abb. 31	<i>2 bildnerische Gestaltungen</i> aus dem Basisangebot der Kreativtherapie zum Thema „Wut, Schmerz, Freude“_____	126
Abb. 32	<i>Bildnerische Gestaltung</i> aus dem Basisangebot der Kreativtherapie, beginnende Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis_____	128
Abb. 33	<i>Bildnerische Gestaltung</i> aus dem Basisangebot der Kreativtherapie, weiterführende Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis_____	128
Abb. 34	<i>Bildnerische Gestaltung</i> aus dem Basisangebot der Kreativtherapie, 2 Körperbilder_____	129
Abb. 35	<i>Pastellbild</i> , bildnerische Gestaltung aus dem Basisangebot der Kreativtherapie _____	131
Abb. 36	<i>Figur</i> , Patientenarbeit_____	156

Umschlaggestaltung:

Objekt, Fotografie, Layout von Jutta Weidler

Übersicht über die angewandten bewegungstherapeutischen Übungen

Übungen zur leiblichen Selbstwahrnehmung

<i>Wahrnehmen des eigenen Leibes im Stand, in Bewegung kommen</i>	108
<i>Abstreichen des eigenen Körpers</i>	117

Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung

<i>Gehen durch den Raum in der Gruppe</i>	97, 112
---	---------

Übungen zur Nähe – Distanzregulierung

<i>Aufeinander Zugehen, „Stopp“ sagen, PartnerInnenübung</i>	97
<i>Aufeinander Zugehen, „Stopp“ sagen und mit dem Stab aufstampfen</i>	97
<i>Aufeinander Zugehen, Übernehmen eines Tons, PartnerInnenübung</i>	98
<i>Grenzen setzen in der Begegnung, Gruppenübung</i>	112

Übungen zur Förderung der Wahrnehmung in Kommunikation und Kooperation

<i>Führen und sich Führen lassen mit Stab</i>	99
---	----

Übungen zur Förderung der Stabilisierung, Stimulierung, Orientierung, Zielsetzung etc.

<i>Kreatives Laufen</i>	99
<i>Ausflug zum Rhein</i>	85, 100

Übersicht über die zusätzlichen kunsttherapeutischen Angebote, die nicht in Kapitel 4 beschrieben werden (Bild- und Objektgestaltung)

<i>Knitterbild – Lebenspanorama</i>	111
<i>Malen eines Gruppenbilds</i>	115
<i>Malen eines persönlichen Schutzschilds</i>	117
<i>Collage mit Foto (Wohlfühlraums aus Naturmaterialien), bildnerische Gestaltung der Umgebung</i>	125
<i>Malen eines ressourcenstärkenden Körperbildes</i>	130

Zusammenfassung: „Wieder in Fluss kommen“ - Natürliche Wege aus der Depression. Intermediale Kunsttherapie und Naturerfahrungen als Gruppenangebot auf einer Depressionsstation

Jutta Weidler hat aus ihrer Lebenserfahrung und den kunst- und leibtherapeutischen Ansätzen der Integrativen Therapie ein intermediales kreativtherapeutisches Konzept entwickelt. Es ist auf die fokale klinische Behandlung akut depressiv Erkrankter in Gruppen ausgerichtet. Die Autorin dokumentiert deren „intersubjektive Ko-responzendenz“ anhand von Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Entwicklungsprozessen. Unmittelbare Naturerlebnisse werden mit kunst- und bewegungstherapeutischen Methoden aufgegriffen und in „intermedialen Quergängen“ neu erfahrbar gemacht. Die Wirkung der Medien in ihrer Spiegel- und Brückenfunktion auf innere, kommunikative und heilende Prozesse beschreibt Jutta Weidler ebenso phänomenal wie theoretisch fundiert.

Schlüsselwörter: *Integrative Kunsttherapie*, Depression, Naturerlebnisse, fokale klinische Behandlung

Summary: „Back into the Flow“ - Natural paths out of depression. Intermediate art-therapy and nature-experiences as group treatment on a depression-ward

Following her personal experience as well as the art- and physical-therapeutic angle of „Integrative Therapy“ Jutta Weidler developed an intermediate creative-therapeutic concept. It is focussed on the clinical group treatment of patients suffering from acute depression. Their „Intersubjektive Co-responzendenz“ is depicted along their perception-, expression- and development-processes. Firsthand nature-encounters are reflected with art- and physical-therapeutic methods and turned into new experiences by „Intermediate Sidesteps“. Jutta Weidler points out the resulting „mirror- and bridge-effect“ on internal, external (communicative) and healing-processes. Her description is always vivid, true to every phenomenon and based on a solid theoretical frame.

Keywords: *Integrative Art Therapy*, Depression, Nature Experience, Clinical Focal Treatment

Literatur

Behrensohn, P. (2003) Dialoge mit Ton , schöpferisches Arbeiten mit Fingerdrucktechniken und gefärbten Massen, Koblenz: Hanusch

Glenck, E., Wirth, B. (1998) Identitätsstiftende Aspekte der „Rezeptiven Kunsttherapie“ , *Graduierungsarbeit* , Kopie von den Verfassern, Zürich

- Grawe, K.* (2004) Neuropsychotherapie, Göttingen: Hogrefe
- Groddeck, N.*, (2003) Mit dem Selbst spielen – kunsttherapeutische Möglichkeiten im intermediären Raum, *Internetveröffentlichung*
- Grüttert, T.* (2003) Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei Depressionen nach Klerman und Weissman, *Handout*, Düsseldorf
- Häcker, H., Stapf, K. H.* (1998) Dorsch Psychologisches Wörterbuch, Bern: Huber
- Hausmann, B., Neddermeyer, R.* (2003/1996) 2. Auflage, Bewegt sein, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis, Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung, Paderborn : Junfermann
- Halprin, A.* (2000) Tanz, Ausdruck und Heilung, Essen: Synthesis
- Henderson, J.* (2001) Embodying Well-being, Wie man sich trotz allem wohl fühlen kann, Bielefeld: AJZ
- Hermes, P.* (2004) (*Klessmann, M*), Seelsorge in der psychiatrischen Klinik, Ausarbeitung zum Arbeitskreis Depressionsstation, Düsseldorf: Hermes
- Hole, G.* (1997) Depression und Melancholie – Tiefpunkt des Lebens aus theologischer und anthropologischer Sicht in *Wolfersdorf*, Depressionsstationen, Stationäre Depressionsbehandlung, Berlin, Heidelberg: Springer
- Höhmann-Kost, A.* (2002/1991) 2. vollständig überarbeitete Auflage, Bewegung ist Leben, Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung, Bern: Huber
- Hüther, G.* (2002/1997) 5. Auflage, Biologie der Angst, Wie aus Stress Gefühle werden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kast, V.* (1999/1995) 3. Auflage, Imagination als Raum der Freiheit, Dialog zwischen Ich und Unbewußtem , München: dtv
- Kast, V.* (2002/1989) 10. Auflage, Der schöpferische Sprung, München: dtv
- Knill, P.* (1990) Neue Entwicklungen der Therapie mit kreativen Medien, S. 93 – 112 in *Petzold, H.G., I. Orth*, (1991), 2. Auflage, Die neuen Kreativitätstherapien
- Knüdel, B.* (1995) Fotografie – eine Möglichkeit der Selbstanalyse, *Integrative Therapie* 3-4/1995, S. Paderborn: Junfermann
- van der Mei, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J.* (1997) Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3/1997, Paderborn: Junfermann
- Merleau-Ponty, M.* (2000) Die Natur, Vorlesungen am College de France 1956 – 1960, München: Fink
- Merleau-Ponty, M.* (2003) 1945 - 1961 Das Auge und der Geist, Philosophische Essays, Hamburg: Meiner
- Möller, H., Laux, G., Deister, A.* (1996) Psychiatrie, Stuttgart: Hippokrates
- O`Donohue, J.* (2004) Schönheit, das Buch vom Reichtum des Lebens, München: dtv

Orth, I. (1994) Der „domestizierte Körper“ Die Behandlung „beschädigter Leiblichkeit“ in der Integrativen Therapie, *Integrative Bewegungstherapie* 1/1994,

Orth, I. (1994) Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, *Integrative Therapie* 4/1994, Paderborn: Junfermann

Orth, I. (1996) Heilung durch Bewegung, *Integrative Bewegungstherapie* 2/1996 Seite 44 – 54

Orth, I. (2002) Weibliche Identität und Leiblichkeit, *Integrative Therapie* 3-4/2002, Seite 303-324, Paderborn: Junfermann

Osten, P. (1996) Kreative Wahrnehmung, kreativer Ausdruck, Sonderdruck *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, Göttingen

Petzold, H.G. (1988) Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie, *Sonderdruck Integrative Therapie* 4/1988, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G., I. Orth, (1991/1990) 2. Auflage, Die neuen Kreativitätstherapien, Handbuch der Kunsttherapie Bd.1, Bd.2, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G. (1993) Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd.1, Bd.2, Bd.3 Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G., Orth, I (1994) Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch mediengestützte Techniken, *Integrative Therapie* 4/1994, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G. (1996/1988) 3. überarbeitete Auflage, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie Bd.1, Bd.2, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G., Sieper, J. (1996/1993) 2. Auflage, Integration und Kreation, Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien Bd.1, Bd.2, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G. (1998) Identität und Genderfragen in Psychotherapie und Gesundheitsförderung, Sonderausgabe *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf

Petzold, H.G., Osten, P. (1998) Diagnostik in der Integrativen Therapie – mehrperspektivische Betrachtung und dynamische Prozessanalyse in *Petzold* 1998, 119-141

Petzold, H.G. (1999a) Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“ - Ein Interview- , *Kunst & Therapie* 1-2/ 105-145, Köln: Richter

Petzold, H.G. (1999b) Komplexe und Integrative Therapie (KIT) - Persönliche Positionen zu einer kreativen und "nachhaltigen" Humantherapie *Integrative Therapie* 4/99, 25, S 338 – 393, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (2000) Ziele in der Integrativen Therapie, Ambühl: Strauss, Ziele in der Psychotherapie, Hogrefe

Petzold, H.G., (2001) Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, *Integrative Therapie/Jubiläumsausgabe*, Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G. (2002a) Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“; *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* (Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“) Düsseldorf/Hückeswagen: Petzold + Sieper

Petzold, H.G. (2002b) „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie - Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen aus Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2002

Petzold, H.G. (2003/1993) 2. erweiterte Auflage, Integrative Therapie S.1051-1092, der "informierte Leib" – "embodied and embedded" – Leibgedächtnis und performative Synchronisation

Petzold, H.G. (2004) Mit alten Menschen arbeiten: Teil 1 Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis, Teil 1, Stuttgart: Klett-Cotta

Petzold, H.G. (2004) Integrative Traumatherapie und "Trostarbeit", FPI Publikationen, Hückeswagen: Petzold/Sieper

Petzold, H.G., Orth, I. (2005) Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie Bd. 2, Bielefeld: Aisthesis

Preuss, S., (1991) Umweltkatastrophe Mensch, Über unsere Grenzen und Möglichkeiten, ökologisch bewusst zu handeln, Heidelberg: Asanger

Preuss, S., (1995) Ökopsychosomatik, Umweltbelastungen und psychovegetative Beschwerden, Heidelberg: Asanger

Rahm D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1995/1993) 3. Auflage, Einführung in die Integrative Therapie, Paderborn : Junfermann

Rauch, S. (2002) Wie bitte? Abfallmaterial in der Kunsttherapie?! Diplomarbeit, Nijmwegen , Internetveröffentlichung, www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-diplomarbeit-rauch-titel.htm - 14k -

Richter, K. (1997) Kreative Gestaltarbeit in Theorie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit, Erzählweisen des Körpers, Seelze-Velber: Kallmeyer

Schmidt-Degenhard, M. (1983) Melancholie und Depression, Stuttgart: Kohlhammer

*Schmidt-Degenhard, M. (1998) Depressivität und Psychose – problemgeschichtliche und klinisch-psychopathologische Aspekte ihrer Typik, *Fundamenta Psychiatrica* 1998/12, 96-103, Schattau , Originalarbeit*

*Schmidt-Degenhard, M. (1999) Versteinertes Dasein, zur Geschichte der Melancholie, Der Streit um die Seele. *Aus Forschung und Medizin*, S.45 – 56 Berlin*

Schnyder, U., Sauvant, J.D. (2000/1996) 3. Auflage, Krisenintervention in der Psychiatrie, Göttingen: Huber

*Schuch, H.W. (2000) Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie, *Jubiläumsausgabe 25 Jahre Integrative Therapie 1975-2000*, S. 145 – 202, Paderborn: Junfermann*

*Singer, W. (1990) Muse küsst Therapeuten – Sieben Reflexionen über Kunst und Therapie, S. 41 – 62 in *Petzold, H.G., I. Orth, (1991), 2. Auflage, Die neuen Kreativitätstherapien**

*Stahl, J. (2005) Multimodale Depressionsbehandlung in der Tagesklinik für Alterspsychiatrie und – psychotherapie, *Integrative Therapie* 1-2/2005, Seite 118-129, Paderborn: Junfermann*

*Tattersall, I. (2002) Wir waren nicht die Einzigen, Warum von allen Menschenarten nur der Homo Sapiens überlebte aus *Spektrum der Wissenschaft, Die Evolution des Menschen**

*Wellendorf, E (1990) Psychoanalytische Kunsttherapie, S. 301 – 316 in *Petzold, H.G., I. Orth, (1991), 2. Auflage, Die neuen Kreativitätstherapien**

Wolfersdorf, M., Straub, R., Helber, I., Kopittke, W., Metzger, R., Hole, G., Faust, V. (1981) *Psychiatria clin.* 14, S. 226-244

Wolfersdorf, M. (1997) *Depressionsstationen, Stationäre Depressionsbehandlung*, Berlin, Heidelberg: Springer

Wolfersdorf, M., Lehle B., Szczesny R., Bretschneider S., (1999) *Wegweiser Depressionsstationen*, Hamburg: Lundbeck GmbH & Co

Zwerling, I., (1990) Die Therapien der "kreativen Künste" als Formen der Psychotherapie, S. 63 – 72 in Petzold, H.G., I. Orth, (1991), 2. Auflage, *Die neuen Kreativitätstherapien*

Filme

Riedelsheimer, T., Frith, F. (2001) Andy Goldworthy working with time "*Rivers and Tides*"

Grube, T., Lansch, E.S. (2004) „Rhythm is it!“ Kinofilm der Berliner Philharmoniker

Internethinweise

www.kompetenznetz-depression.de

www.landart.de

www.fpi-publikationen.de/polyloge

www.kunsttherapie.de

www.depression-duesseldorf.de

www.visions-suche.de

www.socialnet.de/rezensionen