

Begleitung eines Patienten mit einer Querschnittlähmung mittels rezeptiver Kunsttherapie

Der Patient S. (Initialen durch Verfasser geändert) wurde wegen einer Fraktur an der Halswirbelsäule, die eine Tetraplegie bewirkte (Lähmung auch der Handfunktion und zeitweise starke Spastiken) zur

Behandlung im Schweizer Paraplegiker Zentrum stationiert. Die Ursache war ein Sturz in ein Schwimmbecken. Zusätzlich zu der primär körperorientierten Rehabilitation wurden im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung weitere Therapien miteinbezogen. Im Sinne einer Interdisziplinarität bedeutete dies auch die Begleitung des Patienten mittels Kunsttherapie. Diese stand in einem ständigen Austausch mit der psychologischen Begleitung. Beides zeigte sich als sehr ergänzend und hilfreich, da die verschiedenen Wahrnehmungsebenen aus den beiden Therapien sich rückwirkend wieder auf die Sichtweise des Patienten auswirken konnten, so wie die Rückwirkungen, die wir aus der Intervision oder Supervision kennen.

Zu Beginn stand das Nichterinnern an das Unfallgeschehen sowie die jetzige Abhängigkeit im Zentrum, was Herr S. sehr beschäftigte. Nach dem Sturz in das Schwimmbecken hatte Herr S. für längere Zeit im Koma gelegen. Nun ergaben sich Tagesmüdigkeiten durch nächtliche Schlafstörungen, da ihn die Frage nicht losliess, wie es überhaupt zum Sturz kam und welche Person ihn gerettet hatte, was zu Beginn der The-

rapie unbekannt war. Herr S. schilderte «ein Zuviel im Kopf» durch das Vakuum des Nicht-Wissens und der vielen Möglichkeiten seiner Fantasie. Dazu kam ein Verdacht von Herrn S., dass es sich nicht um einen Unfall, sondern um eine Tat einer Drittperson handeln könnte. Herr S. war vor dem Geschehen mit verschiedenen Morddrohungen konfrontiert worden, dies in Zusammenhang mit einem vorangegangenen Unfall.

Herr S. formulierte das Ziel, mehr Klarheit entstehen lassen zu können und so für sich mehr innere Ruhe zu erlangen.

Ich erlebte Herrn S. als sehr motiviert und gefühlvoll, sensibel. Diese Beobachtung gab mir die Sicherheit, über die Wahrnehmung arbeiten zu können und auf die Dauer indirekt in Kontakt mit unbewussten Ebenen zu gelangen, da ich davon ausging, dass Informationen, nach denen Herr S. aus einer inneren Not heraus suchte, noch vorhanden sein könnten. Aufgrund von Erstgesprächen bemerkte ich, dass Herr S. in seinen Schilderungen öfters Farbzuordnungen zu Erlebtem machte. Ich entschloss mich, dieses Element aufzunehmen. Der Patient begann in einer ersten Phase bereits bestehende Farbflächen auszuwählen und diese seiner Stimmung und nach Erlebtem zuzuordnen. In einem weiteren Schritt wurden diese in einer möglichen zeitlichen Reihenfolge im Raum installiert und angeordnet. Es ergab sich dabei eine spezifische Farbschwingung oder Atmosphäre durch die nun in einer bestimmten Konstellation wahrnehmbaren Farbfelder und ihren Zuordnungen. Wir fokussierten in weiteren Sitzungen und Schritten dann dieses Vorgehen auf die letzte Erinnerung, die er vor dem Geschehen des Unfalls noch hatte. Dies ergab eine Farbreihe von Blau als Decke über dem

Schwimmbecken, Grün für den Boden, worauf er sich bewegte. Grau für die Einfassung des Schwimmbeckens aus Beton, Weiss für die Zeit im Koma und eine Farbabstufung von Dunkelrosa bis Hellrosa als Stimmungsimpression für den Moment beim Aufwachen aus dem Koma. Die grüne Farbe (Rasen, Umgebung Schwimmbecken) definierte Herr S. von sich aus als Farbe, die auch für Jetzt stehe. Es sei eine positive Erinnerung, im Park im Rasen zu liegen oder mit seiner Frau im Wald zusammen zu sein. Durch diesen Prozess und im Therapieverlauf auch durch die kontemplative Betrachtung der jeweils entstandenen Farbreihen wuchs die Erinnerung an einen Traum, der sich wiederholte in der Zeit, als Herr S. im Koma lag. Dieser war jedoch für ihn wie verschwommen und fragmental. Da er soeben etwas Verlorenes wiedergefunden hatte und ich sehr viel Emotionales bei Herrn S. darin erlebte, vereinbarten wir, uns gemeinsam diesem Traum auch über eine Bildebene anzunähern. Aus den Erinnerungsfragmenten seiner Erzählungen suchte ich in diversen Büchern entsprechende Bilder, fertigte Kopien an, liess Herrn S. diese sowohl vom Bild wie auch von der Aussenform her auswählen und bestimmen und begann das vorhandene Material aus dem Traum zu einem «neuen» Bild zusammenzustellen und zu rekonstruieren. Damit wurde ein weiterer Ausgangspunkt für die Bildbetrachtung geschaffen. Somit begann ein Prozess, der ermöglichte, viele für ihn unklare Aspekte greifbarer werden zu lassen durch den Kontakt aus der fragmentalen Erinnerung heraus in eine jetzige Form von Realität hinein. Herr S. wurde durch den entstehenden Bilddialog emotional sehr berührt. Er erlebte den Traum während der Phase, als er im Koma lag, nun nochmals und konnte miterleben, dass durch die Emotionen, die dabei entstanden, das Fragmentale der Situation oder des Traumes sich tendenziell auflöste und zu einem Ganzen wurde.



Der Trauminhalt war geprägt von einer dunklen Atmosphäre, die Herr S. wie das Sein in einem Wald, nachts, mit wenig Orientierung, beschrieb. Dabei sei er ganz alleine im Dunkeln. Er habe Angst, da kein Weg, kein Mensch existent sei. Hilferufe ergäben auch keine Antwort, und die Empfindung von Verzweiflung sei eingekehrt, daraufhin habe er aufgehört, um Hilfe zu rufen. Die Möglichkeit aufzustehen verhinderte die Angst, es könnte niemand auf ihn warten. In dieser Situation sei er wie Holz erstarrt. Er habe sich bemühen müssen, sich zu entspannen, sonst wäre er erstickt.

Im Verlauf der Rekonstruktion des Traumes, in der Verbindung von Bild und Sprache, entwickelten sich zwei im Traum nicht vorgekommene Elemente durch den Bilddialog neu als Ergänzung. Herr S. imaginierte ein junges Reh im Dunkeln des Waldes und etwas Licht, ausgehend von einer schmalen Mondsichel. Diese beiden Aspekte ergänzte ich zu der bestehenden Traum-Bild-Rekonstruktion. Im folgenden Bild-Dialog traten dann das nun präsente junge Reh und Herr S. in Kontakt zueinander und im Gespräch wurde die schmale Mondsichel zu einem Sinnbild der Orientierung aus dem Chaos der existenziellen Erfahrung heraus.

Im Verlauf der Therapie entstand nach längerer Recherchenarbeit eine Begegnung mit der Person, die Herrn S. im letzten Moment aus dem Grund des Schwimmbeckens geborgen hatte. Diese Person kennen zu lernen war für Herrn S. eine hilfreiche Erfahrung, die ihm eine weitere Integration ermöglichte.

Die rezeptiv kunsttherapeutische Arbeitsweise setzte ich in einer Endphase der Therapie erneut ein, wobei es um den Übergang von Klinikaufenthalt zur Rückkehr an den Wohnort ging. Die Angst, wieder bedroht zu werden, verlangsamte die Schritte in Richtung Heimkehr aus der Klinik. Wieder im Sinne der beschriebenen Arbeitstechnik entstand aus verschiedenen fotokopierten Bildelementen eine Personengruppe. Diese repräsentierte nebst den bedrohenden Elementen seiner Fantasie sein soziales Umfeld, einen fiktiven Beschützer, seine Frau und sich selbst. Diese Bildkonstellation ermöglichte Herrn S. durch die Betrachtung eine Form von emotionalem Ausgleich der zu erwartenden Situation bei der Rückkehr nach Hause. Zusätzlich wurde dieses Bild in der gemeinsamen Betrachtung mit seiner Frau in einer Übermittler-Funktion wichtig. Das Bild ermöglichte zusätzlich zum verbalen Austausch bei der Betrachtung ein Verständnis des subjektiven momentanen Erlebens der Situation im Zusammenhang mit seiner Rückkehr aus der Klinik.

Ein Bild kann auch durch seine physische Existenz als vermittelndes Element dienen. Dies ist begünstigt,

wenn es in den Bereich von Geben und Nehmen eintritt. Zeige ich jemandem ein «Bild» von mir (aktiv), kann dies das Gegenüber (passiv) in Empfang nehmen, und daraus entsteht eine Auseinandersetzung. Das Physische des Bildes nebst dem Inhalt erlangt eine Bedeutung durch die Präsenz (siehe auch «Übergangsobjekt»).

Ein Beispiel aus einer anderen kunsttherapeutischen Begleitung: Eine in der Einzeltherapie entstandene Bildsequenz wurde auf Wunsch direkt über dem Bett der Patientin auf der Station installiert. Diese «Schmerzbilder» bewirkten ein vorher nicht vorhandenes Verständnis über die Art von lokal angesiedelten Schmerzsymptomen der Patientin. Die Ärzte konnten sich in diesem Zusammenhang nicht vorstellen, dass die Schmerzen real waren und durch die Betrachtung der Bildserie, aus dem intimen geschlossenen Therapiesetting heraus, erweiterte sich der Wirkkreis des im geschützten Rahmen entstandenen in einen öffentlicheren - zumal die Patientin dadurch wieder ernster genommen wurde.

Ich habe versucht, anhand dieser Schilderungen einen Einblick in den kunsttherapeutischen Prozess mittels einer von mir in Zusammenarbeit mit dem Patienten spezifisch entwickelten rezeptiven Arbeitstechnik zu vermitteln. Diese Arbeitsweise entwickle ich jeweils aus der Situation heraus neu, angepasst an die Situation der Person, die ich begleite, durch Beeinflussung dieser und aufgrund von Erfahrungen theoretischer wie praktischer Anwendung aus der Kunst wie aus der Therapie. Darin sehe ich auch das Potenzial der Schnittstelle von Kunst und Therapie.

Dabei standen in diesem Fall das rezeptive Element der Bildbetrachtung von bestehendem, zuvor durch den Therapeuten in Zusammenarbeit mit dem Patienten erarbeitetem Bildmaterial und das «Wiedereinspeisen» von Bildern aus dem Gesprächsmaterial im Vordergrund. In den Phasen der Bild- oder Farbfeldbetrachtungen, die zwischen dem Entwickeln der Bilder standen, wirkten Bildimaginationen und kontemplative, aufnehmende Momente und Verfahren. Das Imaginieren über die Farb- und Bildbetrachtungen bewirkte ein Dezentrieren, was eine Kontaktnahme mit den verschütteten Erinnerungen begünstigte. Diese ermöglichten weitere Schritte im Therapieverlauf.

Ich danke Herrn S. für die Zusage zur Veröffentlichung dieses Berichtes und besonders für die wertvollen Erfahrungen, die ich durch die Begleitung gemeinsam mit ihm erfahren durfte.

Andreas Holstein