

Wolfram Henn • Harald Gruber (Hg.)



Kunsttherapie in der Onkologie

Grundlagen

Forschungsprojekte

Praxisberichte

Claus Richter Verlag

Wolfram Henn • Harald Gruber (Hg.)

Kunsttherapie in der Onkologie

**Grundlagen
Forschungsprojekte
Praxisberichte**

Claus Richter Verlag

Herausgeber:

Dr. med. Wolfram Henn
Freie Kunst-Studienstätte
Fachhochschule für Kunsttherapie,
Kunstpädagogik und Kunst
Am Wiestebruch 66-68
28870 Ottersberg

Dr. rer. medic. Harald Gruber
Klinik für Tumorbiologie
Abteilung Kunsttherapie
Breisacher Straße 117
79106 Freiburg / Breisgau

Herstellung mit Unterstützung von:

- Lotterie Glücksspirale, Vermittlung: Paritätischer Gesamtverband Frankfurt
- Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft und Forschung in der Klinik für Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- Hochschulgesellschaft Ottersberg für das Soziale Wirken der Kunst

© • Claus Richter Verlag • Köln

Titelbild: 'Regines Sonne'

Druck: Prima Print • Köln

ISBN: 3-924533-73-3

Inhalt

Vorwort <i>Gerd Nagel</i>	7
Einführung <i>Wolfram Henn und Harald Gruber</i>	9
1 Ausgewählte Aspekte der Forschung in der Kunsttherapie	
Ein Angelkurs für Beduinen – Gedanken zu Forschungsmethoden der Kunsttherapie aus Sicht der praktizierenden Kunsttherapeutin <i>Evelyne Golombek</i>	17
„Ich sehe was, was du nicht siehst ...“ – Wissenschaftstheoretische Implikationen der Bildanalyse von Patientenbildern <i>Harald Gruber</i>	33
Kunsttherapeutische Wirkfaktoren in der Onkologie – eine interdisziplinäre Perspektive <i>Florica Marian</i>	47
Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien unter Berücksichtigung von Wirksamkeitsstudien – Aufruf zur Besinnung auf die eigenen Quellen <i>Peter Petersen</i>	59
2 Grundlagen der Kunsttherapie im Kontext von Psychoonkologie, Salutogenese und anthroposophisch orientierter Onkologie	
Kunsttherapie und Krankheitsverarbeitung in der onkologischen Akutklinik <i>Tanja Christa Vollmer und Thomas Staroszynski</i>	71
Psychoonkologie: Aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen eines interdisziplinären Fachgebietes <i>Joachim Weis</i>	81
Anthroposophisch orientierte Onkologie <i>Wolfram Henn</i>	93
3 Forschungsprojekte	
Der kompetente Patient: Zusammenfassung einer Patientbefragung zur Kunsttherapie <i>Rhoda Born</i>	107
Malen als Heilung im Lichte von Dasein und Existenz – ein phänomenologisch orientierter Versuch der systematischen Beschreibung von Heilungsprozessen des Bewusstseins im Vollzug künstlerischen Gestaltens <i>Frank Fischer</i>	113

Effekte kunsttherapeutischer Interventionen auf die Befindlichkeit von Krebspatienten <i>Norbert Grulke u.a.</i>	129
Wirksamkeitsbeurteilung der Anthroposophischen Kunsttherapie: Einzelfallstudien eingebettet in eine prospektive Kohortenstudie <i>Harald Johan Hamre u.a.</i>	139
Das Leben der Bilder am Ende des Lebens <i>Eva Herborn</i>	157
Maltherapie mit Krebspatienten – aus Patientensicht <i>Sibylle Herren-Pelzer u.a.</i>	183
Pilotstudie zu einem mal- und gestaltungstherapeutischen Projekt in der Strahlenheilkunde <i>Karin Müller und Barbara Vogt-Fux</i>	203
4 Praxisberichte	
Kunsttherapie in der Onkologie an der Filderklinik <i>Rhoda Born und Markus Treichler</i>	217
Traumverarbeitung in der Kunsttherapie bei Krebs – Psychosomnologische Aspekte in der onkologischen Rehabilitation <i>Angelika Specht</i>	233
Autoren	243

Vorwort

Unsere vom Denken der Naturwissenschaften geprägte Medizin ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts im Umbruch. Zwangsläufig wird sie immer mehr auch Kulturwissenschaft. Darin liegen die Chancen der Kunsttherapien. Diese sind schon heute kein verzichtbares Beiwerk der Luxusmedizin mehr. Sie müssen sich jedoch durch die Definition und das Erreichen von Therapiezielen sowie durch Forschungen noch besser legitimieren. Davon handelt dieses Buch.

Zur massiven Kritik an der westlichen Medizin des 20. Jahrhunderts ist es nicht gekommen, weil sie ihre Fachkompetenz, vor allem ihre Technisierung, die Diagnostik und Therapie von Krankheiten auf ein sehr hohes Niveau gebracht, sondern weil sie sich einseitig der Perfektionierung dieser Fachkompetenz verschrieben und dabei die Pflege der Sozialkompetenz vernachlässigt hat.

Beleg dafür ist der Status der Kunsttherapien in der Medizin. Dieser Status ist in betont humanistisch ausgerichteten medizinischen Systemen, wie beispielsweise in der anthroposophischen Medizin, ein ganz anderer als in der krankheitsorientierten Schulmedizin, wo die Kunsttherapien eine eher exotische Marginalie darstellen.

Wer einmal versucht hat, eine Medizin zu praktizieren, die nicht nur den von der Medizin selbst gesetzten Qualitätsstandards, sondern auch den Vorstellungen unserer Gesellschaft entspricht, der entdeckt zwangsläufig die Notwendigkeit, die Kunsttherapien in den Kanon der medizinischen Dienstleistungen zu integrieren.

Über diese Erfahrung kann zum Beispiel die Klinik für Tumorbiologie an der Universität Freiburg berichten. Diese Klinik wurde durch Mediziner geplant, die von der typischen Hochschulmedizin geprägt waren. Entsprechend hatten die Bereiche Diagnostik, Therapie, Wissenschaft und Forschung besonders hohen Stellenwert im Konzept der Klinik. Die Kunsttherapien mit den dazu gehörigen Forschungsaufträgen tauchten im Gründungskonzept der Klinik nur als Fußnote auf.

Heute, etwas über 10 Jahre später, lässt sich feststellen, dass kein Personalbereich der Klinik für Tumorbiologie auf einen derartigen Zuwachs an Personal und Methodenvielfalt zurückblicken kann, wie die psychosoziale Abteilung zu welcher die Kunsttherapien gehören.

Diese Stärkung von Disziplinen mit besonders hoher Sozialkompetenz ist eine logische Folge der Weiterentwicklung der medizinischen Konzeptionen der Klinik für Tumorbiologie in den ersten Jahren ihres Betriebs. Entscheidend war dabei die Erarbeitung des neuen Leitbildes mit dem Titel *offene Medizin*.

Die offene Medizin gibt das Credo der fachkompetenten, krankheitszentrierten und wissenschaftlich fundierten Schulmedizin nicht auf. Aber sie erweitert es durch den Abbau ihres Defizits an Sozialkompetenz.

Sozialkompetenz des Medizinbetriebs hat in besonderem Maß zu tun mit der Kenntnis und Respektierung der Erlebnis- und Bedürfniswelt der Menschen, die sich dem Medizinbetrieb anvertrauen, in erster Linie der Patienten. Die offene Medizin definiert ihre Standards nicht nur nach den Regeln und Erfordernissen der eigenen Zunft sondern auch nach den Erwartungen der Gesellschaft an ihre Medizin.

Die Frage stellt sich natürlich, ob das Defizit der modernen Medizin an Sozialkompetenz nicht auch durch eine bessere Selektion sozialkompetenten medizinischen Personals, vor allem entsprechend qualifizierter Ärzte, abgedeckt werden kann. Die Antwort ist eindeutig, nein. Das kommunikative Elend der modernen Medizin würde dadurch zwar geringer, aber der eigentliche notwendige Wandel unserer Medizin zu einer Kulturwissenschaft würde damit nicht vollzogen.

Die Medizin wird dann sowohl naturwissenschaftlich als auch kulturwissenschaftlich geprägt sein, wenn sie die kulturellen Gegebenheiten unserer Gesellschaft, speziell die gesellschaftlichen Konzepte zu Krankheit und Gesundheit aufgreift und integriert. Der Begriff Patientenkompetenz ist eine der stärksten Metaphern dieser gesellschaftlichen Konzepte. Patientenkompetenz ist entsprechend auch ein zentrales Thema des Konzeptes der offenen Medizin.

Die offene Medizin geht im Prinzip davon aus, dass zur erfolgreichen Krankheitsbewältigung zwei Seiten zusammen wirken müssen, die kompetente Medizin und der kompetente Patient.

Oder wie es im Lateinischen heißt *medicus curat, natura sanat*, der Arzt behandelt, die Natur heilt. Natur meint dabei die Natur des Menschen, das ihm innewohnende Potential der Gesunderhaltung oder Genesung, das auch mit dem Begriff Salutogenese umschrieben wird.

Die Kunsttherapien fördern in einzigartiger Weise die Patientenkompetenz und damit die salutogenen Kräfte des Menschen zur Krankheitsbewältigung.

Es ist zu hoffen, dass die Kunsttherapien, wie überhaupt das salutogenetische Paradigma, heute, wo Gesundheitsreformen vor allem Maßnahmen zur Kostendämpfung sind, nicht Opfer der Rationalisierung werden. Ferner ist zu hoffen, dass den Kunsttherapien Zeit gelassen wird, ihre Existenzberechtigung zu belegen. Dass die dazu notwendige Evaluationsforschung überhaupt möglich ist, wurde vor noch gar nicht so langer Zeit bezweifelt, ist heute aber kein strittiges Thema mehr. Davon legt dieses Buch Zeugnis ab.

Prof. Dr. med. Gerd Nagel

Einführung

Wolfram Henn und Harald Gruber

Kunsttherapeutische Forschung ist im Vergleich zu vielen anderen Wissenschaftsbereichen eine junge Disziplin. Auch wenn bereits in der Antike die heilende Kraft der verschiedenen Künste beschrieben wurde, begannen erst Anfang des 20ten Jahrhunderts einzelne Persönlichkeiten die therapeutische Relevanz des künstlerischen Ausdrucks bei gesunden und bei kranken Menschen zu beachten.

Seit ca. 15 Jahren zeigt sich eine verstärkte Tendenz, diese heute in vielen medizinisch, rehabilitativ, psychotherapeutisch und pädagogisch arbeitenden Einrichtungen fest etablierten kunsttherapeutischen Angebote, auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. Die Motivation dazu kommt nicht zuletzt durch die Forderung der Kostenträger, einen Beweis für die Notwendigkeit und die Wirksamkeit dieser Therapieverfahren zu liefern. Andererseits sind es die verschiedenen Hochschulen, Ausbildungsinstitute, Forschungsinstitute und die Berufsverbände, die sich dieser Herausforderung im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung der Kunsttherapie stellen.

Gleichzeitig wird gerade in der Onkologie die klinische Notwendigkeit kunsttherapeutischer Angebote immer deutlicher herausgestellt. Wie beim 26. Deutschen Krebskongress 2004 in Berlin durch den Kongresspräsidenten Prof. Michael Bamberg: „Für alle Patienten stellt die Diagnose Krebs eine schwerwiegende Belastungssituation dar. Ängste, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen oder Depressionen können die Folge sein, bei deren Bewältigung die Psychoonkologie wertvolle Hilfestellung leisten kann. Kreative Verfahren wie Mal-, Tanz- und Musiktherapie haben dabei eine besonders große Bedeutung, denn sie weisen den Patientinnen und Patienten eine aktive Rolle in der Bewältigung der psychischen Folgen ihrer Erkrankung zu.“

Parallel dazu werden allerdings auch auf Seiten der Therapeuten, gegenüber wissenschaftlichen Fragestellungen, grundsätzliche Fragen, Unsicherheiten, wenn nicht gar Skepsis deutlich, die Aldridge so zusammenfasst: „Sicher ist die Diskussion manchmal nötig, aber nach meinem Dafürhalten ist jede Diskussion über Sinn und Zweck von Forschung dann völlig realitätsfremd (und damit schon fast nutzlos), wenn noch nie geforscht worden ist“ (Aldridge 1999, S. 26).

Über dieses Stadium wissenschaftlicher Arbeit sind wir in den letzten Jahren deutlich hinausgekommen, was sich unter anderem daran zeigt, dass „Kreative Verfahren (Musik- und Kunsttherapie)“, nicht zuletzt wegen der vorweisbaren wissenschaftlichen Anstrengungen, in die nationale S3 Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft zur Behandlung des Mammakarzinoms im Juni 2004 mit aufgenommen worden sind. Auch wenn vieles in wissenschaftlicher Hinsicht noch am Anfang steht, gibt es auf der einen Seite einen reichen klinischen Erfahrungsschatz, der in diesem Buch nur angedeutet werden kann und auf der anderen Seite viel versprechende wissenschaftliche Ergebnisse, die zu weiteren Schritten herausfordern.

Für den Bereich der bildnerisch-künstlerischen Therapieformen (Malerei und Plastik), auf den sich dieses Buch schwerpunktmäßig konzentriert, sind allerdings bisher noch zu wenig

spezifisch theoretische und empirische Grundlagen erarbeitet worden, um diesen Therapieformen eine gesicherte Existenz in unserem Gesundheitswesen zu verschaffen.

Das Anliegen von Kunsttherapeuten, als auch von verschiedenen Institutionen, die künstlerischen Therapieformen wissenschaftlich zu hinterfragen und zu erforschen, hat zur Gründung des nachfolgend beschriebenen interdisziplinären Forschungsverbundes geführt.

Forschungsverbund „Kunsttherapie in der Onkologie“

Aus einer Initiative an der Fachhochschule Ottersberg, das Thema „Kunsttherapie in der Onkologie“ zum Forschungsgegenstand zu machen, entstand 1998 während eines ersten internen Symposiums der Forschungsverbund durch den Zusammenschluss von 30 KunsttherapeutInnen, ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen, die wiederum 9 Projektgruppen bildeten. Die Koordination lag bei Wolfram Henn (Fachhochschule Ottersberg), die wissenschaftliche Begleitung wurde von Peter Petersen (Forschungsinstitut für Künstlerische Therapien, Hannover) durchgeführt. Die insgesamt fünf Symposien fanden einmal jährlich über drei Tage statt. Als Orte dienten die Fachhochschule Ottersberg, die Klinik für Tumorbologie an der Universität Freiburg und die Tagungsstätte Kloster Loccum. Von den Aktivitäten des Forschungsverbundes wurde verschiedentlich berichtet (z. B. Henn 2003), nach den ersten drei Symposien wurden Tagungsbände erstellt, die dem Informationsfluss an die beteiligten Personen und an weitere Interessenten dienten.

Die Rahmenbedingung „interner“ Symposien machte es möglich, dass regelmäßig aus den einzelnen Projektgruppen berichtet werden konnte und genügend Raum für ausgiebige Diskussionen gegeben war, die den Referenten eine stärkere Reflexion der vorläufigen Ergebnisse und Anregungen im Hinblick auf die weitere Arbeit gewährten. Die Hauptenergie ging zunächst in die Durchführung der Projektideen, wobei je nach beruflichem Betätigungsfeld ganz unterschiedliche Hürden bei der Verwirklichung der Projekte überwunden werden mussten, so dass sich die Projekte teilweise einer Verwandlung unterziehen mussten.

Ab dem dritten Symposium gerieten vermehrt forschungsmethodologische Fragen in den Mittelpunkt, die durch teilweise kontroverse Diskussionen sehr angeregt wurden. Als Stichworte hierzu seien genannt: Qualitative Sozialforschung, quantitative Vorgehensweisen, Methodik der Einzelfallforschung sowie narrative Verfahren im Sinne einer künstlerischen Erzählung als Umsetzung eines kunsttherapeutischen Verlaufes in eine sprachkünstlerische Therapiegeschichte. Den Beteiligten des Projektverbundes erschien ein forschungsmethodischer Pluralismus die beste Voraussetzung für eine gedeihliche Entwicklung der kunsttherapeutischen Forschungslandschaft zu sein.

In diesem Zusammenhang zeigte sich die ebenfalls positive Erfahrung, dass Vertreter verschiedener kunsttherapeutischer Richtungen in einen kritischen aber konstruktiven Dialog eintreten konnten. Letztlich führte die Öffnung der Beteiligten gegenüber Forschungsfragen dazu, Differenzen bezüglich divergierender kunsttherapeutischer Ansätze in den Hintergrund treten zu lassen. Mit Hilfe der Forschungsfragen konnte stattdessen ein bislang wenig beachtetes Feld der Kunsttherapie betreten werden. Darüber hinaus wurden im Laufe der Zeit Kontakte zu weiteren Projektgruppen geknüpft, so dass die Vernetzung der im kunsttherapeutisch-onkologischen Bereich Forschenden stetig zunahm.

Zudem erwiesen sich die für andere Disziplinen üblichen Wege der wissenschaftlichen Qualifizierung, wie beispielsweise Promotionen, die mittlerweile auch mit einer entsprechenden kunsttherapeutischen Ausbildung beschriftet werden können, als förderlich für die Professionalisierung der kunsttherapeutischen Forschung.

Das vorliegende Buch ist der Abschluss eines interdisziplinären Prozesses im Rahmen des oben skizzierten Forschungsverbundes. Es ist das gemeinsame Bestreben, Kunsttherapie in der Onkologie wissenschaftlich zu fundieren, durch Projekte in Teilbereichen nachvollziehbar zu machen und damit zur weiteren Entwicklung der Kunsttherapie beizutragen.

Thematisch gliedert sich der vorliegende Sammelband in vier Hauptkapitel: Die ersten beiden Kapitel widmen sich den grundlegenden Aspekten kunsttherapeutischer Forschung und den Bezügen der Kunsttherapie zu Psychoonkologie, Salutogenese und Anthroposophischer Medizin. In dem, mit sieben Beiträgen, umfangreichsten Kapitel 3 werden verschiedene Forschungsprojekte zur Kunsttherapie in der Onkologie dargestellt. Praxisberichte aus der kunsttherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten in Kapitel 4 runden die Auseinandersetzung mit dem Thema Kunsttherapie in der Onkologie ab.

Übersicht Buchbeiträge

Kapitel 1 umfasst vier Beiträge zu ausgewählten Aspekten der Forschung in der Kunsttherapie. Ausgehend davon, dass Forschung in der Kunsttherapie noch nicht genügend etabliert ist, wird in dem ersten Beitrag von Evelyne Golombek aus der Sicht der praktizierenden Kunsttherapeutin eine kritische Reflexion zu Forschungsfragen und Forschungsmethoden in der Kunsttherapie durchgeführt. Auf der Basis seiner Dissertation an der Universität Witten/Herdecke eröffnet Harald Gruber einen wissenschaftstheoretischen Diskurs zu der Frage der systematischen Bildanalyse von Patientenbildern. Ebenfalls ausgehend von ihrer Dissertation zu Methoden der Kunsttherapie entwirft Florica Marian einen interdisziplinären methodenübergreifenden Ansatz zu den kunsttherapeutischen Wirkfaktoren in der Onkologie. Eine Übersicht über die Forschungsmethoden und gleichzeitig ein Plädoyer für gegenstandsangemessene Forschungsmethoden, die dem künstlerischen Vorgehen in der Kunsttherapie gerecht werden, bietet der Beitrag von Peter Petersen.

Das sich anschließende Kapitel 2 beinhaltet drei Beiträge, die Grundlagen der Kunsttherapie im Kontext von Psychoonkologie, Salutogenese und anthroposophisch orientierter Medizin thematisieren. Der erste Beitrag von Tanja Vollmer und Thomas Staroszyński fokussiert den individuellen Prozess der Krankheitsverarbeitung in der onkologischen Akutklinik. Der Kunsttherapie wird dabei ein positiver Einfluss auf die Lebensqualität durch die Förderung der individuellen Krankheitsbewältigung zugesprochen. In dem folgenden Beitrag gibt Joachim Weis eine Übersicht zu dem aktuellen Stand und den Entwicklungsmöglichkeiten der Psychoonkologie unter Einbeziehung salutogenetischer Aspekte. Als Beispiel für einen ganzheitlichen komplementärmedizinischen Ansatz beschreibt Wolfram Henn die anthroposophisch orientierte Onkologie, sowohl im Hinblick auf die Sichtweise der Krebserkrankung als auch im Hinblick auf die Kunsttherapie als Bestandteil dieser Therapierichtung.

Kapitel 3 umfasst sieben Beiträge zu verschiedenen Forschungsprojekten. Die ersten beiden Artikel basieren auf Dissertationen an der Medizinischen Hochschule Hannover und an der

Universität Witten/Herdecke. Die von Rhoda Born durchgeführte Studie wertet mit qualitativen Forschungsmethoden eine Patientenbefragung zur Kunsttherapie an einer anthroposophischen Klinik aus und kommt damit zu einer Neubewertung der Triade Therapeut – Patient – Werk. Die phänomenologische Methode ist Grundlage des Beitrags von Frank Fischer. Er untersucht Bewusstseinsphänomene im künstlerischen Gestalten einer nach siebenjähriger Krebserkrankung verstorbenen Malerin. Diese Arbeit ist hervorgegangen aus der Kooperation mit der Kunsttherapeutin Margaretha Küwen, die posthum das Werk ihrer Patientin publizierte (Küwen und Borchert 2000). Norbert Grulke und Kollegen berichten von Ergebnissen einer kontrollierten Pilotstudie. Die Anwendung psychometrischer Instrumente konnte im direkten „vorher-nachher“-Vergleich der Kunsttherapiesitzungen eine Besserung auf allen erfassten Skalen zeigen. Im Rahmen eines Modellprojektes zu anthroposophischen Therapieverfahren konnten Harald Hamre und Kollegen auch Einzelfallstudien zur Kunsttherapie durchführen. In ihrem Beitrag wird eine Studie als Beispiel für einen Wirksamkeitsnachweis am Einzelfall dargestellt. Die Kunsttherapie in der letzten Lebensphase wird in dem Artikel von Eva Herborn sowohl in einer exemplarischen Therapiegeschichte als auch in Schilderungen häufig wiederkehrender Bildmotive durch das Mittel der Erzählung nachvollziehbar gemacht. Sibylle Herrlen-Pelzer und Mitautoren berichten über die Ergebnisse von retrospektiv ausgewerteten Patienteninterviews zur Kunsttherapie, zudem schildern drei malende Krebspatienten ihren persönlichen Bezug zur Malerei und Kunsttherapie. Im Zentrum des Artikels von Karin Müller und Barbara Vogt-Fux steht die Darstellung einer Pilotstudie zum Einfluss von Mal- und Gestaltungstherapie auf das Befinden und die Krankheitsverarbeitung von Patienten in einer Klinik für Strahlentherapie.

Das abschließende Kapitel 4 beinhaltet zwei Praxisberichte. Rhoda Born und Markus Treichler schildern die Anwendung der Kunsttherapie in einer anthroposophischen Klinik. In Teil A werden die Grundlagen formuliert, in Teil B wird der Therapieverlauf einer an Brustkrebs erkrankten Patientin der Klinik dargestellt. Der kunsttherapeutische Praxisbericht von Angelika Specht stammt aus der onkologischen Rehabilitation. Es wird von einer ebenfalls an Brustkrebs erkrankten Patientin berichtet, die im Rahmen der Kunsttherapie ihre zunächst sehr belastenden Träume verarbeiten kann.

In der vorliegenden Sammelpublikation konnten nicht alle für die Kunsttherapie relevanten Anwendungsgebiete der Onkologie berücksichtigt werden. So fehlt der Bereich der kunsttherapeutischen Arbeit mit an Krebs erkrankten Kindern genauso wie die Arbeit mit Angehörigen und Geschwistern der Betroffenen sowie der Bereich der Krebsprävention.

Mit der vorliegenden Publikation ist daher nicht der Anspruch verbunden, eine umfassende Darstellung der Kunsttherapie in der Onkologie vorzulegen. Genausowenig beansprucht dieses Buch in die Methoden und Vorgehensweisen der Kunsttherapie in der Onkologie einzuführen.

Ausblick

Das Faktum zunehmender Erkrankungshäufigkeit hat dazu geführt neben der intensiven Erforschung und Entwicklung neuer therapeutischer Möglichkeiten die Aufmerksamkeit stärker auf den Bereich der Prävention zu lenken. Selbst der Präsident der Deutschen Krebs-

gesellschaft, Prof. Klaus Höffken spricht von einer “erkennbaren Krebs epidemie”, die es einzudämmen gelte. Einigkeit besteht auch darin, dass zwei Drittel der Krebserkrankungen durch den westlichen Lebensstil verursacht werden (Zylka-Menhorn 2004). Die Gestaltung des Lebensstils zukünftiger Generationen ist eine gesamt kulturelle Aufgabe, die sicherlich nicht alleine durch Information und Aufklärung gemeistert werden kann.

In spezifischeren Präventionsprogrammen sollte auch das Potential künstlerischer und kunsttherapeutischer Ansätze erprobt und evaluiert werden. Dies scheint aussichtsreich, wenngleich damit, nach unserer Kenntnis, noch nicht einmal begonnen wurde.

Danksagung

Dieses Buch hätte nicht entstehen können, wenn nicht sehr viele Menschen, die jetzt nicht als Autoren beteiligt sind, im Hintergrund bei der Vorbereitung und der Durchführung der Symposien geholfen hätten, oder durch die Teilnahme an den Symposien zum Gelingen dieser Veranstaltungen beigetragen hätten. Stellvertretend soll hier Frau Carmen Meuser genannt werden.

Ganz herzlich bedanken möchten wir uns auch bei den Autorinnen und Autoren der verschiedenen Beiträge in diesem Buch, die mit viel zusätzlichem Arbeitsaufwand ihre Beiträge erstellt haben. Mike Müller und Winfried Becker sei herzlich für die Unterstützung bei der Erstellung einiger Abbildungen in diesem Buch gedankt.

Großer Dank gebührt Prof. Dr. Peter Petersen der als Mitveranstalter für die wissenschaftliche Begleitung der Symposien zuständig war.

Besonderer Dank gebührt für die ideelle und finanzielle Unterstützung zur Durchführung der Symposien der Fachhochschule für Kunsttherapie und Kunst in Ottersberg, der Mahle-Stiftung in Stuttgart und der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg.

Ganz besonderen Dank für den Druckkostenzuschuss zu diesem Buch möchten wir der Lotterie Glücksspirale (Vermittlung: Paritätischer Gesamtverband Frankfurt), der Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft und Forschung in der Klinik für Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sowie der Hochschulgesellschaft Ottersberg für das Soziale Wirken der Kunst mit ihrem Geschäftsführer Herrn Albrecht Lampe aussprechen.

Schließlich möchten wir uns bei dem Verleger, Herrn Claus Richter, für die gute Kooperation bei der Erstellung dieser Publikation herzlich bedanken.

Literatur

- Aldridge D (1999). Musiktherapie in der Medizin. Bern: Huber.
- Henn W (2003). Forschungsverbund „Kunsttherapie in der Onkologie“ – Ein Projektbericht. Kunst und Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien, 1, S. 42-44.
- Küwen M, Borchert E (2000). Heilendes Malen. Ein kunsttherapeutischer Weg. Bremen: Donat.
- Zylka-Menhorn V (2004). Deutscher Krebskongress 2004. Verantwortung übernehmen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 10, 5. 3. 2004, S. 624-625.

1 Ausgewählte Aspekte der Forschung in der Kunsttherapie

Ein Angelkurs für Beduinen - Gedanken zu Forschungsmethoden der Kunsttherapie aus Sicht der praktizierenden Kunsttherapeutin*

Evelyne Golombek

Zusammenfassung

Kunsttherapeuten und deren Verhältnis zu wissenschaftlicher Erforschung der Kunsttherapie birgt so viele Widersprüche wie ein Angelkurs für Beduinen. Anhand von fünf Fragen werden die Grundvoraussetzungen einer Forschung der Kunsttherapie entwickelt. Heute müssen die Grundsteine gelegt werden, damit morgen Forschung selbstverständlich zur Professionalität der Kunsttherapeuten gehört.

Zunächst wird allgemein die Klärung des Erkenntnisinteresses am Forschungsgegenstand in den Mittelpunkt gerückt, um zu einer selbstbewussten Bestimmung der eigene Position zu gelangen.

Dann wird die Notwendigkeit einer präzisen Bestimmung von Forschungsfrage und Forschungsfeld als Voraussetzung zur richtigen Wahl von Methode und Vorgehen aufgezeigt.

Im Anschluss wird die Forderung nach einer wissenschaftlichen Begriffsbildung, ihrer Konstanz und eindeutigen Kommunizierbarkeit im Widerspruch zur künstlerischen Welt der Mehrdeutigkeit und Kontextabhängigkeit diskutiert.

Dies mündet in dem Gebot einer möglichst umfassenden Forschungsplanung, um z.B. den Abbruch von Forschungsvorhaben zu verhindern.

Zum Abschluss wird nach prozessorientierten kunsttherapeutischen Forschungsmethoden gefragt, die ihrerseits in Zukunft die Forschungslandschaft bereichern könnten.

Einführung

Als ich gefragt worden bin, ob ich im Rahmen des Symposions „Kunsttherapie in der Onkologie“ einen Beitrag über Forschungsmethoden in der Kunsttherapie geben möchte, habe ich noch nicht geahnt, wie komplex und gleichzeitig diffus das gesamte Feld der qualitativen Forschung und ihrer Methoden ist.

Während der Vorbereitung fühlte ich mich blockiert, wie zwischen den Stühlen sitzend. Eigentlich gab es dafür noch keine Worte, es war eher so ein Grundgefühl, das mich umge-

* Nach einem Vortrag auf dem 3. Internen Forschungssymposion „Kunsttherapie in der Onkologie“ in der Fachhochschule Ottersberg, September 2000.

trieben hat. Am besten lässt es sich vielleicht so beschreiben, dass auf der einen Seite ein Teil in mir war, der sagte: „Selbstverständlich müssen wir forschen, selbstverständlich müssen wir wissenschaftlich arbeiten. Das braucht die Kunsttherapie dringend für die therapeutische Praxis, für die Lehre und für das Wirken in der Öffentlichkeit. Wir müssen wissen, was wir tun und das auch offensiv darstellen und vertreten können. Und wenn schon Forschung und wenn schon Wissenschaft, dann auch bitte professionell!“

Diese Seite gab es und eine andere Seite, die diese Spannung, dieses Hin- und Hergezerrt-Sein, ausgelöst hat: „Um Gottes Willen, worauf lässt du dich da ein. Bloß nicht forschen, bloß nicht wissenschaftlich arbeiten! Du stellst dich zu denjenigen, die die Kunst, die Wirklichkeit des künstlerischen Prozesses, verraten. Du lässt dich eventuell auf Wege ein, die das, was du als das Wesentliche erfassen möchtest, dasjenige, was die kunsttherapeutische Wirklichkeit ausmacht, durch die Art und Weise der Erforschung vertreiben.“ Oder, um mit einem Wort von Peter Petersen zu sprechen: du machst dich zum Totengräber dessen, was dir eigentlich am Herzen liegt (Petersen 1999, S. 14).

In dieser recht dramatischen Spannung hatte ich mich befunden und dachte, aus diesem Dilemma hilft dir nur noch der Humor heraus. Und aus so einem Galgenhumor ist dann auch der Titel dieses Beitrags „Ein Angelkurs für Beduinen“ entstanden. Zunächst eher im Sinne von: Wozu, um alles in der Welt, brauchen Beduinen, die in der Wüste leben, einen Angelkurs? Also bitte, wozu brauchen wir Kunsttherapeuten überhaupt Forschung? Später - in der konkreten Ausarbeitung des Vortrags wurde dieser provozierende Titel zu einer großen Herausforderung, bot mir allerdings gleichzeitig unerwartete Hilfe, um das Feld der kunsttherapeutischen Forschung zu strukturieren und in den Griff zu bekommen.

Trotzdem blieb auch die oben geschilderte Spannung als Blockade bestehen. Vorab möchte ich drei Aspekte dieser Blockade schildern, denn wenn wir sie nicht bewusst anschauen und als Herausforderung annehmen, werden sie auch in Zukunft die Forschungstätigkeit von Kunsttherapeuten erschweren oder verhindern.

Blockade I: Allianz von Kunsttherapie und Medizin

Ein erster Aspekt dieser Blockade hängt damit zusammen, dass wir Kunsttherapeuten - und ich spreche vor allem als anthroposophische Kunsttherapeutin - uns einen „großen Bruder“ gesucht haben. Wir haben uns fast ausschliesslich mit der Medizin, wir haben uns mit den Ärzten zusammengetan. Das begründet sich zum einen darin, dass Kunsttherapie Teil der Heilkunde ist. Dann hat es eine historische Begründung und nicht zuletzt einen berufspolitischen Zweck, nämlich um in unserem Gesundheitssystem unsere Arbeit auch bezahlt zu bekommen. Und das geht nur über den Arzt.

Vorteil des „großen Bruders“ ist der Schutz, den diese Berufsgruppe im Gesundheitssystem einer kleinen und wenig anerkannten Therapiemethode, wie der Kunsttherapie, bieten kann. Aber so ein „großer Bruder“ hat auch seine Nachteile, die u.a. darin bestehen, dass er im Bewusstsein seiner Herrschaftsposition von oben herab nachfragt: „Ja, was tut ihr denn da überhaupt? Ist das überhaupt wirksam? Wenn wir das verordnen sollen und es bezahlt werden soll, dann weist uns zunächst erst einmal nach, dass das, was ihr tut, auch tatsächlich heilt. Und zwar so, dass es für uns einsichtig ist.“ Wir kommen durch die Wahlverwandtschaft mit der Ärzteschaft schnell in eine Rechtfertigungsposition und -haltung. Teilweise geraten wir gegenüber unseren ärztlichen Kollegen unter harten Legitimationsdruck. Wir wollen zeigen, dass das, was wir kunsttherapeutisch tun, auch medizinisch handfest beweisbar ist.

Gleichzeitig machen viele Kunsttherapeuten die Erfahrung, dass gerade von den eigenen, d.h. anthroposophischen, Ärzten Kunsttherapie kaum verordnet wird. D.h. einerseits besteht ein hoher Begründungsanspruch und andererseits lässt die Wertschätzung und Unterstützung der Kunsttherapie, als Bestandteil der eigenen Medizin, sehr zu wünschen übrig. Hier bricht häufig - nach langer Bemühung der Kunsttherapeuten - die Kommunikation ab.

Blockade II: Bequemlichkeit, Unwissenheit und Daseinskampf

Zum Zweiten zeigt sich das Blockiert-Sein der Kunsttherapeuten bereits an einer mangelnden Präsenz in der Forschungslandschaft. Gründe hierfür manifestieren sich meiner Meinung nach auf drei Ebenen: Bequemlichkeit, Unwissenheit und Daseinskampf.

Ein Aspekt, den Prof. Peter Petersen in seinen Vorträgen immer wieder mahnend anspricht, ist die Bequemlichkeit der Kunsttherapeuten. Es soll erwähnt sein, obwohl man sich natürlich als vollbeschäftigter Kunsttherapeut ziemlich „gezupft“ fühlt (Petersen 1998, S. 28).

Als gewichtiger möchte ich dazu stellen, dass Unwissenheit bzw. eine mangelnde Ausbildung dazugehören. Denn wenn wir in unsere Kunsttherapie-Ausbildungen schauen, an welcher Stelle haben wir etwas über Empirie, über Statistik, über Erkenntnis- oder Wissenschaftstheorie, wo haben wir etwas über die Geschichte der Kunsttherapie, geschweige denn die Geschichte der Forschung gehört? Der Kunsttherapeut ist, einmal grob gesprochen, auf diesem Feld ungebildet.

Wenn ich die Kolleginnen und Kollegen anschau, die in freier Praxis, aber zunehmend auch in Kliniken, kunsttherapeutisch arbeiten, kommt blockierend ein ziemlich harter Daseinskampf hinzu. Es ist zwar ermutigend und macht hoffnungsvoll, von einigen Kollegen zu hören, dass viele Patienten zu ihnen kommen, dass die Krankenkassen zahlen, dass die Ärzte verordnen, aber für die meisten Kollegen ist gerade dies keine Grunderfahrung. Viele Kollegen leben mit einem Existenzminimum oder können sich allein durch die finanzielle Unterstützung ihres Lebenspartners halten. Und der Daseinskampf ist nicht nur ein finanzieller. Kunsttherapeuten haben überall darum zu kämpfen, überhaupt gesehen, gehört und anerkannt zu werden. Ich denke, dass dieser Daseinskampf - wenn man die Maslowsche Bedürfnispyramide ernst nimmt – seinen Tribut fordert. Der Mensch muss zunächst einmal seine Existenz sichern, wirtschaftlich, aber auch im seelisch-geistigen Bereich, um sich dann weiteren Kulturleistungen - wie z.B. der Forschung - zuwenden zu können (Hampden-Turner 1982, S. 118).

Blockade III: Identifikation statt Distanz als geübte Berufshaltung

Ein dritter Aspekt der Blockade, wissenschaftlich forschend tätig zu sein, kennen jedenfalls all diejenigen gut, die künstlerisch und kunsttherapeutisch arbeiten. Der kunsttherapeutische Alltag und künstlerische Arbeit fördern per se nicht das forschende Verhalten. Im Gegenteil arbeiten wir eigentlich - wenn wir gut arbeiten - aus einer Sphäre heraus, in der wir möglichst darauf achten, ganz einzutauchen. Wo wir mit unseren Empfindungen und Gefühlen ganz identisch werden, um uns mit dem Gestaltungsvorgang zu verbinden. Und das bedeutet, dass wir uns im Prinzip jedesmal wieder mühsam herauslösen müssen, um den Prozess begrifflich fassen und beschreiben zu können. Diese Bewegung ist nicht einfach und ohne Übung zu vollführen, wenn sie auch für jeden Reflexionsvorgang notwendig und gewünscht ist.

Wir sind mit dem, was wir in unserer professionellen Arbeit tun, in besonderer Weise als Persönlichkeit, als Individualität verbunden. Wir nehmen in der Regel nicht irgend eine

Methode, die mit so einem kleinen © festgelegt und geschützt ist, wenden sie einfach an. Sondern wir *sind* im Prinzip die Methode. Wenn wir folglich erforscht werden oder uns selber erforschen, dann sind wir gleichzeitig unmittelbar selbst als Person, als „Forschungsgegenstand“ beteiligt. Das kann wiederum zu Widerstand führen.

Dies als Schlaglicht auf die - oft unausgesprochenen und versteckten - Schwierigkeiten und Hindernisse, mit denen wir es auf dem Feld der Forschung oder Wissenschaft in der Kunsttherapie zu tun haben. Neben der Neugier und dem Wissensdrang braucht die Forschungstätigkeit als Grundvoraussetzung professionelles Selbstbewusstsein, solides wissenschaftliches Grundwissen, wirtschaftliche und geistig-seelische Überschusskräfte und den Mut, angemessene Methoden zu entwickeln und zu vertreten.

Auch in Bezug auf diese Blockaden bietet mein Bild der Beduinen einen eher hoffnungsvollen Ausblick. Falls sich die Beduinen an die Entwicklung der Industriestaaten anschließen möchten, bleibt diesen Menschen nur übrig, dafür zu sorgen, dass die nächste Generation die besten Bedingungen dafür bekommen wird. Denn sie selbst sind im täglichen Überlebenskampf mit den Bedingungen der Wüste gefordert, erleben sich in ihren Traditionen verhaftet und ihnen fehlen entsprechende Fähigkeiten. Folglich werden die Beduinen ihre Söhne und Töchter in die Welt hinausschicken, damit sie studieren und die Welt kennenlernen können, damit sie das, was die Väter und Urväter nicht konnten, lernen können. Vielleicht würden sie auf diese Weise auch einen Angelkurs besuchen. Die Altväter, die zurückbleiben, entzünden in ihren Kindern Visionen, die zeigen, was aus einem - heute noch unbedeutenden - Beduinenstaat einmal werden könnte. Visionen einer eigenen Identität, damit die jungen Menschen den Weg, mit all dem, was sie gelernt haben, zurückfinden.

Für uns Kunsttherapeuten heißt das übersetzt, dass wir heute dafür sorgen müssen, dass in unseren Ausbildungsstätten in Zukunft die nötigen Grundkenntnisse vermittelt werden, um wissenschaftlich arbeiten und forschen zu können. Wir müssen mit unserer Arbeit heute dafür sorgen, dass bessere Bedingungen für eine Forschung in der Kunsttherapie geschaffen werden, gerade wenn wir selbst noch nicht professionell forschen können. Wir „alten Hasen“ haben die Aufgabe, aus der Praxis mit den Patienten glühende Visionen zu vermitteln, um die jungen Kollegen zu motivieren, auch wissenschaftlich tätig werden zu wollen. Wir müssen Geldgeber und Förderer gewinnen.

Jetzt zum eigentlichen „Angelkurs für Beduinen“.

Ich möchte Ihnen gerne einen Überblick - im Sinne eines Ideenbogens - für das Fischen von Erkenntnissen darstellen. Dieser Überblick wird einen eher einführenden Charakter haben, denn es ist für Wüstenbewohner etwas sehr Fremdes, sich mit dem lebendigen Element des Wassers auseinanderzusetzen. Von daher ist dieser Teil eher einfach gehalten, er wird anregen, Fragen zu stellen, aber keine Antworten geben.

Beginnen möchte ich damit, dass jeder, der fischen möchte und das nicht nur in seinem eigenen Aquarium oder Privatteich, sich auseinandersetzen muss mit den Besitzverhältnissen und Interessen des Gewässer- und Fischereiwesens. In welche Welt der Märkte kommt er hinein? Wer hat mit der Verteilung der Fische und der Verwaltung der Gewässer zu tun?

Wer hat Interesse an einer kunsttherapeutischen Forschung?

Über die Fischerei-Rechte

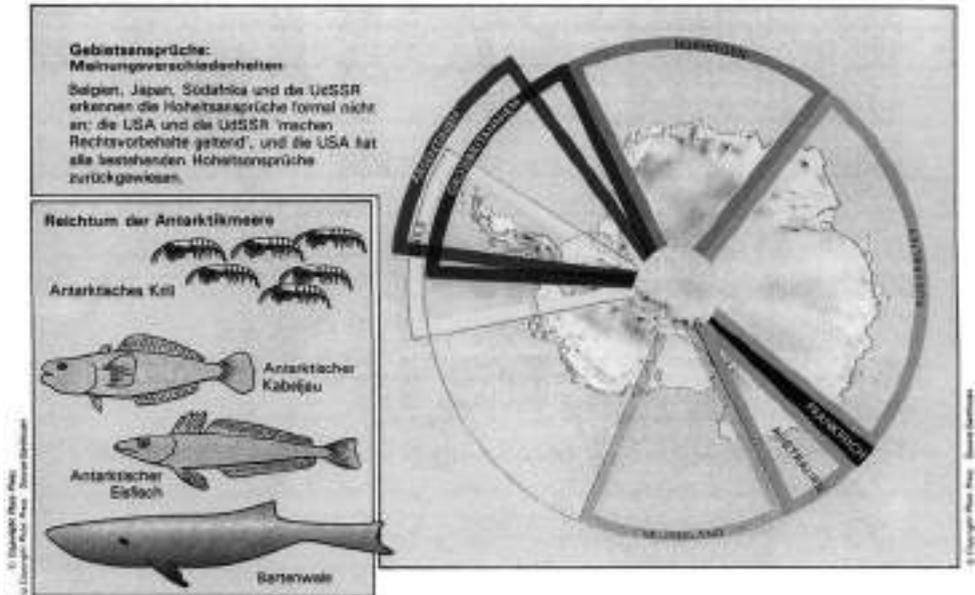


Abb. 1

Ich möchte gerne - in diesem ersten Teil meines „Angelkurses für Beduine“ - über die Fischereirechte sprechen. Für Kunsttherapeuten übersetzt, handelt es sich um die Frage: Wer hat ein Interesse an kunsttherapeutischer Forschung?

Wenn ich beginnen möchte, zu forschen - wenn ich angeln möchte - , dann besteht für mich die Frage, welchen Auftraggeber habe ich? Zu bedenken ist sowohl, welchen inneren, verborgenen Auftraggeber habe ich selbst, als aber auch natürlich, für welchen äußeren Auftraggeber angele oder forsche ich.

Für die eigene Standortbestimmung und das Abschätzen der Konsequenzen ist die Bearbeitung der Frage wichtig: Wer nimmt mir meine Fische ab - für wen forsche ich eigentlich? Für welchen Bereich (Kunsttherapie, Medizin, Methodenlehre etc.), mit welchem Interesse, aus welchen Motiven heraus forsche ich? Die klare und saubere Beantwortung schon dieser ersten Fragen bestimmt den gesamten folgenden Arbeitsprozess.

Die bewusste Klärung meines *Erkenntnisinteresses* bestimmt alle weiteren Schritte. Das Forschungsvorhaben bekommt ein anderes Gepräge, ob ich etwas beschreiben möchte, eine

Tatsache erfassen und in ihrer Eigenart bestimmen möchte, d.h. phänomenal herangehen will, oder ob ich etwas kausal erfassen will, d.h. ob ich Ursache und Wirkung untersuchen möchte. Oder besteht mein Interesse darin, aktional zu forschen, d.h. möchte ich für die Praktiker methodische Wege finden oder evaluieren. Hier muss sich der Forscher Rechenschaft ablegen, ob er z.B. „Rechtfertigungsforschung“ (gegenüber Krankenkassen, Arbeitgebern, Politikern), Grundlagenforschung für den eigenen Bereich oder die Formulierung allgemeiner Werte anstrebt. Wer naiv beginnt, sich in die abgesteckte Welt der Wissenschaft vorzuwagen, sollte sich in seiner Vorbereitung mit diesem Feld vertraut machen, um nicht bald bitter auf die Nase zu fallen. Darauf macht die Abb. 1 humorvoll aufmerksam: Wie ist eigentlich die wissenschaftliche Welt aufgeteilt? Wer darf wo, mit welchen Rechten, nach Erkenntnissen fischen?

Prof. Peter Petersen hat darauf hingewiesen, wie in der psychotherapeutischen und medizinischen Forschung heute die Interessen und Herrschaftsbereiche so abgesteckt sind, dass man sich mit der Frage auseinandersetzen muss: Wird das, was wir tun, eigentlich noch zur Wissenschaft dazugerechnet oder wird es als unwissenschaftlich abqualifiziert? Was sind anerkannte Methoden und Denkweisen und was gehört in der herrschenden Wissenschaftsmeinung eigentlich gar nicht mehr dazu? Wie stellen wir uns zu dieser Tatsache? (Petersen 1998, S. 198)

Wenn man daran denkt, wie früher die Teiche, Flüsse und Seen Eigentum der Klöster und Adligen waren und man sich sehr genau überlegen musste, ob man da angeln durfte, so muss man sich heute fragen, wer eigentlich die Macht hat, darüber zu bestimmen, ob man in dem grossen Teich der Erkenntnis, in dem großen Teich der Heilkunde, angeln darf oder nicht. Sich über diese machtpolitische Ordnung Gedanken zu machen, ist anzuraten, um auch die eigene Position selbstbewusster bestimmen zu können, indem man seine „Gegner“ kennt und besser einschätzen kann.

Wie strukturiert sich der Forschungsgegenstand „Kunsttherapie“?

Fischarten und ihre Gewässer

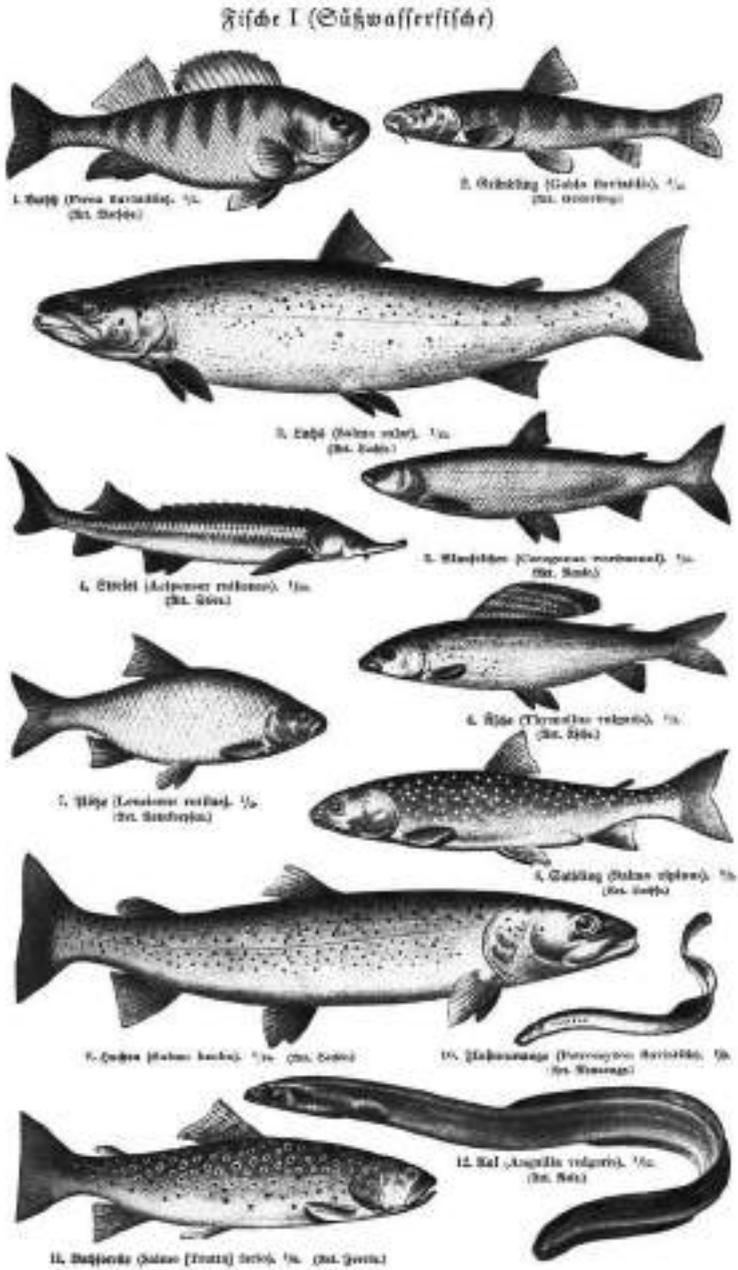


Abb. 2

Der nächste Bereich, der für einen Angelkurs wichtig wird, ist die Klärung der Frage: Welche Fische möchte ich eigentlich fangen? Welche Fischart interessiert mich? Um im Anschluss daran die Frage zu klären: Wo finde ich diese Fische? In welchem Gewässer lebt der Fisch, den ich suche? Also, habe ich es auf die langen Aale abgesehen, auf die Heringschwärme oder suche ich den Tiefseefisch?

Auf unsere kunsttherapeutische Welt übertragen bedeutet das: Was ist eigentlich mein *Forschungsgegenstand*? Was ist die eigentliche Fragestellung, der ich nachgehen will? Was genau möchte ich überhaupt erforschen? Und wo finde ich die *Forschungsfelder*, die mir über meine Fragen Auskunft geben?

Das klingt so selbstverständlich. Aber ich habe einige Erfahrungen mit geplanten Forschungsprojekten aus der kunsttherapeutischen Praxis, die scheiterten, da sich die Forscherinnen letztlich nicht über eine gemeinsame Fragestellung einigen konnten. Sie konnten nicht klären: in welchem Gewässer wollen wir eigentlich fischen? In welchem Bereich wollen wir mit welcher leitenden Frage eigentlich hineinforschen? Welche gemeinsame Frage bewegt uns eigentlich am fokussierten Problem?

Die eine wollte zunächst ganz grundsätzlich fragen, eine andere hatte bereits einen Fragebogen für Patienten und Therapeuten und wollte gerne damit weiterarbeiten. Offen blieb, ob die Ausgangsfrage mit dem vorliegenden Fragebogen überhaupt erfasst werden könnte. Oder - wieder in der Sprache des Angelkurses - sitzt am Ende die eine vor ihrem Eisloch, aber es leben dort gar nicht die Fische, die sie sucht. Und die andere sucht einen bestimmten Fisch, aber ist orientierungslos, wo sie ihn finden und fangen kann.

Hier wird deutlich, wie wichtig die Klärung des Forschungsgegenstandes ist. Daraus bestimmt sich, wieviel Zeit braucht eine präzise Formulierung, wie kann für Hilfe und Sachverstand von aussen gesorgt werden, um in einer soliden Weise einzugrenzen, was wir erforschen wollen. Ebenso ist wichtig zu klären, was es schon an Vorarbeiten gibt und welche Möglichkeiten unser kunsttherapeutisches Feld bietet, um effektiv wissenschaftlich arbeiten zu können. In welchen Bereich gehen wir hinein? Gehen wir in die Diagnosestellung oder in die Phasen des Verlaufs? Konzentrieren wir uns auf die Evaluierungsphase? Müssen wir den Patienten oder den Therapeuten oder gar beide befragen? Befragen wir die Institution?

Sie merken, wie wir aus dem weiten Rahmen des Interesses, des Motivs, näher an unsere eigene Fragestellung heran kommen. Und ich hoffe, es ist deutlich geworden, wieviel Zeit, Energie und wissenschaftliche Vorarbeit notwendig ist, um den Forschungsgegenstand in sachgemäßer Weise fassen zu können.

Wenn eindeutig geklärt ist, welche Fische ich fangen möchte und ebenfalls deutlich ist, in welchem Gewässer ich den Fisch finden werde, d.h. ob ich ans Meer, an den Fluss oder zum Eisloch gehe, ist damit eine Grundvoraussetzung geschaffen, um zu bestimmen, welche Angelrüstung ich brauche - sprich welche Methode ich anwenden muss. Ein Hochseefischer braucht etwas anderes als ein Eislochangler.

Bevor wir uns allerdings der Angelrüstung - oder den Forschungsmethoden - zuwenden, muss sich der Beduine noch eine weitere Frage erarbeiten: Was ist überhaupt ein Fisch? Was macht einen Fisch zu einem Fisch? Nicht dass ich nachher angle und statt eines Fisches eine Schlange oder einen Otter an der Leine habe und es nicht erkenne. Das heißt wieder für forschende Kunsttherapeuten übersetzt: Was macht eigentlich meine kunsttherapeutische Alltagsfrage zu einer *wissenschaftlichen Fragestellung*? Durch was wird etwas Staunenswertes oder Widersprüchliches so umgebildet, dass es zu einer wissenschaftlichen Frage wird?

Wie wird die kunsttherapeutische Alltagsfrage zur Wissenschaft?

Die Anatomie des Fisches

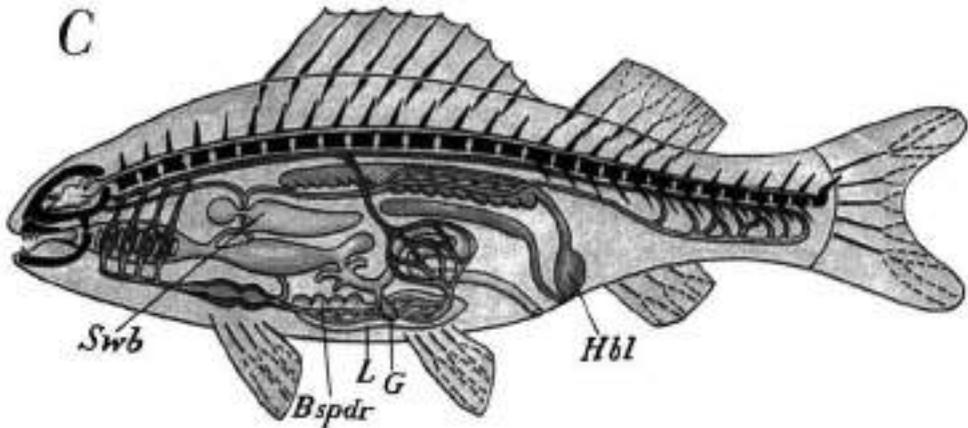


Abb. 3

Der Beduine, der die Frage beantworten will, was den Fisch zum Fisch macht, muss sich der Anatomie des Fisches zuwenden. Der Kunsttherapeut muss sich die Frage beantworten: Wie komme ich von einer kunsttherapeutischen Alltagsfrage zur Wissenschaft? Denn wenn ich eine vernünftige Angelausrüstung kaufen möchte, dann muss ich vorab wissen: Wie ist das Fischmaul geformt, so dass der Angelhaken da hineinpasst? Oder habe ich gar einen Fisch, den ich eher am Schwanz packen muss oder einen, den ich eher harpunieren müsste?

Ich möchte das gerne anhand von zwei Feldern, der *wissenschaftlichen Begriffsbildung* und der *Forschungsplanung*, genauer betrachten: Forschung beginnt bereits mit der Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns. Damit fängt die wissenschaftliche Arbeit an. Nachdem wir etwas getan und erlebt haben, ziehen wir uns zurück und sinnieren darüber nach. Diese Reflexion kann in einem eher privaten Rahmen geschehen, d.h. in inneren, sehr eigenen Worten und Bildern, es kann zu eigenen Gesten oder Symbolen führen. Dieses erste Reflektieren, Benennen und Festhalten bringt eine anfängliche Ordnung in das „Chaos“ der Erlebnissphäre, Gedanken werden gebildet und in Zusammenhang gebracht.

Weitergehend wollen wir das, was wir reflektiert haben, mitteilen, wir wollen es kommunizieren und beforschen. Damit ist ein weiterer Schritt des begrifflichen Fassens notwendig. Begriffe, die in Wissenschaft und Forschung benutzt werden, müssen dem Anspruch genügen, präzise und konstant zu sein. Begriffe dürfen nicht einmal dies und einmal das bedeuten, sie dürfen sich nicht je nach Situation ständig wandeln.

Jürgen Friedrichs schreibt hierzu: „Das Verständnis der Schilderung ist vollständig, wenn Beschreibender und Zuhörender Aussagen in gleicher Weise konstruieren, die Inhalte mit den

gleichen Begriffen verbinden und die Sprache in gleichen Handlungszusammenhängen benutzen“ (Friedrichs 1980, S. 73). Also, der Fisch ist eben nur dann ein Fisch und kein Otter, wenn er Kiemen hat, Flossen, Luftblase usw. Es besteht der Anspruch, dass wir Kunsttherapeuten das, was wir tun, begrifflich so fassen, dass es eindeutig kommunizierbar, festzulegen und zu beforschen ist. Das ist ein großer Arbeitsauftrag, ein Thema für die Grundlagenarbeit der Kunsttherapie. Kunsttherapeuten haben zwar das Bedürfnis nach einer klareren, eindeutigen Ausdrucksweise, denn sie haben alle Erfahrungen damit gemacht, wie z.B. Falldarstellungen unverständlich bleiben oder kontrovers verstanden werden. Jedoch sind wir uns überbewusst, dass wir uns in eine sehr heikle Zone begeben. Denn im Künstlerischen arbeiten wir mit Bildern, wir bewegen uns in seelischen Bereichen, die eben gerade nicht präzise festgenagelt werden können. Wir gestalten mit Elementen, die etwas Schillerndes, etwas Wandelndes haben und haben müssen, sodass sich je nach Zusammenhang alles verändern kann. Ein Blau zwischen Rot, Gelb und Grün wirkt anders, als zwischen Braun, Schwarz und Weiss. Das Blau, das vielleicht einmal eindeutig war, ist an einer anderen Stelle nicht mehr eindeutig. Davon lebt unsere Arbeit, davon lebt unser Prozess, davon leben unsere Interventionen. Die Spannung zwischen der erforderlichen begrifflichen Bestimmung und der Sorge, sinnliche Qualitäten „totzuschlagen“ wird hier greifbar. Zum Beispiel ist der Plastiker gut in der Lage, Zuschauern eine sehr erlebnisnahe Geste über die Qualität einer Oberfläche zu übermitteln. Größere Schwierigkeiten bekommt er bereits, wenn er das, was in der Geste eingefangen ist, nur mit Worten beschreiben soll. Er kann z.B. sein privates, dialekt-geprägtes, gemüthafes Wort „Knubbel“ benutzen. Aber mit diesem Begriff zu forschen, ist sicherlich nicht möglich, und es von dort weiter zu präzisieren wird sehr schwierig. Der Maler hat zwar Namen, z.B. „Blau“, aber die Farbe tritt in vielen Qualitäten auf. Beim Musiker erscheint es mir fast am einfachsten, er hat ein unumstößliches „Fis“. Aber sicher wird Ihnen jeder Musiker, jeder Musiktherapeut sagen, es käme auf die Klangfarbe und den Anschlag an, ein „Fis“ ist nicht ein „Fis“. Trotzdem ist es auffällig, dass die Musiktherapeuten oft die fleißigsten Forscher sind. Spielt da doch die Nähe der Musik zur Mathematik eine Rolle?

Es geht also um die Notwendigkeit, unsere Begriffe präziser zu formulieren ohne unsere künstlerischen Grundlagen zu verraten. Es geht um die Fähigkeit, Variablen und Items so zu isolieren und zu fassen, dass sie für das Bedeutungsfeld noch aussagekräftig sein können.

Das zweite Gebiet, das ich gerne ansprechen möchte, ist die Frage unserer Forschungsplanung. Die Kunsttherapeuten befinden sich, glaube ich, in guter Gesellschaft, wenn man auf das achtet, was Friedrichs sagt: „Der Mangel vieler empirischer Untersuchungen liegt in der unzureichenden Klärung der einzelnen Schritte *vor* der eigentlichen empirischen Untersuchung“ (Friedrichs 1980, S. 119).

Wieviel Raum, wieviel Zeit, wieviel Energie und vielleicht auch wieviel Finanzen widmen wir der Phase, in der die eigentliche Forschungsarbeit vorbereitet wird?

Ein *Untersuchungsplan* sollte drei Kriterien erfüllen:

1. Die methodischen Wege, die man gehen will, sollten dem Problem angemessen sein. Damit stehen wir im Zentrum der Fragestellung des Beitrags: Wie finden wir die, für unseren kunsttherapeutischen Forschungsgegenstand, *angemessene Forschungsmethode*?
2. Die Methode sollte dem *Verwendungszweck* entsprechen. Wofür möchte man die Methode verwenden, was möchte man damit machen?

Diese Frage ist als Rahmen und Richtung für das jeweilige Forschungsvorhaben gedacht

im Sinne von: Wofür wollen wir unsere angepeilten Forschungsergebnisse verwenden? Wollen wir etwas begründen, wollen wir etwas rechtfertigen, wollen wir den Krankenkassen etwas mitteilen, haben wir vor, eine Publikation zu machen, haben wir vor, für die Patienten etwas zu tun? Wieder ist hier die Klärung des eigenen Standpunktes gemeint, indem schon in der Planung der Untersuchung, Ziel und Endpunkt beschrieben werden. Dies widerspricht grundsätzlich nicht der Haltung, gerade in der Grundlagenforschung Freiheit zu fordern, um untersuchen zu können, was und wie wir unsere spezielle therapeutische Arbeit tun und wie die Erfahrungen und Tatsachen im Einzelnen zusammenhängen.

3. Wir müssen uns ein Bewusstsein darüber verschaffen, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, wieviel Zeit und welche finanziellen Mittel wir für unser Vorhaben brauchen. Brauchen wir Mitarbeiter? Wenn ja, welche Qualifikation müssen diese Mitarbeiter haben? In welcher Weise müssen wir die Mitarbeiter schulen? Wenn ich auf diese Anforderungen schaue, wird ziemlich schnell deutlich, dass wir nicht nur einen Angelkurs brauchen, sondern z.B. ein Praktikum, in dem wir erfahren, wie es eigentlich die anderen Forscher machen, welche Erfahrungen dort schon vorliegen. Dies erscheint mir notwendig, damit unsere oft enthusiastisch begonnen Projekte nicht versanden, wir nicht zu schnell frustriert sind, sondern mit dem Bogen rechnen können, der an Zeit und Energie notwendig ist.

Das war jetzt der Blick auf die Frage: Wie machen wir das, was wir bereits tun, zu einer wissenschaftlichen Arbeitsweise und zwar zu einer Wissenschaft, die für unseren Bereich angemessen ist? Ich bin der Überzeugung, dass sich diesen methodischen Fragen gerade unsere Ausbildungsstätten besonders zuwenden müssten.

Für welches Forschungsinteresse, welchen Forschungsgegenstand und welche Art der Fragen passt welche Forschungsmethode?

Die richtige Angelausrüstung

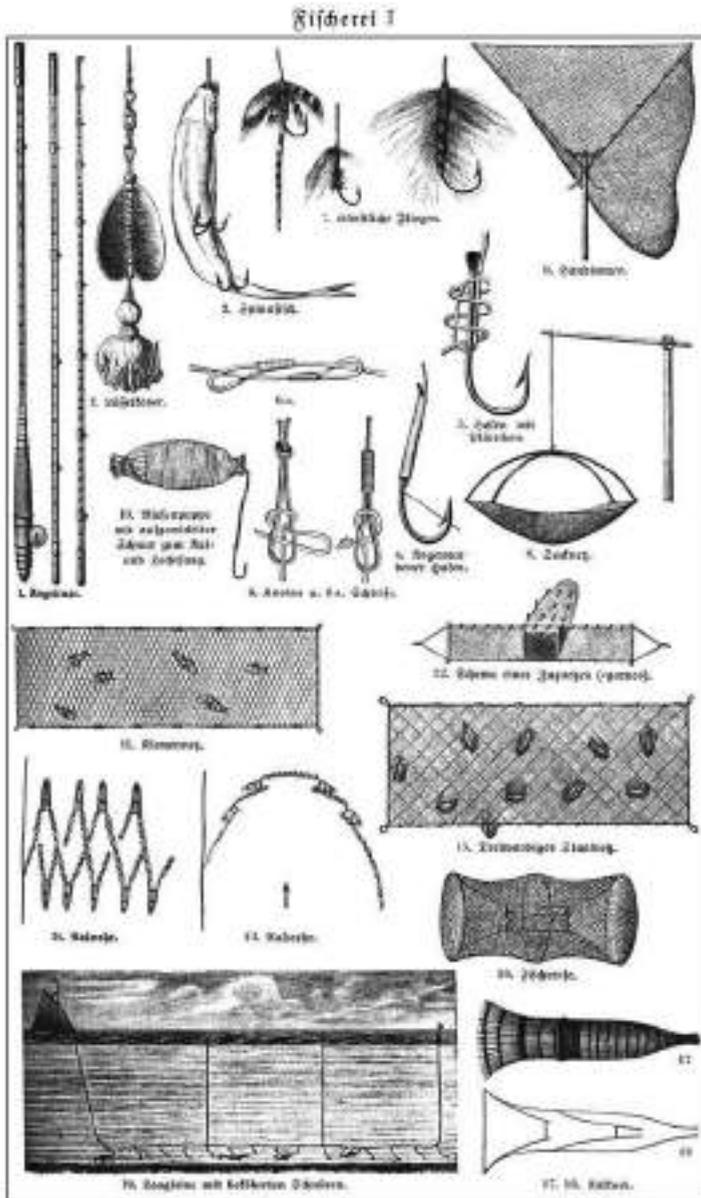


Abb. 4

Jetzt kommen wir zum Kern der Sache. Denn nachdem die Beduinen so viele Kursschritte durchlaufen haben - von den ganz äußeren zu den inneren Fragen - möchten sie natürlich endlich angeln gehen. Sie gehen in ein Geschäft und wollen sich ihre Angelausrüstung kaufen. Dafür brauchen sie den Experten, der Ratschläge gibt, was man wählen sollte. Das ist wiederum davon abhängig, welche Fische man fangen will. Es ist aber auch abhängig davon, wie der Geldbeutel aussieht. Was kann man sich überhaupt für eine Angelausrüstung leisten? Manchmal ist es auch abhängig von einer Mitgliedschaft im Angelverein, damit man überhaupt an die entsprechenden Methoden oder Angelwerkzeuge herankommt. Zu dieser Phase kann auch gehören, auf Anhieb das für seine Bedürfnisse entsprechende Werkzeug nicht zu finden. Nun muss man zunächst mit Angelhaken und Ködern zurechtkommen, die vielleicht am Anfang noch nicht so passend sind, die aber einen Weg weisen, wie man seine eigene Angelausrüstung passend zusammenstellen kann. Man kann nur darauf hoffen, dass die gewünschten Fische inzwischen nicht auswandern oder absterben.

Auf unser Thema übertragen, taucht hier die Frage auf, für welches Forschungsinteresse, welchen Forschungsgegenstand und für welche Art von Fragestellung, passt welche Forschungsmethode. Wie finde ich die jeweils richtige Angel?

Ich werde mich an dieser Stelle nicht mit den bestehenden Forschungsmethoden, die für die Kunsttherapie in Frage kommen, auseinandersetzen. Als praktizierende Kunsttherapeutin ist es unmöglich, sich in der komplexen und eher diffusen Landschaft der quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden zu orientieren. Ich möchte aber dazu anregen, durch bestimmte Fragen sich dem Thema zu nähern.

Welche Methoden sind aus der eigenen Erfahrung bekannt?

Wo liegen explizite oder implizite Darstellungen aus Publikationen vor?

Handelt es sich im jeweiligen Fall um eine qualitative oder eine quantitative Methode, um eine hermeneutische Methode, die etwas verstehen will, oder handelt es sich eher um Methoden zur kausalen Erklärung?

Kunsttherapeuten könnten sich so anfänglich ein Bewusstsein für die verschiedenen Methoden und deren Hintergründe verschaffen.

Welche konkreten Vorteile und welche Nachteile erlebt man für das Arbeitsfeld Kunsttherapie an jeder einzelnen Methode?

Man könnte dies ganz konkret erarbeiten und eine Liste erstellen, in der man Vor- und Nachteile beschreibt, um dann weiterzufragen:

Welche der gefundenen Vorteile sind für eine kunsttherapeutische Forschung zentral? Was braucht eine für die therapeutische Wirklichkeit angemessene Methode auf jeden Fall?

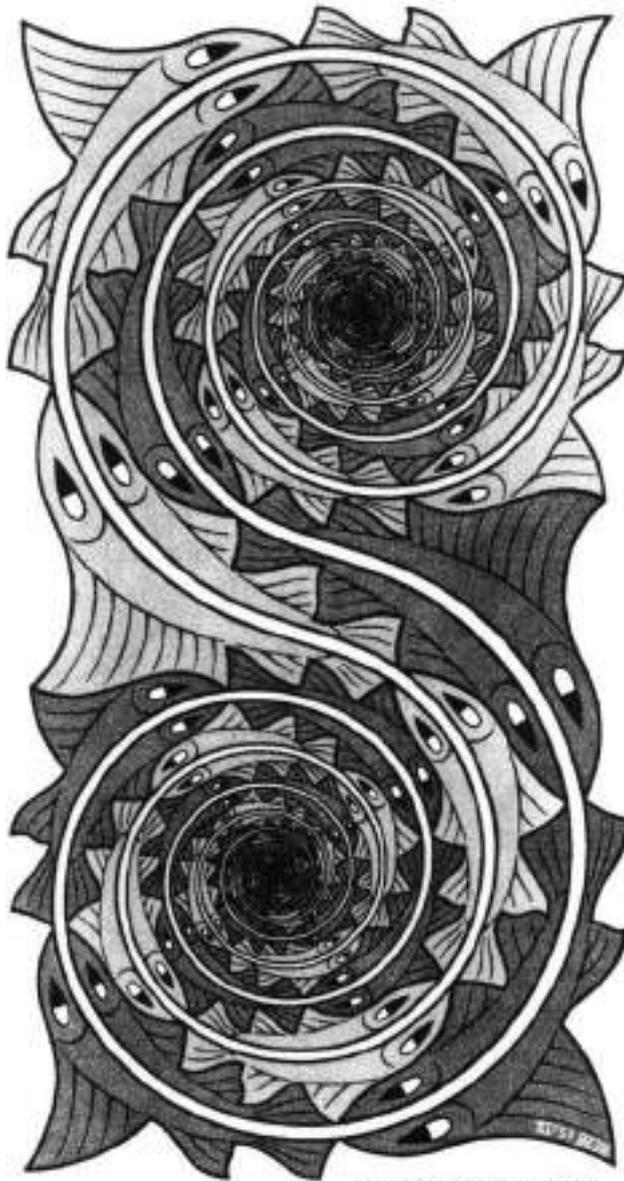
Das könnte heißen, dass man aus allen Vorteilen die Essenz bilden und eine Kriterienliste aufstellen könnte, um dann in einem letzten Schritt anzuschauen:

Welche Nachteile könnten, durch welche Veränderungen, möglichst klein gehalten werden?

Auch hier könnte eine Liste mit dem Ziel erstellt werden, ein brauchbares Instrumentarium zu bilden. So müsste nicht das, was es bereits gibt, noch einmal neu erfunden werden. Sondern Kunsttherapeuten könnten selbst erarbeiten, welche der bestehenden Forschungsmethoden einen „Gebrauchswert“ für die Kunsttherapie haben und diese Methoden so umformen, bis sie angemessener für das kunsttherapeutische Arbeitsfeld sind.

Wie könnte eine angemessene kunsttherapeutische Forschungsmethode aussehen?

Anglermeditationen: Wie sollte ein Beduine angeln?



200. Drehrudel, Holzschnitt, 1957

Abb. 5

Bevor ich zum Schluss dieses Angelkurses komme, gilt es aber noch einen Aspekt zu streifen, der sich auf die zentrale Bestimmung unseres kunsttherapeutischen Handelns bezieht. Wir kommen dichter an das Wesen unserer Tätigkeit heran, wenn wir fragen, was das kunsttherapeutische Handeln ausmacht.

Dann stellt sich sofort der Begriff der Entwicklung, des Prozesses, der Verwandlung ein. Die bisherigen Forschungsmethoden, behaupte ich jetzt, können das, was an einem Vorgang prozesshaft ist, nicht selbst als Prozess erfassen. Die Spuren des Vorganges, die wir nach dem Vollzug finden, seien es die Werke, seien es fixierte Handlungssequenzen, Ausdrucksweisen oder Reflexionen von Patienten und Kunsttherapeuten, sind im Prinzip nur die Spuren eines Werdevorganges, aber nicht der Werdevorgang selbst. Auch wenn wir eine Untersuchung durchführen, bei der wir eine Sache vorher untersuchen und nachher wieder untersuchen und dabei feststellen, dass sich etwas verändert hat, stellen wir im Prinzip nur fest, dass sich etwas verändert hat. Über das Wesen dessen, was sich da verändert hat, über den eigentlichen Ausdruck der Bewegung, über die eigentliche Gestaltungsdynamik, lässt sich kaum etwas sagen. Es wird lediglich ein Moment und ein weiterer Moment und ein nächster Moment festgehalten und bewertet. Hier liegt die eigentliche Herausforderung für die Kunsttherapeuten: Wie können wir auf den wesenhaften Vorgang der Therapie sowie der Kunst blicken lernen und für dieses Herzstück eine eigene Methode entwickeln? Wir sollten bei der Suche nach angemessenen Methoden verstärkt auf Vorbilder zurückgreifen, die z.B. wie Goethe, eine Forschungsmethode entwickelten, die versucht, den Werdevorgängen und den Gestalt-Metamorphosen hinterherzuspüren und sie zu untersuchen.

Gleichzeitig sollten wir aufmerksamer und selbstbewusster auf die bereits im Alltag von Therapie, Lehre und Supervision entwickelten und angewandten Methoden achten. Ich möchte zur Erläuterung ein Beispiel aus meiner Praxis geben: In meinem Unterricht habe ich Kunsttherapiestudenten kleine Plastiken von Patienten nachplastizieren lassen. Mit Hilfe einer bestimmten Befragungsmethode, fordere ich die Studenten heraus, zu beobachten, was in und mit ihnen passiert, während sie das Werk plastizieren. Sie kommen dadurch in die Lage, gleichzeitig etwas tiefer als gewöhnlich zu erleben sowie das, was sie erleben, sehr zeitnah betrachten und beschreiben zu lernen. Es ist für mich immer wieder erstaunlich, wie nahe die Studenten mit ihren Beobachtungen an den Patienten, seine gesundheitliche und seelische Situation herankommen. Wie könnte man diese Erfahrung zu einem soliden Forschungsvorhaben umformen?

Ich denke, dass in dieser Richtung die Forschungsaktivität der Kunsttherapie weitergehen könnte. Dass vielleicht gerade die Kunsttherapeuten federführend in der Entwicklung von Methoden werden - auch für andere Forschungsbereiche - die den Forscher in die Lage versetzen, die qualitativen Prozessqualitäten und ihre Entwicklung abzuspüren und zu beschreiben. Mit diesem Weg wäre dann die Hoffnung verbunden - und damit kehrt sich mein Bild vom „Angelkurs für Beduinen“ um - dass eines Tages die Kunsttherapeuten „Angelkurse für Beduinen“ geben werden. Nämlich in dem Sinne, dass sie mithelfen, die „alte“ Wissenschaft, die „Versandete“, die Vertrocknete, durch eine lebendige und prozessorientierte Erkenntnis-suche zu befruchten. Vielleicht ist das Wort *Paradigmenwechsel* überzogen, aber in diese Richtung geht meine Vision. Die Kunsttherapie, die bisher einen anstrengenden Spagat zwischen Naturwissenschaft und Kunst vollführt, würde dann helfen, Kunst und Wissenschaft befruchtend zusammenzuführen.

Literatur

- Friedrichs J (1980). Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hampden-Turner C (1982). Modelle des Menschen. Modell 33: Abraham Maslows Hierarchie der Bedürfnisse. S. 118-119. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag.
- Petersen P (1995). Ist künstlerische Therapie wissenschaftlich zu verstehen? Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 9(4). S. 196-204. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Petersen P (1998). Unveröff. Vortragsmanuskript: Forschung künstlerischer Therapeuten - Auftrag und Wirklichkeit, Hauptvortrag Symposium der IGKGT Basel. Juni 1998.
- Petersen P (1999). Unveröff. Vortragsmanuskript: Qualität in Künstlerischen Therapien - was können wir darunter verstehen? Öffentlicher Vortrag im Rahmen der Fachtagung des schweizerischen Berufsverbandes für Integrative und Klinische Bewegungstherapie (SBIBT), St. Gallen. September 1999.

Abbildungen

- Abb. 1: Kidron M, Segal R (1981). Hunger und Waffen. Ein politischer Weltatlas zu den Krisen der 80er Jahre. Hamburg: Rowohlt.
- Abb. 2: Meyers Lexikon (1929). 7. Aufl. Leipzig: Bibliographisches Institut.
- Abb. 3: modifiziert, Quelle unbekannt.
- Abb. 4: Meyers Lexikon (1929). 7. Aufl. Leipzig: Bibliographisches Institut.
- Abb. 5: Ernst B (1986). Der Zauberspiegel des M.C. Escher. Berlin: Taco Verlagsgesellschaft.

„Ich sehe was, was du nicht siehst...“ Wissenschaftstheoretische Implikationen der Bildanalyse von Patientenbildern*

Harald Gruber

Zusammenfassung

Bildanalysen von Patientenbildern haben eine lange Tradition. Ende des 19ten, Anfang des 20ten Jahrhunderts wurde in den medizinischen Bereichen der Psychiatrie und der Tiefenpsychologie begonnen, die Komplexität des menschlichen Wesens aufgrund seines bildnerischen Ausdrucks zu beschreiben. Es war unter anderem der Versuch unbewusste seelische Impulse, bildnerisch ausgedrückt, zu entschlüsseln. Verschiedenste Interpretationsansätze wurden entwickelt, die jedoch zu wenig die Erkenntnisse aus anderen Wissenschaftsbereichen berücksichtigten. Dieser Beitrag skizziert für den Teilbereich der systematischen Bildanalyse eine Auswahl an wissenschaftstheoretischen Grundlagen, die für kunsttherapeutische Fragestellungen wesentlich erscheinen.

Historie

Ende des 19ten, Anfang des 20ten Jahrhunderts wird erstmals der Zusammenhang zwischen dem bildnerischen Ausdruck eines Menschen und seiner Erkrankung beschrieben. Engagierte Mediziner (Anthropologen) wie Lombroso (1887), Tardieu (1872), Simon (1876), Réja (1907) und Jaspers (1923) waren es, die auf die künstlerische Seite bei ihren Patienten aufmerksam geworden sind. Sie begannen diesem Phänomen ihr wissenschaftliches Interesse zu widmen. Der Psychiater Morgenthaler wandte sich in seiner Monografie „Ein Geisteskranker als Künstler“ (1921) über den Patienten Adolf Wölfler der Frage zu, inwieweit ein Geisteskranker ein Künstler sein könne. Prinzhorn veröffentlichte fast zeitgleich (1922) sein Werk „Bildnerie der Geisteskranken“ und gibt damit der Frage des Zusammenhangs von bildnerischem Ausdruck / Kreativität im Kontext einer psychiatrischen Erkrankung einen weiteren wichtigen Impuls.

Den Zusammenhang von Psyche und gestaltetem Ausdruck herauszustellen und gleichzeitig keinen Unterschied zwischen Kunst im Sinne des Gekonnten, gelernten Könnens eines etablierten Künstlers und den vergleichsweise rudimentären Fähigkeiten eines als „geistes-

* Dieser Artikel ist ein Auszug aus der Promotion bei Prof. Dr. David Aldridge, Lehrstuhlinhaber für qualitative Forschung in der Medizin, Fakultät der Medizin an der Universität Witten Herdecke. Gefördert wurde dieses Vorhaben von der Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft und Forschung in der Klinik für Tumorbologie an der Albert-Ludwigs Universität Freiburg und der Susan Bach Stiftung / Schweiz.

krank“ diagnostizierten „Verrückten“ zu machen, schlägt in dieser Zeit eine neue Seite vom Verständnis des Menschen im Kontext von Erkrankung und Gesundheit auf.

Diesem Erkenntnisansatz folgten im Bereich der Psychologie und Psychotherapie viele weitere Schritte. Im Besonderen ist es der tiefenpsychologischen Schule von C.G. Jung zu verdanken, dass die Ausdrucksfähigkeit des Menschen als ein wesentlicher Aspekt des Verständnisses des Menschen erkannt und im therapeutischen Sinne gefördert wird. Jung geht dabei von der Idee aus, dass durch die Anregung eines schöpferischen Prozesses dem Menschen Veränderung ermöglicht wird.

Diese Möglichkeit zur Entwicklung wird für Jung und vielen weiteren Therapeuten aus anderen Schulen unter anderem am bildnerischen Ausdruck sichtbar und damit ans Bewusstsein herangetragen (Jacobi 1956, Naumburg 1966, Pütz 1981, Kast 1986, Benedetti 1988, Petersen 1993, Dannecker 1996).

Eine der wesentlichen sich daraus ergebenden Fragen ist, wie beispielsweise Symbole entschlüsselt werden und wie sie für den jeweiligen Menschen an Bedeutung gewinnen können. Da Jung selbst keinerlei systematische Hinweise gibt, wie die Deutung von Bildern aus dem Unbewussten durchzuführen sei, blieb es seinen Schülern und den nachfolgenden Generationen dieser und aller anderen Schulen überlassen, entsprechende Systematiken zu entwickeln.

Aus den verschiedenen Interpretationsansätzen der Bilder von Patienten sowohl der tiefenpsychologischen Schule, als auch anderer kunst- / psychotherapeutischer Schulen wird nun deutlich, wie der bildnerische Ausdruck primär als (non-verbales) Mittel verstanden wird, unbewusste - aus dem Zusammenhang von Körper-Seele-Geist - Impulse auszudrücken, die es gilt Schritt für Schritt, ähnlich den Träumen, mit dem Patienten zu entschlüsseln. Bei diesem interpretatorischen Anliegen wird den formal-ästhetischen Kriterien selbst ein immenser diagnostischer und therapeutischer Wert zugemessen.

Kast spricht beispielsweise vom Symbol als einem „sichtbaren Zeichen einer unsichtbaren ideellen Wirklichkeit“ (Kast 2002, S. 18).

Es gilt also neben dem allgemein zu definierenden Bedeutungsrahmen der verwendeten bildnerischen Mittel, die unsichtbare Wirklichkeit des Patienten deutlich werden zu lassen. Aus diesem Grunde sei es für die Therapeuten erforderlich, sich mit dem interpretatorischen Kontext der Symbole vertraut zu machen, um dem Patienten mit einem möglichst breiten Erfahrungsraum begegnen zu können.

Manche Autoren heben bezüglich der Wertigkeit bildnerischer Kriterien, einzelne (Strich, Farbe, Komposition) besonders hervor, andere hingegen werden, wie beispielsweise das Material, von vielen gar nicht erwähnt. So entstand insgesamt gesehen ein äußerst komplex anmutendes Feld der Bildeinschätzung, das durch die Möglichkeit der Verschiedenartigkeit der Bezüge durchaus den Eindruck von Grenzenlosigkeit, manchmal auch von Beliebigkeit der Interpretationsmöglichkeiten hinterlässt. Beispielsweise wird von Furth (1997) in Bezug auf die Quadranten (Aufteilung des Bildes in vier gleiche Teile) bemerkt, dass diese Kriterien die Gefahr bergen eher rezeptiv verstanden zu werden, obwohl dem einzelnen Bild gegenüber eine eher zurückhaltende und fragende Einschätzung nötig wäre.

Darüber hinaus wird durch verschiedene Autoren darauf verwiesen, dass niemals ein einzelnes bildnerisches Kriterium Indikator für etwas Bestimmtes sein kann, sondern vielmehr das Bild in seiner Gesamtheit und in seiner Besonderheit wahrgenommen werden muss. Offen bleibt jedoch wie dieses Erleben einer Gesamtheit systematisch erfragt werden kann.

Welche Schritte notwendig sind, um an das Erleben der Gesamtheit des Bildes zu kommen. Dies erstaunt umso mehr, da in der Kunstwissenschaft seit vielen Jahrzehnten Methoden etabliert sind, die im Bereich der Kunst- Psychotherapie bis heute offensichtlich nicht wirklich kritisch rezipiert wurden.

Ein anderer wesentlicher Aspekt bei der Bildeinschätzung ist die Frage der Rolle des Beobachters. Immer wieder wird betont, dass selbstverständlich dem Beobachter eine wichtige Rolle in der Bildinterpretation zukommt. Wie dies allerdings auf eine nachvollziehbare Weise auch methodisch transparent gemacht werden kann, lassen letztlich alle Darstellungen vermissen. Auch hier bieten sich die systematischen Grundlagen der Kunstwissenschaft an, da hier zumindest die verschiedenen Schritte der Interpretation klar voneinander getrennt sind und somit von außen nachvollziehbar werden.

Anliegen dieses Artikels ist es vor diesem Hintergrund, für den Teilbereich der systematischen Analyse von Patientenbildern eine Auswahl an wissenschaftstheoretischen Grundlagen zu skizzieren.

Wissenschaft und Kunst

Zur Entwicklung einer Theorie des Verstehens von bildnerischem Ausdruck bei Patientenbildern auf einer primär formal-ästhetischen Ebene, soll hier kurz die Frage beleuchtet werden, in welcher Beziehung Kunst und Wahrheit von einem eher philosophischen Blickwinkel aus gesehen werden kann. Dazu erscheint es notwendig, den Blick einen Moment auf die Tradition der Geisteswissenschaften im Verhältnis zu den Naturwissenschaften zu richten, um zu verstehen, welche ergänzenden methodischen Schritte erforderlich sind, um dem Forschungsgegenstand des Bildverstehens in der Kunsttherapie näher zu kommen.

Seit dem 19ten Jahrhundert zeigt sich für die Frage der Methodologie der Geisteswissenschaften eine Problematik, die sich aus einer gewollten und einer sich ergebenden Nähe zu den Naturwissenschaften aufdrängt. Mit den Mitteln der mathematischen Konstruktion, Messung und Berechnung, wird ein neuer Zugang zur Erkenntnis der Natur entwickelt. Kant definierte dies unter der Begrifflichkeit ‚Materie unter Gesetzen‘. Im Sinne David Hume’s (Treatise of Human Nature – Traktat über die menschliche Natur) komme es deshalb auch in den Moralwissenschaften darauf an, Gleichförmigkeiten, Regelmäßigkeiten, Gesetzmäßigkeiten zu erkennen, die einzelne Erscheinungen und Abläufe voraussagbar machen. Der induktive Erkenntnisansatz der Wissenschaft solle demnach keinen Zusammenhang von Ursache und Wirkung herstellen, sondern Regelmäßigkeiten feststellen (Gadamer 1990, S. 9).

Vor diesem erkenntnistheoretischen Hintergrund wird seither in der modernen Naturwissenschaft eine Theorie für konsistent gehalten, wenn sie frei von Widersprüchen ist und für wahr, wenn sie mit ihrem Gegenstand übereinstimmt. Damit postuliert die Naturwissenschaft die Hypothese, dass Gegenstände der Erkenntnis in sich selbst frei von Widersprüchen sind, und dass Widersprüchlichkeiten, wenn sie sich zeigen, der Mangelhaftigkeit unseres Erkenntnisvermögens zur Last gelegt werden müssen.

In diesem Sinne gilt Identität als die Grundlage der Wahrheit in der Naturwissenschaft (Picht 1993, S. 37).

Widerspruchsfreiheit (Identität in dreifacher Hinsicht) = Wahrheit

- Widerspruchsfreiheit der Theorie in sich selbst
- Widerspruchsfreiheit der Theorie in Relation von Theorie und Gegenstand
- Widerspruchsfreiheit des Gegenstandes in sich selbst

Gadamer widerspricht diesem bis heute auch in den Geisteswissenschaften vertretenen Ansatz, indem er konstatiert, dass das Wesen der Geisteswissenschaft nicht richtig erfasst wird, wenn man sie am Maßstab fortschreitender Erkenntnis von Gesetzmäßigkeit misst. Ihr Ideal wäre vielmehr: „die Erscheinung selber in ihrer einmaligen und geschichtlichen Konkretion zu verstehen“ (Gadamer 1990, S. 10). Er rückt damit die Erkenntnis am Einzelnen in den Vordergrund, ohne nach einer Maßeinheit des Vergleichs oder der Linearität von Ursache und Wirkung zu suchen, wie dies das Methodenideal der Naturwissenschaft verlangt.

Dieser komplementär erscheinende, jedoch wissenschaftstheoretisch begründbare Ansatz, der beispielsweise die Erfahrung des Wissenschaftlers bewusst mit in den Forschungsprozess einschließt, wird von vielen Autoren unter anderem auch aus dem Feld der kunsttherapeutischen Forschung bestätigt und hervorgehoben (vgl. Aldridge 1991, 1996, 1999, 2002, Jannott 2002, Kaplan 1998, Kriz 2002, Petersen 1998, 2002, Tüpker 2002).

Aldridge schreibt in seiner Grundlegung der „Musiktherapie in der Medizin“: „Die wissenschaftliche Gemeinschaft ist so fixiert auf „objektive Wahrheiten“, dass sie andere „Wahrheiten“ gar nicht zur Kenntnis nimmt. Als Therapeuten wissen wir aber, dass es viele Wege zur Erkenntnis gibt; Intuition; Erfahrung; Beobachtung – das sind die Quellen, aus denen Therapeuten ihre Kenntnis des Patienten beziehen. Lassen wir diese Quellen außer acht, unterstützen auch wir den Gedanken einer objektiven, definitiven, externen Wahrheit, die irgendwo sozusagen „in Stein gehauen“ existiert und nur uns, den Eingeweihten zugänglich ist“ (Aldridge 1999, S. 129).

Für den Wissenschaftsbereich der Medizin ist im besonderen die Arbeit von Kiene (2001) zu nennen, der mit seinem differenziert ausgearbeiteten Modell der „Cognition based Medicine“ ein neues Paradigma der Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall fordert, statt den bis heute gängigen Paradigmen des Experiments (Francis Bacon 17 Jh.), der wiederholten Beobachtung (David Hume 18 Jh.), der Vergleichskontrolle (John Stuart Mill 19 Jh.) und der Randomisation (Ronald Fisher 20 Jh.).

Aus diesem Blickwinkel betrachtet, erscheint eine forschungsmethodische Linearität in den Geisteswissenschaften nicht umfassend angebracht. Induktive Forschungsmethoden wie beispielsweise die der Hermeneutik zeigen hingegen Möglichkeiten auf, wie die Suche nach Erkenntnis in der Kunst, in Konkurrenz oder in Ergänzung zu naturwissenschaftlichen Methoden bestellt sein müsste.

Über die Wahrheitsfrage in der Kunst

Gadamer (1995) weist in diesem Kontext darauf hin, dass der entscheidende Begriff, an dem sich die Wahrheit der Kunst gegenüber der Naturwissenschaft konkretisieren lasse, der des Maßes ist. Das Maß, mit dem wir an die Gegenstände unseres Erkenntnisstrebens herantreten sei Grundlage für jene Art von Wahrheit, die sich uns daraus erschließt.

Im Dialog des >Staatsmannes< schildert Plato. „Es gibt ein Maß, das man an die Sachen heranträgt und es gibt ein Maß, das die Dinge in sich selber haben“ (ebd., S. 98). Das Metron ist demnach das Maß, das wir an eine Sache herantragen. Das Metrion hingegen ist das Maß, das Dinge selber in sich tragen. Wenn wir also das Maß oder die Wahrheit in der Kunst suchen, dann scheint es mehr das zu sein, was sich unter dem deutschen Wort der „Angemessenheit“, wie Gadamer es nennt, wiederfinden lässt. Ein Maß, welches der Sache selbst angemessen ist und nicht von außen herangetragen wird.

Ästhetisches Erleben ist ausschließlich auf das Werk gerichtet und nicht auf dessen Zweck, Funktion oder Inhaltsdeutung. Gadamer weist somit darauf hin, dass jede spezifische Wahrnehmung einer Sinngegebenheit schon eine Abstraktionsleistung ist, denn unsere Wahrnehmung ist niemals die reine Spiegelung dessen was den Sinnen gegeben ist. Das heißt, die 'reine Wahrnehmung', wäre ein Grenzfall.

„So ist es kein Zweifel, dass das Sehen als ein artikulierendes Lesen dessen, was ist, vieles was da ist, gleichsam wegsieht, so dass es für das Sehen eben nicht mehr da ist; ebenso aber auch, dass es von seinen Antizipationen geleitet >hineinsieht<, was gar nicht da ist“ (ebd., S. 96). Er pointiert dies mit der Aussage „Die Seinsart des >ästhetisch< Vernommenen ist nicht Vorhandenheit“ (ebd., S. 97).

Im bloßen Sehen und Hören liegen Abstraktionsleistungen, die die sogenannten äußeren Phänomene künstlich reduzieren. Es bleibt nicht bei einem unverbindlichen Eintauchen in eine spezifische Ausdrucksgestalt des Werkes. Vielmehr überführen wir die Diskontinuität unserer Erlebnisse – wie Gadamer sagt – in die Kontinuität unseres Seins. Gadamer: „Kunst ist Erkenntnis und die Erfahrung des Kunstwerks macht dieser Erkenntnis teilhaftig“ (ebd., S. 103).

Die Frage die sich jetzt herauschält ist, wie sich diese Art der Erkenntnis in Beziehung setzen lässt zu der Erkenntnisbegrifflichkeit der anderen Wissenschaftsbereiche unserer heutigen Zeit.

Damit ist die Frage nach der Beschreibung von Wahrheit am Kunstwerk gestellt. Nahezu fatal wäre es nach dem bisher Gesagten, das Problem der Wahrheit der Kunst vom ästhetischen Bewusstsein des Menschen zu lösen. Vielmehr scheint es das Moment der Erfahrung selbst zu sein, die Prozessualität derselben, die eine Art Schlüssel für unsere Fragestellung darstellt. Insofern alle „Begegnung mit der Sprache der Kunst eine Begegnung mit einem un abgeschlossenen Geschehen und selbst ein Teil dieses Geschehens ist“ (ebd., S. 105).

Über die Ontologie des Kunstwerks (Gadamer)

Neben der von Picht (Kunst und Mythos) beschriebenen „Einbildungskraft“ ist für Gadamer das 'Spiel' eine Art hermeneutischer Leitfaden, um eine Ontologie des Kunstwerks bestimmen zu können. Er kommt mit diesem Ansatz dem Schillerschen Anliegen der „ästhetischen

Erziehung des Menschen“ sehr nahe; differenziert ihn jedoch weiter, indem er den Begriff des Spiels in Bezug zum Kunstwerk näher bestimmt. Der Begriff des Spiels wird von seiner subjektiven Bedeutung zum Spielenden hin abgelöst, wie er von Kant und Schiller gesehen wird. Unter Spiel versteht er die Seinsweise des Kunstwerkes selbst. Damit wird ein Bezug zwischen dem ästhetischem Bewusstsein des Beobachters und der Besonderheit des Gegenstandes der Beobachtung hergestellt.

Das Kunstwerk ist nach seiner Ansicht kein Gegenstand, der dem Subjekt einfach gegenübersteht. „Das Kunstwerk hat vielmehr sein eigentliches Sein darin, dass es zur Erfahrung wird, die den Erfahrenden verwandelt“ (Gadamer 1990, S. 107).

Auf diese Weise erhält die Frage nach dem Wesen des Spiels einen anderen Charakter. Es wird aus dem rein Vorgänglichen hin und her herausgelöst und bekommt sein 'eigenes Wesen'.

Das Spiel wird zu einem Vorgang des in Verbindung Seins. In ein Geschehen eintauchen ohne direkt die Richtung dieses Vorgangs bestimmen zu können, das bringt ein sich Hingeben mit sich, das sich mit einem 'gespielt werden' beschreiben lässt. „Das Spiel ist was den Spieler in seinen Bann schlägt, was ihn ins Spiel verstrickt, im Spiele hält“ (ebd., S. 112).

Was Gadamer damit verdeutlicht, ist eine Art Notwendigkeit der erfahrbaren Beziehung des Beobachters zum bildnerischen „Gegenüber“. Das Gegenüber ist nicht durch sich selbst, sondern wird erst durch mich als Beobachter, durch meine Begegnung mit ihm erfahrbar.

Wenn es nun ein Mehr oder ein Anderes durch die Kunst zu erfahren gäbe, dann wäre es einerseits die Frage, was dieses Mehr sein könnte und andererseits, was ich als Beobachter neben der Fähigkeit zum „Spiel“ mitbringen muss, um diese Erfahrungserweiterung / Erkenntniserweiterung durch die Kunst machen zu können.

Erfahrung am Kunstwerk machen

Was bedeutet es aber konkret eine Erfahrung am künstlerisch gestalteten Bild zu machen, im Unterschied zu alltäglichen Erfahrungen, wie wir sie in jedem Moment unseres Wachzustandes durchlaufen.

„Jede Erfahrung besitzt eine Einheit, die ihr den Namen gibt: jenes Essen, jener Sturm, jener Abbruch einer Freundschaft. Die Existenz dieser Einheit wird durch eine einzige Eigenschaft bestimmt, die die gesamte Erfahrung trotz der Vielfalt ihrer Einzelteile durchdringt“ (Dewey 1988, S. 49).

Das heißt, es sind nicht mehr die Bruchstücke die wesentlichen Aspekte der Erfahrung, sondern ihre Einheit, die durch eine bestimmte Eigenschaft belegt ist. Eine der wesentlichen Fragen, die sich dabei aufdrängt ist, ob sich Denkerfahrungen von ästhetischen Erfahrungen unterscheiden lassen. Dewey bejaht dies, indem er in der Denkerfahrung einen anderen ästhetischen Charakter wahrnimmt.

„Das Material der Schönen Künste besteht aus Eigenschaften; das Material einer Erfahrung, die zu einer intellektuellen Schlussfolgerung führt, besteht aus Zeichen und Symbolen ohne eigenständige Qualität, die jedoch Dinge ausdrücken, die in einer anderen Erfahrung qualitativ erlebt werden können“ (ebd., S. 50).

Jede intellektuelle Schlussfolgerung braucht somit einen qualitativen Aspekt der intrin-

sich evoziert werden muss, um zum Abschluss gebracht werden zu können. Wohingegen die ästhetische Erfahrung den qualitativen Aspekt a priori schon beinhaltet und damit zu seiner Erfüllung gelangen kann. Beide Erfahrungsebenen benötigen demnach einen ästhetischen Charakter, um vollständig sein zu können.

Dewey geht sogar noch weiter indem er sagt, dass:

„...im Gegenteil, keine wie auch immer geartete Erfahrung eine Einheit darstellt, wenn sie nicht ästhetischen Charakter trägt“ (ebd., S. 53).

Was macht nun den ästhetischen Charakter der Erfahrung aus, der neben dem intellektuellen Begreifen und Beschreiben notwendig ist?

Dewey konkretisiert dies: „Die Eigenschaft der Ästhetik, die eine Erfahrung zur Vollständigkeit und Einheit abrundet, habe ich als emotional bezeichnet“ (ebd., S. 54).

Zum einen bezeichnet er Erfahrung als emotional, weil sie einen konstituierenden Anteil des Menschen als solchem darstellt und sich damit nicht in einzelnen Situationen verneinen lässt. Zum anderen weil jede unserer gemachten Erfahrungen von Emotionen begleitet ist, die wie ein spannungsreiches Material gebaut erscheinen. Es gibt Erfahrungen bei denen wir uns wohl und sicher fühlen, bei denen wir gerne verweilen, die gar nicht lange genug dauern können; andere, die uns eher verunsichern und vor denen wir uns deswegen zurückziehen. Jede Erfahrung findet in einer Art seelischer Bewegung statt, die sich auf etwas zu bewegt oder Abstand nimmt, bis es zu einem Höhepunkt kommt, in dem sie sich erfüllt.

Diese Art von Bewegung ist nicht von außen determiniert, sondern wie Dewey sagt: „dass sie geläuterte und verdichtete Entwicklung von Eigenschaften ist, die Bestandteil jeder normalen ganzheitlichen Erfahrung sind“ (ebd., S. 59).

Man kommt nicht umhin diese Art der Bewegungserfahrung dem jeweiligen Individuum mit seiner Erfahrungsgeschichte zuzuordnen. Jede Erfahrung ist geprägt von Erlebnissen, die wir im Laufe unserer Geschichte machten. Gleichzeitig bleibt der Vorgang bestehen, dass jede Wahrnehmung eine Aktivität darstellt, die nicht allein in der passiven Rezeption von Wahrnehmungssignalen begründet liegt, sondern gleichzeitig in der Aktivität des Rezipienten, sich zu verbinden, sich anzunähern. Dewey spricht von „aufgenommener und abgegebener Energie“ (ebd., S. 62).

Konsequent weitergedacht heißt dies, dass das was mir zum Erlebnis werden kann oder will, nicht nur von dem vor mir ablaufenden und von mir unabhängig erscheinenden Geschehen abhängt, sondern gleichzeitig von meiner Bereitschaft eine Annäherung herzustellen. „Das ästhetische Erlebnis gilt somit in seinem Wesenskern mit den Erlebnissen des Schaffens verbunden“ (ebd., S. 62).

Um an die Beschreibung von Bildern näher herantreten zu können, stellt sich nach dem bisher Dargestellten die Frage, bis zu welchem Punkt es bei der Analyse von Bildern möglich ist, rein an äußeren, formal-ästhetischen Kriterien eines Bildes zu bleiben und ab welchem Punkt es unweigerlich zu einem deutenden, auslegenden und erklärenden Ansatz kommt.

Weitergehend gefragt könnte dies heißen: Gibt es im wissenschaftlichen Sinne die „reine Beschreibung“, die sich nur an den sogenannten objektiven Kriterien der Bildbeschreibung orientiert? Ist sie überhaupt möglich; ist sie nötig?

Was tun wir oder brauchen wir, wenn wir an das primär nicht sprachliche Medium des Bildes gehen und es versprachlichen?

Bildinterpretationslehren im Bereich der Kunstwissenschaften

Bei der Interpretation eines professionellen künstlerischen Bildes ist es verständlicherweise die Kunstwissenschaft, die sich seit vielen Jahrzehnten mit dieser Frage beschäftigt und dabei unterschiedliche Kriterien entwickeln konnte.

Wie entsteht der Sinn im Bild?

Eine der zentralen Fragen jeglicher Beschreibung oder Interpretation eines Bildes ist, welcher Sinn sich durch das Bild dem Betrachter vermittelt. Dies impliziert wiederum zwei Fragen.

- Erstens: Welche Art von Sinn lässt sich allein durch eine differenzierte Betrachtung des Bildes generieren, ist also dem Bild selbst immanent und ergibt sich aus einer exakten Beschreibung?
- Zweitens: Welche Anteile von Sinn werden von außen, im Erlebensprozess durch den Betrachter an das Bild herangetragen, bis es zu einem Aufscheinen von Sinn kommen kann?

Die sprachliche Verwandtschaft der ‚Sinne‘ mit dem ‚Sinn‘ weist laut Boehm (Boehm 1980, S. 118) auf den wechselseitigen Bezug dieser beiden „Organe“ hin, was uns direkt an die grundlegende Frage heranführt:

Inwieweit oder in welcher Form sind unsere Sinne, respektive unsere Sinneswahrnehmungen an der Entstehung von Sinn am Bild beteiligt?

Boehm (1980, S. 122) verwehrt sich gegen das von Kant gesetzte Diktum, den Sinnen nur eine „passive Rezeptionsfunktion“ einzuräumen. Die Sinne wären demnach (Kant) nur in der Lage sich affizieren zu lassen, hätten selbst keine Möglichkeit der Beeinflussung.

In gleicher Weise spricht auch zur Lippe von einem „Sinnenbewusstsein“, dem im Gegensatz zum Verstandesbewusstsein eine besondere Aufgabe zukommt: „Das besondere des Sinnenbewusstseins, im Gegensatz zu der abstrakten Begrifflichkeit des Verstandesbewusstseins, liegt darin, dass die Entwicklungs- und Vorstellungsformen dieses Bewusstseins – seine Bewegungen und Formen – denen seines Mediums sehr nahe sind“ (zur Lippe 1987, S. 33).

Dass dazu eine besondere Fähigkeit unserer Sinnesorganisation vonnöten ist, scheint naheliegend, insofern, als wir all die aufgenommenen Reize niemals ungefiltert in uns hineinströmen lassen. Boehm spricht in diesem Kontext von einer dem Sehen „impliziten Abstraktionsleistung“ (Boehm 1980, S. 122), welche die Basis der begrifflichen Erkenntnis darstellt. Ein sogenannter „sinnlich organisierter Sinn“.

Diesem in den Sinnen selbst gelegenen Sinnvermögen nahezu kommen setzt die Bereitschaft des Betrachters voraus zu einem, wie Imdahl sagt, „sehenden Sehen“, in dem nicht nur nach den abbildhaften Zügen der Darstellung gesucht wird, sondern auch nach den „stummen Verbindungen“ zwischen den zur Darstellung gebrachten Gegebenheiten (Imdahl 1995, S. 319).

Damit wird das Sehen zu einem Prozess der Aktivität, der nicht nur der Durchforstung einer bestehenden Registratur eines Finanzamtes nach Auffälligkeiten, Ähnlichkeiten oder Unterschieden gleicht. Das Sehen entdeckt im Akt seines Vollzugs am Bildgeschehen selbst. Kein Bestehendes wird erkannt und begrifflich übersetzt, sondern Beziehungen innerhalb der Elemente des Ausdrucks selbst werden zur Erfahrung gebracht und als sinnhaft wahrgenommen. „Sinnlich organisierter Sinn“ wie Boehm (ebd., S. 125) sagt, der sich zum Beispiel

jenseits aller Symbolik an den Farbbeziehungen innerhalb eines Bildes entdecken lässt.

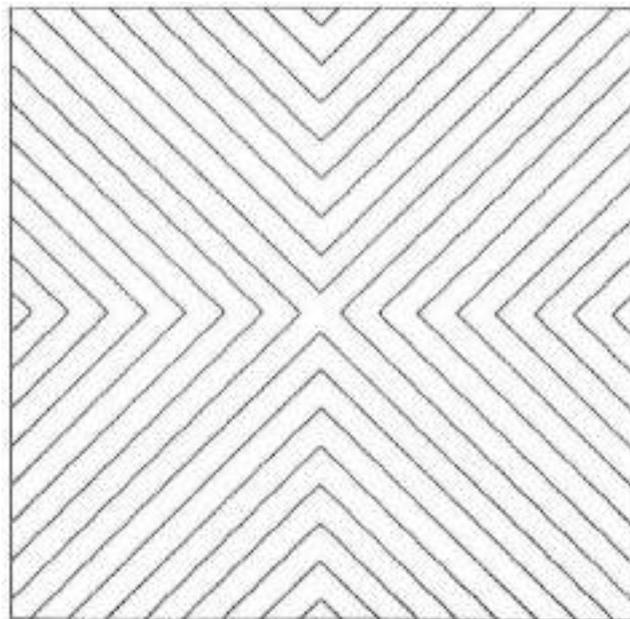
Nachfolgend wird eine Bildinterpretationslehre kurz referiert, um mögliche Schritte zur Entwicklung eines erfahrbaren 'Bildsinns' zu verdeutlichen.

Modell der „ikonischen Interpretation“ nach Imdahl

Der Kunstwissenschaftler Max Imdahl hat sich mit der ikonografisch – ikonologischen Methode Panofsky's (1923) intensiv auseinandergesetzt und diese kritisch weiterentwickelt. In seiner Methode der Ikonik versucht er eine „solche Vermittlung von Sinn, die durch nichts anderes zu ersetzen ist“ (Imdahl 1995, S. 300).

Seiner Ansicht nach stehen Ikonografie – Ikonologie – Ikonik (Form, Inhalt, Sinndeutung) durchaus in einem unauflösbaren Zusammenhang. Die Ikonik erfasst das Bildganze, wohingegen die Ikonografie und die Ikonologie nur verschiedene Sinndimensionen darstellen. Mit diesem Ansatz kritisiert Imdahl deutlich das Herangehen von Panofsky, der „mehr an den Momenten“ und deren verschiedenen und auch zu differenzierenden Verständnisebenen interessiert ist, als an jenem Sinngehalt des Bildes selbst. „...wiewohl Panofsky darauf hinweist, dass die Momente im Kunstwerk als einem „Ganzen“ zu einem Ganzen „verdichtet“ seien“ (Imdahl 1980, S. 99).

Für die Ikonik hingegen ist die „Verdichtung zur Ganzheit“ der eigentliche Gegenstand der Reflexion und nicht der seiner Teile. Imdahl will über eine summarische Aufreihung einzelner Sinnebenen hinaus, indem er nach einer ikonischen Evidenz des Bildganzen sucht. Seiner Ansicht nach lässt sich über die Erfahrung von Sinn nicht abstrakt diskutieren. Es bedarf der



François Morellet, Angles droits convergents, 1956

konkreten Anschauung, die er an verschiedenen Beispielen der Kunstgeschichte zu exemplifizieren weiß. Auch hier geht er wieder über Panofsky hinaus, indem er auch Werke der ungegenständlichen Kunst in seine Analysen aufnimmt. An einem ungegenständlichen Werk von Francois Morellet „Angles droits convergents“ beschreibt er, wie die vor - ikonographische Ebene entfällt, da „Signifikant und Signifikat“ (Imdahl 1995, S. 316) in eins fallen.

Morellets Bild ist quadratisch und von einer Vielzahl von schwarzen Linien bedeckt, die zueinander einen rechten Winkel bilden und im Verhältnis zum quadratischen Format des Bildes diagonal aufgebaut sind. In diesem Bild gibt es also nichts Gegenstandsbezogenes wiederzuerkennen, was in der Kategorie der Vor – Ikonografie zu verorten wäre.

„Deutlich erkennbar sind also vier Systeme aus rechten Winkeln, und folgt man einer möglichen Hinführung des Blicks hin zur Mitte des Quadrats, so stellt sich eine neue, bisher vorenthaltene Erfahrung her: Dem Beschauer ist die Möglichkeit eröffnet, nunmehr von der Mitte aus ein diagonal gestelltes griechisches Kreuz zu gewahren, dessen Arme bis zu den offenen Ecken des Quadrats reichen, aber nicht breiter und nicht schmaler sind als die sämtlichen Linien voneinander. Das diagonale Kreuz ist eine für die Anschauung sich bildende, wie auch sich verlierende Form, der sich – wie einem normativen Schema – die vielen und in gleichen Abständen wiederkehrenden Winkellinien zu – oder auch unterordnen lassen. Zudem konkurriert das diagonale Kreuz mit einem anderen orthogonalen, welches aus dem Scheitel der sämtlichen Winkel resultiert und das Quadrat des Gemäldes potentiell vierteilt. Ist aber jenes diagonale Kreuz einmal gesehen und nicht ohne Anstrengung im Bewusstsein des Beschauers festgehalten als eine mögliche Figur – als was ist es dann selbst zu deuten?“ (ebd., S. 317).

Keine Stilgeschichte vermittelt eine Einsicht darüber, wie sich diese Art Inhaltsgeschehen (soweit in diesem Kontext davon zu sprechen wäre) vermitteln ließe. Offensichtlich wählt Imdahl bewusst dieses Beispiel, um aufzuzeigen, wie gerade in der gegenstandslosen Kunst das Modell Panofskys nicht mehr greift. Schon auf der ersten Sinnebene, dem Phänomensinn, wird der Betrachter dieses Bildes aufgerufen, rein formale Aspekte des Bildes auf sich wirken zu lassen und dabei einen Zusammenhang von Erleben und Sinn zu entwickeln.

„Dagegen ist die ikonische Anschauung ein kreatives und selbst unabschließbares Durchspielen des im Bilde gegebenen Strukturierungspotentials. Gerade im Durchspielen jener im Bilde enthaltenen Kontravalenzen wird sich der Beschauer seiner eigenen Strukturierungsaktivität, aber auch seiner eigenen Verfügungsohnmacht bewusst und zwar in der sehr besonderen Erfahrung, dass jede Strukturierung, die er vollzieht, in ein und demselben Phänomen fundiert, dass aber auch keiner der möglichen Strukturierungsaspekte dazu führt, dieses Identische endgültig zu vereinnahmen und zu beherrschen“ (ebd., S. 318).

In Bezug zur gegenstandslosen Kunst wird nach dieser Einschätzung Imdahls deutlich, wie der zu findende Sinn eines Bildes nicht in einem Äquivalent außerhalb des Bildes zu suchen ist, sondern nur im Bild selbst durch den Betrachter seine Sinnkonstante erfahrbar wird.

Wichtig ist an diesem Beispiel, wie die Frage der Wahrheit in der Kunst unter den von Picht benannten drei Identitätskriterien der Wissenschaft kritisch hinterfragt werden kann. Sowohl die Widerspruchsfreiheit der Theorie, der Theorie in Relation zum Gegenstand, als auch des Gegenstandes in sich selbst als Grundlage der Wahrheit, wird mit diesem Beispiel von Imdahl exemplarisch ad absurdum geführt.

Sinn (Wahrheit) konstituiert sich somit nicht durch das Bild, sondern liegt in der bewussten Wahrnehmung sowohl der Beschreibungsaktivität des Beobachters, als auch in der seiner Verfügungsohnmacht.

Fazit

Die Suche nach dem Verstehen oder dem Sinn in einem Bild ist nicht als eine vom Beobachter unabhängige Größe zu sehen. Anhand kunstwissenschaftlicher Kriterien lässt sich beispielsweise durch die Methode der Bildinterpretation nach Imdahl veranschaulichen, wie die Suche nach der Beschreibbarkeit von Sinn in einem Bild verschiedene sich aufbauende, beobachtende und interpretierende Schritte notwendig macht. Vergleichbare „Regeln des Verstehens“ wie Aldridge (Aldridge 1999, S. 236 ff.) es nennt, lassen sich auch in Bezug zur Musiktherapie finden.

Die Wahrheit in der Kunst ist wie Gadamer es beschreibt nur im „Vollzug“ erreichbar. Dies birgt durchaus die Gefahr des Vor-Urteils, wenn aus einer scheinbaren Bekanntheit, der Weg des Bekannt – Werdens vorweggenommen wird. Die tätige Anschauung bedarf jedoch dieser Verunsicherung und Irritation, aus der sich jeweils ein Gleichgewicht von beobachtender Beschreibung und einfühelndem Erleben konstituiert.

Das Bild selbst ist ein erster Ansatzpunkt, mit dem sich durch unsere Einbildungskraft (Picht) dasjenige vervollständigen lässt, was das Bild selbst nicht *expressis picturalis* auszudrücken in der Lage ist. Es bedarf des tätig – vorgänglichen Anschauens, um im Betrachter zum Bild zu werden.

Erstaunlicherweise weist dieses „einfühelnde Erleben“ auf ein zentrales Ergebnis einer Meta-Analyse (Hacking 2001) aus dem angloamerikanischen Sprachraum hin. Die Autoren haben darin 452 Studien zum Thema Bildanalysen aus den Jahren 1973-1998 auf die Frage hin untersucht, inwieweit eine Unterscheidung zwischen den Bildern psychiatrischer Patienten und einer gesunden Vergleichsgruppe möglich ist. Auf den von Hacking et al. nach qualitativen Kriterien gebildeten Skalen zum Vergleich der 12 Studien, die letztendlich in die Analyse aufgenommen wurden, zeigte sich bei einer Effektstärkenberechnung auf den Skalen des „subjective content“, die stärkste Ausprägung zur Unterscheidung von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe. In der Skala „subjective content“ haben die Autoren Beschreibungskriterien wie „content scale: was das Bild ausdrückt“; oder „Colour scale: passende Farbwahl“, oder auch „composition scale: Integration / Organisation“ zusammengefasst. Dies sind Dimensionen die sich zum überwiegenden Anteil am Erleben (Einfühlung) der Beobachter orientieren.

Nach den Ergebnissen dieser Meta-Analyse gibt es also neben dem sogenannten objektiven, beschreibenden Maß der formal-ästhetischen Kriterien ein Maß, das auf das Subjekt Beobachter bezogen ist und dennoch deutlich zwischen den Bildern der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zu unterscheiden vermag.

Kunsttherapeutische Forschung muss sich also nicht scheuen, gegenstandsangemessene Forschung zu betreiben (Gruber 2003), besonders dann nicht, wenn sie auch Ergebnisse aus anderen Wissenschaftsbereichen mit in ihre Vorhaben einbezieht (Gruber et al. 2002).

In der Notwendigkeit der Beteiligung des Beobachters an der Entwicklung des Sinns im Bild liegt die Differenz zum rein naturwissenschaftlichen Paradigma begründet.

- **Das Prinzip der Wahrheit in der Naturwissenschaft ist das der Identität auf den Ebenen des Gegenstandes, der Theorie und der Beziehung derer zueinander.**

Eine Theorie wird in der modernen Naturwissenschaft für konsistent gehalten, wenn sie frei von Widersprüchen ist, für wahr, wenn sie mit ihrem Gegenstand übereinstimmt. In diesem Sinne gilt Identität als Grundlage der Wahrheit in der Naturwissenschaft.

- **Ein Prinzip der Wahrheit in der Kunstwissenschaft ist das der Beteiligung des Beobachters am Prozess und das seiner Fantasie.**

Die Wahrheit in der Kunst wird erst durch die ästhetische Erfahrung am Kunstwerks zur Erkenntnis. Eine wesentliche Kraft für diese Erkenntnis ist die „Fantasie“.

- **Der Sinn des Bildes konstituiert sich erst im Vollzug.**

Die Erfahrung hin zu einem Bild-Sinn hat bestimmten methodischen Regeln zu unterliegen, die intersubjektiv nachvollziehbar sein müssen.

Literatur

- Aldridge D (1991). Aesthetics and the individual in the practice of medical research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 84, S. 147-50.
- Aldridge D, Aldridge G (1996). A personal construct methodology for validating subjectivity in qualitative research. *The Arts in Psychotherapy*. 23 (3), S. 225-236.
- Aldridge D (1999). *Musiktherapie in der Medizin: Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen*. Huber, Bern.
- Aldridge D (2002). *Musiktherapieforschung: eine Erzählperspektive*. In: Petersen P, *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Mayer, Stuttgart.
- Altmeier M (1995). *Der Kunsttherapeutische Prozess*. Urachhaus, Stuttgart.
- Benedetti G, Rauchfleisch U (1998). *Welt der Symbole*. Sammlung Vandenhoeck, Göttingen.
- Boehm G (1980). *Bildsinn und Sinnesorgane*. Neue Hefte für Philosophie. 18/19, S. 118-132.
- Dannecker K (1996). *Kunst, Symbol und Seele*. Lang, Frankfurt.
- Dewey J (1998). *Kunst als Erfahrung*. 3. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt.
- Furth G M (1997). *Heilen durch Malen. Die geheimnisvolle Welt der Bilder*. Walter, Zürich.
- Gadamer HG (1990). *Bd.1 Hermeneutik: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr, Tübingen.
- Gadamer HG (1995). *Bildkunst und Wortkunst*. In: Boehm G, *Was ist ein Bild?* Fink, München.
- Gruber H, Frieling E, Weis J (2002). *Kunsttherapie: Entwicklung und Evaluierung eines Beobachtungsinstrumentes zur systematischen Analyse von Patientenbildern aus der Onkologie und der Rheumatologie*. *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde*. 9 (3) S. 138-146.
- Gruber H (2003). *Qualitative Auswertung von Expertenurteilen zur differenzierten Beschreibung von Patientenbildern – Der Mensch im Bild*. Dissertation Universität Witten/Herdecke, Fakultät der Medizin.

- Hacking S, Foreman D (2001). Psychopathology in paintings: A meta-analysis of studies using paintings by psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*. 74, S. 35-45.
- Jacobi J (1956). *Komplex, Archetypus, Symbol*. Rascher, Zürich.
- Jannott Ch (2002). *Zur Begründung einer verstehenden Kunsttherapie im Sinne der hermeneutischen Wissenschaft von W. Dilthey und seiner Schule*. Cuvillier, Göttingen.
- Imdahl M (1980). *Giotto: Arenafresken; Ikonographie, Ikonologie, Ikonik*. Fink, München.
- Imdahl M (1995). *Ikonik. Bilder und ihre Anschauung*. In: Boehm, G. (1995). *Was ist ein Bild?* Fink, München.
- Jaspers K (1923). *Kunst und Zeichnungen*. In: *Allgemeine Psychopathologie: für Studierende Ärzte und Psychologen*. Springer, Berlin.
- Kaplan FF (1998). *Scientific Art Therapy: An Integrative and Research-based Approach*. *Art Therapy: Journal of the American Association*, 15 (2), S. 93-98.
- Kast V (1986). *Die Bedeutung der Symbole im therapeutischen Prozeß*. In: Barz H, Kast V, und Nager F: *Heilung und Wandlung: C.G. Jung und die Medizin*. Artemis, Zürich, München.
- Kast V (2002). *Die Dynamik der Symbole*. DTV, München.
- Kiene H (2001). *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine*. Springer; Berlin.
- Kriz J (2002). *Kritische Reflektion über Forschungsmethoden in den Künstlerischen Therapien*. In: Petersen P, *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Mayer, Stuttgart.
- zur Lippe R (1987). *Sinnenbewußtsein. Grundlegung einer anthropologischen Ästhetik*. Rowohlt, Hamburg.
- Lombroso C (1887). *Genie und Irrsinn*. Reclam, Leipzig.
- Morgenthaler W (1921). *Ein Geisteskranker als Künstler*. Bircher, Bern.
- Naumburg M (1966). *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*. Magnolia Street Publishers, Chicago.
- Panofsky E (1994). *Ikonographie und Ikonologie (1934/1955)*. In: Kaemmerling E, *Ikonographie und Ikonologie. Theorie – Entwicklung – Probleme Bildende Kunst als Zeichensystem*. 6. überarbeitete Auflage DuMont, Köln.
- Petersen P (1993). *Dieser kleine Funke Hoffnung. Therapiegeschichte eines sexuellen Mißbrauchs*. Urachhaus, Stuttgart.
- Petersen P (1998). *Ist künstlerische Therapie wissenschaftlich zu verstehen?* *Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*. 9 (4), S. 196-204.
- Petersen P (2002). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien unter Berücksichtigung von Wirksamkeitsstudien. Aufruf zur Besinnung auf die eigenen Quellen*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Picht G (1993). *Kunst und Mythos*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Prinzhorn H (1968). *Die Bildnerei der Geisteskranken*. Springer, Heidelberg.
- Pütz RM (1981). *Kunsttherapie. Eine Alternative zur Regeneration des Menschen*. Bertelsmann, Bielefeld.
- Réja M (1997). *Die Kunst bei den Verrückten*. In: Eissing-Christophersen Ch, LeParc D (Hrsg.), *Marcel Réja. Die Kunst bei den Verrückten*. Springer, Wien.
- Simon M (1876). *L' imagination dans la folie*. *Ann. Méd. Psychol*. 16, S. 358-390.
- Tardieu A (1872). *Etudes médico-légales sur la folie*. Balliere, Paris.
- Tüpker R (2002). *Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung*. In: Petersen P, *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Mayer, Stuttgart.

Kunsttherapeutische Wirkfaktoren in der Onkologie – eine interdisziplinäre Perspektive

Florica Marian

Zusammenfassung

In dieser Studie werden die Wirkfaktoren der Kunsttherapie unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie untersucht. Dabei wird zunächst die künstlerische Tätigkeit anhand von kunsttheoretischen Konzepten von Aristoteles (Mimesis und Katharsis) und Schiller (Stoff-, Form- und Spieltrieb) analysiert. Anschließend werden die von Grawe beschriebenen psychotherapeutischen Wirkfaktoren (Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Bewältigungsperspektive und Klärungsperspektive) im Zusammenhang mit der Kunsttherapie in der Onkologie diskutiert. Jedem der definierten Wirkfaktoren lassen sich kunsttherapeutische Vorgehensweisen zuordnen, wobei ein Schwerpunkt für die Kunsttherapie in der Ressourcenaktivierung liegt. Umgekehrt kann auch eine kunsttherapeutische Methode unter dem Aspekt von verschiedenen Wirkfaktoren betrachtet werden. Die Wirkfaktorentheorie Grawes erweist sich als geeignet, um sowohl unterschiedlichen Aspekten der Kunsttherapie in der Onkologie als auch der Vielfalt der Therapieschulen gerecht zu werden.

Einleitung

Die Bedeutung der Kunsttherapie für die Onkologie wird zunehmend anerkannt und dokumentiert (Jakabos 2000). Forschungsergebnisse im Sinne der Evidence-based-medicine zeigen, dass unterstützende Interventionen wie künstlerische Therapien das emotionale Befinden und die Lebensqualität von PatientInnen mit Krebserkrankungen verbessern (Tschuschke 2002). Weitere Untersuchungen (Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998, Fischer 2002) weisen auf eine heilende Wirkung künstlerischer Therapien bei Krebserkrankungen hin. Patientinnen und Patienten mit Krebs berichten über folgende positive Wirkungen von Kunsttherapie: Die Steigerung von Autonomie und Vertrauen, die Möglichkeit des Ausdrucks und der Auseinandersetzung mit Gefühlen, das Aufrechterhalten des Identitätsgefühls, das Einnehmen einer aktiven statt passiven Rolle, die Steigerung von Wohlbefinden, die Förderung der Auseinandersetzung mit dem Körperbild, Hilfe im Umgang mit Diagnose, Schmerz und Emotionen, die Erfüllung des Bedürfnisses nach Kreativität, das Ermöglichen von Veränderungen sowie eine Zukunftsorientierung (Heywood 2003).

Insgesamt ist dennoch die kunsttherapeutische Forschung in den Anfängen, sowohl im Hinblick auf klinischen Studien als auch im Bereich der Grundlagenforschung.

Der hier vertretene theoretische Ansatz ist integrativ. Damit gemeint ist das Bestreben, wissenschaftliche und theoretische Grundlagen zu erarbeiten, welche Therapieschulen und

Ansatz übergreifend sind und es ermöglichen, die verschiedenen Verfahren zu integrieren. Solche Grundlagen sollen zu einer Entwicklung von der „Konfession zur Profession“ (Grawe 1994) beitragen, welche in der Psychotherapie bereits stattfindet und ebenso in der Kunsttherapie dringend notwendig ist.

Kunsttherapie ist ein interdisziplinäres Fach, das zwischen Kunst und Wissenschaft, Kunstgeschichte und Psychologie, Ästhetik und Medizin steht.

Ebenso gehört die Kunsttherapie einerseits zu den psychotherapeutischen Verfahren (sie ist damit von physikalischen und medikamentösen Therapien abzugrenzen); andererseits ist ihre Grundlagenwissenschaft nicht (allein) wie bei der Psychotherapie die Psychologie sondern erst noch zu entwickeln. So ist es eine Aufgabe kunsttherapeutischer Forschung, aus dem komplexen Geflecht aus Theorien und Forschungsergebnissen verschiedener Wissensgebiete Erkenntnisse zu generieren und miteinander so zu verbinden, dass für die Kunsttherapie allmählich eine wissenschaftliche und Schulen übergreifende Grundlage entsteht.

Die Frage nach kunsttherapeutischen Wirkfaktoren unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie steht im Mittelpunkt dieser Studie.

Ein theoretisches Modell für die kunsttherapeutischen Wirkfaktoren (orientiert an C. G. Jung) finden wir bei Ingrid Riedel (1992). Sie unterscheidet zwischen Gestaltungs-, Symbolisierungs-, Beziehungs- und Besprechungsvorgang. Da der Gestaltungsvorgang für die Kunsttherapie spezifisch ist, ist es meines Erachtens wesentlich, diesen genauer zu analysieren und besser zu verstehen. Die drei weiteren von Riedel definierten Wirkfaktoren sind einerseits nicht kunsttherapiespezifisch; andererseits eignen sie sich durch ihre tiefenpsychologische Ausrichtung nicht als schulenübergreifende Grundlage. Deshalb werden sie im Weiteren nicht explizit besprochen. Hingegen wird die auf Metaanalysen beruhende Wirkfaktoretheorie Grawes auf ihre Relevanz für die Kunsttherapie diskutiert.

Die hier angesprochene Thematik ist in der kunsttherapeutischen Literatur noch wenig erforscht. Konzeptionen von Aristoteles und Schiller und ihre Relevanz als wissenschaftliche Grundlage für die Kunsttherapie wurden noch nicht systematisch untersucht. Auch die Verbindung von ästhetischem mit psychotherapeutischem Wissen ist auf diese Art und Weise noch nicht erfolgt. In diesem Sinne handelt es sich um einen Versuch, der nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Kunsttherapeutische Grundkonzepte

Die ausgewählten Konzepte stammen aus der Poetik von Aristoteles sowie aus den „Briefen über die ästhetische Erziehung der Menschheit“ von Friedrich Schiller. Obwohl beide Autoren nicht die Kunsttherapie im modernen Sinne kennen, erweisen sich ihre erwähnten Werke als geeignet, um sowohl die Phänomene im kunsttherapeutischen Prozess als auch die Vielfalt kunsttherapeutischer Methoden und Verfahren theoretisch zu begründen und zu ordnen (Marian 2001).

a) Aristoteles: Mimesis, das Wesen ästhetischer Erfahrung und Katharsis

Zu Beginn der Poetik stellt Aristoteles fest, dass die **Mimesis** (Nachahmung, Darstellung, Abbild, Ausdruck, Darstellung des Urbildes) die verbindende Gemeinsamkeit der verschiedenen Künste darstellt. Der Raum, der sich in der Mimesis auftut, ermöglicht es, so Aristoteles, dem Dichter, wie auch dem bildenden Künstler, die Dinge darzustellen wie sie waren oder sind, wie man sagt, dass sie seien oder wie sie sein sollten. Insofern ermöglicht die Mimesis einen Spielraum, einen Raum des Möglichen, des als wahr Erscheinenden, des Wahrscheinlichen, des Allgemeinen verbunden mit dem Konkreten, mit dem Individuellen. Dieser Spielraum umfasst eine zeitliche Dimension und ermöglicht einen Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsbezug. Zwischen Vor- und Nachbild besteht eine komplexe Beziehung, die zugleich Ähnlichkeit und Differenz, Identifikation und Abstand ermöglicht.

Für die Maltherapie (um die es vorwiegend in dieser Studie geht) bedeutet dies, dass im Bild einerseits Leidvolles und andererseits eine angenehme Erinnerung, ein freudiges Erlebnis oder ein Wunsch ausgedrückt und gestaltet werden kann. In beiden Fällen (Erleben von Leid oder Freude) ermöglicht das Bild, Distanz zum gegenwärtigen Krankheitszustand und zum Schmerz herzustellen. Indem der Schmerz, sei er seelischer oder physischer Natur, in einem Bild erscheint, wird er zum Gegenüber. Im zweiten Fall ist die Distanz schon mit dem Inhalt des Bildes gegeben: im Akt des Malens entsteht schon das Andere, das als positiv und angenehm erlebt wird. Auch hier wird das Bild zum Gegenüber, das den Maler überdauert und immer wieder angeschaut werden kann. In diesem Schaffen eines als wohltuend erlebten Raumes ist die Möglichkeit gegeben, den Horizont über die Krankheitssituation hinaus zu erweitern, bis hin zu einer spirituellen Begegnung: „Die Malerei hat mir ein geistiges Fenster aufgetan“, so fasste eine Patientin ihre Erfahrungen nach einer Maltherapie zusammen (Marian 2001).

Die Arbeit mit der Zeitdimension, mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft finden wir beispielsweise in einer in der Onkologie eingesetzten Methode. Dabei werden drei Bilder gemalt: ein Bild von der Krankheit, ein Bild von der Bewältigung der Krankheit und ein Bild von einem zu realisierenden konkreten Vorhaben auf dem Weg der Krankheitsbewältigung (Sokal 1986).

Nach Aristoteles haben naturgegebene Ursachen die poetische Kunst hervorgebracht: die angeborene Fähigkeit des Menschen zur Nachahmung und seine Veranlagung für Melodie und Rhythmus. Die Affinität des Menschen zur Nachahmung zeigt sich einerseits schon beim Kind, das in besonderem Maße zur Nachahmung befähigt ist und seine Kenntnisse so erwirbt, andererseits an der Freude, die jeder Mensch an der Nachahmung hat. Als Beispiel hierfür nennt Aristoteles die Erfahrung, dass wir mit Freude möglichst getreue Abbildungen sehen von Dingen, die wir in der Wirklichkeit nur ungern erblicken, wie z.B. unansehnliche Tiere. Diese Tatsache erklärt Aristoteles damit, dass sich die Menschen über Bilder freuen, weil sie beim Betrachten etwas lernen und wieder zu erkennen versuchen. Wenn man das Dargestellte noch nie gesehen hat oder darin nichts Bekanntes wieder erkennt, so kann das Werk wegen der Ausführung, der Farbe oder einer anderen derartigen Eigenschaft Freude bereiten.

Die von Aristoteles festgestellte Unterscheidung zwischen einer aktiven Form bei der Mimesis, in der der Mensch selbst gestalterisch tätig ist und einer rezeptiven, die ihm Freude an den Darstellungen erleben lässt, finden wir auch in der Maltherapie. Durchaus bekannter und

verbreiteter sind jene Ansätze, in denen die Patienten selbst künstlerisch tätig sind. Dennoch finden wir Methoden, auch in der Onkologie, in welchen die Kunstbetrachtung und nicht das Malen im Mittelpunkt stehen (vgl. Deane et al. 2000). Beide Formen, die aktive und die rezeptive Form schließen sich nicht aus und werden in den meisten kunsttherapeutischen Ansätzen miteinander integriert. So ist der Besprechungsvorgang, vor einem psychotherapeutischen (z.B. Riedel 1992) oder künstlerischen Hintergrund (z.B. Hauschka 1991), ebenfalls der rezeptiven Form zuzuordnen.

Neben der Unterscheidung zwischen aktiven und rezeptiven Momenten in der ästhetischen Erfahrung ist im Hinblick auf den kunsttherapeutischen Prozess die Wirkung dieser Erfahrung wesentlich. Wie bereits anfangs erwähnt, unterscheidet Aristoteles mehrere Aspekte von Freude, die uns durch ein Kunstwerk zuteil werden können. Die erste Art von Freude hängt mit dem Prozess des wieder Erkennens zusammen, den wir beim Betrachten nachvollziehen. Indem wir einen Zusammenhang zwischen der Darstellung eines Gegenstandes und seiner im Übrigen bekannten Form herstellen, werden sowohl das Urteilsvermögen gefördert als auch Lernfreude und Staunen hervorgerufen. Also handelt es sich um eine primär mit dem kognitiven Prozess verbundene Freude. Auf die zweite Art von Freude geht Aristoteles nur kurz ein; diese sinnliche und ästhetische Freude hängt mit den Qualitäten des Werkes (z.B. mit seiner Farbigkeit und/oder Ausführung) zusammen.

Die im künstlerischen Prozess bzw. in der Kunstbetrachtung und im Besprechungsvorgang des Werkes nachvollzogenen und erlebbaren Tätigkeiten können folgenderweise zusammengefasst werden: wahrnehmen und beobachten, lernen, vergleichen, wieder erkennen, erinnern und Freude erleben.

In der Medizin und Religion der Antike hat die **Katharsis**, verstanden als Reinigungsvorgang und seelisch-geistige Läuterung ihren festen Platz. In der Poetik beschreibt Aristoteles am Beispiel der Tragödie die Katharsis so, dass der Mimesisvorgang *eleos* und *phobos* (je nach Übersetzung Jammer und Schaudern oder Mitleid und Furcht) hervorrufen und dadurch eine Reinigung von derartigen Zuständen bewirkt. Steiner (1922) weist darauf hin, dass die heutige Interpretation der aristotelischen Katharsis ihrer ursprünglichen Bedeutung nicht gerecht wird und erweitert werden muss im Sinne einer erzieherischen und stärkenden Wirkung auf Selbstgefühl und Selbsterkenntnis des Menschen (Steiner 1985).

Katharsis als wesentlichen therapeutischen Wirkfaktor finden wir, in Anlehnung an die Theorie Freuds, in der psychoanalytisch orientierten Kunsttherapie theoretisch begründet. Dabei wird im Gespräch (bzw. durch das Malen) die Erinnerung an verdrängte traumatische Erlebnisse ermöglicht, welche das gegenwärtige Leiden verursacht haben; durch die Abreaktion der zum Trauma zugehörigen Affekte wird eine therapeutische Katharsis bewirkt (Laplanche und Pontalis 1998). Steiners umfassende Interpretation der Katharsis lässt sich auf das Verständnis dieses Wirkfaktors als einen der wesentlichen und in allen Richtungen der Kunsttherapie vertretenen anwenden.

b) Friedrich Schillers Briefe über die ästhetische Erziehung des Menschen: der Stofftrieb, der Formtrieb und der Spieltrieb

In der kunsttherapeutischen Literatur und Praxis werden oft Schillers Aussagen zum Spiel zitiert: „...der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist und er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt...“ (15. Brief). Dennoch gibt es noch keine umfassende

Untersuchung der Ästhetischen Briefe im Hinblick auf die Kunsttherapie, obwohl einzelne Autoren (z.B. Biniek 1992) auf ihre ganze Tragweite hinweisen.

Schiller stellt das Ästhetische in einem weit gefassten sozialen und politischen Zusammenhang, indem er die ästhetische Erziehung als Erziehung zur Freiheit und zur politischen Reife versteht. Schiller entwickelt seine Theorien über den Spieltrieb und die Bedeutung ästhetischer Erziehung von den Begriffen Stoff- und Formtrieb ausgehend. Diesen zwei Trieben entsprechen nach Schiller polare Fähigkeiten des Menschen, dessen Charakteristiken in folgender Tabelle zusammengefasst sind:

	<i>Stofftrieb</i>	<i>Formtrieb</i>
<i>Ausgangspunkt</i>	-physisch-sinnliche Natur des Menschen	-geistig-vernünftige Natur des Menschen
<i>Bestreben</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Bestimmt-werden -Empfangen seines Objekts -Umfassende Empfänglichkeit und Extensivität im Ergreifen der Welt -beobachten -die Anlagen des Menschen wecken und entfalten -das Innere veräussern -ergriffen-sein -wahrnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> -Selbst bestimmen -Hervorbringung seines Objekts -Umfassende Selbstständigkeit und Intensität im Begreifen der Welt -Gesetzmäßigkeiten erkennen -Freiheit verwirklichen -das Äußere formen -begreifen -gestalten
<i>Gegenstand</i>	-heißt Leben: „alles materiale Sein und alle unmittelbare Gegenwart in den Sinnen“ (15. Brief)	-heißt Gestalt: „alle formalen Beschaffenheiten der Dinge und alle Beziehungen derselben auf die Denkkräfte“ (15. Brief)

Tabelle 1: Die Polarität von Stoff- und Formtrieb

Die Aufgabe der Kultur besteht nach Schiller darin, beide Triebe gleichermaßen ernst zu nehmen und umfassend auszubilden. Ansonsten läuft der Mensch Gefahr, einseitig zu werden, indem entweder der Formtrieb (das Denken und Vorstellen) dem Anschauen und Empfinden vorgreift oder der Stofftrieb (das empfangende Vermögen, die Sinnlichkeit) bestimmend wird.

Der Stofftrieb und der Formtrieb wurden in ihrer Polarität und Komplementarität dargestellt. Nach Schiller bleibt dem Menschen jeweils eine Seite seines Wesens fremd, solange er ausschließlich einen Trieb nach dem anderen befriedigt. Wodurch ist es dem Menschen jedoch möglich, sich trotzdem als Einheit zu erleben? Gibt es Momente, in denen er beide

Triebe zugleich erfahren kann: denkend empfindet, empfindend denkt und dabei die doppelte Erfahrung seiner physischen und geistigen Natur macht? Schillers Antwort ist, dass dies nur im Spiel möglich ist und der Mensch nur dann das Menschsein in seiner Vollständigkeit und Ganzheit erfährt. Nur im Spiel werden Realität und Form, Leiden mit Freiheit, Leben mit Gestalt zu einer „lebenden Gestalt“ verbunden. So kann durch die Arbeit des Bildhauers ein lebloser Marmorblock zu einer lebenden Gestalt werden. Dadurch, dass der Mensch seinem Leben Gestalt und seiner Gestalt Leben gibt, kann er zur lebenden Gestalt werden.

Davon ausgehend, dass Vollkommenheit für den Menschen in der übereinstimmenden Energie seiner physischen und geistigen Kräfte liegt, folgert Schiller, dass entweder ein Mangel an Übereinstimmung oder ein Mangel an Energie diese Vollkommenheit verhindern kann. Der Zustand, in dem der Mensch unter der einseitigen Tätigkeit einzelner Kräfte (Vorstellungen oder Gefühle) leidet, nennt Schiller die Anspannung. Leidet der Mensch an mangelnder sowohl geistiger als auch physischer Energie, so nennt es Schiller Abspannung. Durch die Schönheit, durch die künstlerische und ästhetische Tätigkeit ist es nach Schiller möglich, im Menschen sowohl die Harmonie als auch die Energie wieder herzustellen. Dadurch, dass im Spiel bzw. in der künstlerischen Aktivität Sinnlichkeit und Vernunft zugleich tätig sind, wird ihre gegenseitige Macht aufgehoben. Dabei herrscht nicht Willkür, sondern Harmonie von Gesetzen und innere Notwendigkeit. Im letzten seiner Briefe (27. Brief) verbindet Schiller ästhetische Erfahrung mit dem Erleben von Freiheit und Freude: „Mitten in dem furchtbaren Reich der Kräfte und mitten in dem heiligen Reich der Gesetze baut der ästhetische Bildungstrieb an einem dritten, fröhlichen Reich des Spiels und des Scheins, worin er dem Menschen die Fesseln aller Verhältnisse abnimmt und ihn von allem, was Zwang heißt, sowohl im Physischen als auch im Moralischen entbindet.“ In dieser Möglichkeit der Erfahrung, sowohl von Freiheit als auch von Freude, scheint mir ein wesentlicher Wirkfaktor der Kunsttherapie zu liegen. Darüber hinaus ist es möglich, in der Kunsttherapie sowohl den Stoff- als auch auf den Formtrieb zu fördern. Den Stofftrieb zu fördern kann bedeuten: die Farb- und Formwahrnehmung in Natur und Kunst zu schulen sowie die Wahrnehmung für die eigenen Gefühle und Empfindungen zu fördern. Der Formtrieb kann gefördert werden, indem das Wahrgenommene Gestalt und Form annimmt. In diesem Prozess werden ästhetische und seelische Gesetzmäßigkeiten gesucht und erkannt. Der Formtrieb wird auch unmittelbar in Tätigkeiten wie dem geometrischen Zeichnen angesprochen, bei denen der formale und gedankliche Aspekt im Vordergrund stehen.

Ebenso werden Stoff- und Formtrieb in jeder Bildbesprechung und in jedem Reflexionsprozess gefordert und gefördert.

Kunst- und psychotherapeutische Wirkfaktoren

a) Künstlerische Tätigkeiten und kunsttherapeutische Wirkfaktoren

Auf der Basis der dargestellten aristotelischen und schillerschen Grundlagen sowie aufgrund weiterer Forschungsergebnisse (Marian 2001) werden nun verschiedene Tätigkeiten und Erfahrungen differenziert, welche für den künstlerischen Prozess charakteristisch sind.

Um die Vielfalt dieser Tätigkeiten zu ordnen, werden die zehn Kategorien von Aristoteles (Substanz, Quantität, Qualität, Relation, Ort, Zeit, Lage, Eigenschaft, Wirken und Leiden) zu Hilfe genommen und ihnen die den künstlerischen (malerischen und zeichnerischen) Prozess konstituierenden Tätigkeiten zugeordnet.

<i>Kategorie, Art der Aussage</i>	<i>Künstlerische Tätigkeit / durch die Kunst ermöglichte Erfahrung</i>
1. Substanz	Farbe / Form / Licht / Dunkelheit wahrnehmender und schaffender Prozess
2. Quantität	
3. Qualität	
4. Relation	vergleichen, Gesetzmässigkeiten erkennen; Gleichgewicht, Symmetrie, Ordnung und Ganzheit schaffen, wieder erkennen und erinnern
5. Ort	Landschaften und Räume schaffen
6. Zeit	Jahres- und Tageszeitenbezogener Prozess, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunftsbezogener Prozess
7. Lage	Perspektive, Distanz, Tiefe schaffen
8. Eigenschaft	Erleben von Freude, Schmerz, Ruhe, Bewegung, Rhythmus, Entspannung, Harmonie
9. Wirken	Spielen, gestalten, improvisieren, planen, entscheiden, erfinden, entdecken, Phantasie anregen, Sinn suchen und finden, denken und vorstellen, wahrnehmen, beobachten, lernen, wiederholen, üben ausdrücken
10. Leiden	Schmerz erleiden, Katharsis

Tabelle 2: Künstlerische Tätigkeiten und Erfahrungen, den aristotelischen Kategorien zugeordnet.

Diese Prozesse werden in der künstlerischen Arbeit in unterschiedlicher Art und Weise aktiviert und lassen sich bei KünstlerInnen beobachten bzw. in ihren Selbstaussagen nachweisen (z.B. bei Paul Cézanne, Claude Monet, Vincent Van Gogh, Edward Munch, Frida Kahlo, Piet Mondrian, Paul Klee und Joseph Beuys).

In der Kunsttherapie stehen diese Möglichkeiten PatientInnen und TherapeutInnen zur Verfügung. Einem Farbkasten oder den Klaviertasten vergleichbar, können dies beide für eine gemeinsame Improvisation nützen. Inwieweit sie spezifisch eingesetzt werden hängt von der Kompetenz der TherapeutInnen, der Therapierichtung, der Indikation und insbesondere von der individuellen Situation der PatientInnen ab. In der therapeutischen Situation können die künstlerischen Tätigkeiten und Erfahrungen zu kunsttherapeutischen Wirkfaktoren werden.

b) Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Kunsttherapie in Bezug auf die Onkologie

Wie bereits angesprochen wird die spezifisch künstlerische Tätigkeit in der Kunsttherapie durch einen Reflexionsprozess ergänzt, der in seinem Stellenwert, seiner Intensität und Ausprägung je nach Therapieschule und Indikation sehr unterschiedlich ist. Dieser Reflexionsprozess weist trotz seiner Spezifität durch das bildnerische Medium viele Gemeinsamkeiten mit einem rein verbalen psychotherapeutischen Prozess auf, so dass wir es in der Kunsttherapie sowohl mit spezifisch künstlerischen bzw. kunsttherapeutischen (vgl. Tabelle 2) als auch mit psychotherapeutischen Wirkfaktoren zu tun haben. Anhand der Analyse von mehreren tausend Psychotherapiestudien im Hinblick auf relevante Ergebnisse für die Wirkungsweise von Psychotherapien unterscheidet Grawe (1994, 1998) vier Wirkprinzipien: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Bewältigungsperspektive und Klärungsperspektive. Im Folgenden werden diese Wirkfaktoren charakterisiert und ihre Bedeutung für die Kunsttherapie in der Onkologie erläutert.

Ressourcenaktivierung:

Gemeint ist hier die Förderung von Fähigkeiten, die Erschließung neuer Interessen und die Motivierung für die Wahrnehmung eigener Stärken und positiver Seiten.

In der Ressourcenaktivierung liegt eine Stärke der Kunsttherapie: diese bietet ein differenziertes Spektrum an Methoden (Marian 2001), die es ermöglichen, die eigenen Ressourcen zu aktivieren und/oder Neues zu entdecken, wie beispielsweise durch:

- eine Förderung des Wahrnehmungsvermögens, z.B. für Farben und Formen, beim Malen sowie in Natur und Kunst.
- die Möglichkeit, malerisch an Themen, Motive, Tätigkeiten anzuknüpfen, welche vor der Erkrankung wichtig waren.
- die Auseinandersetzung mit der Kunstgeschichte.
- das Erleben von Freude und Freiheit beim Malen
- die Möglichkeit, Orte und Situationen darzustellen, welche mit Freude und positiven Gefühlen verbunden sind (z.B. eine Landschaft aus der Kindheit oder ein Ort, an dem man sich gerne befinden würde).
- die Möglichkeit, an Bildelementen wie Tiefe, Perspektive, Stimmung zu arbeiten. Merleau-Ponty (1964) nennt solche Elemente „Schichten des Seins“ und weist damit auf Dimensionen hin, welche sowohl im Bild vorhanden sind als auch existenzielle Erfahrungen

für den Menschen bedeuten. Es ist zum Beispiel eine ganz andere Erfahrung, unmittelbar vor einer hohen steilen Bergwand zu stehen oder mitten in einer Landschaft, bei der der Blick in die Weite schweifen kann. Im zweiten Fall ermöglicht die Tiefe, einen Weg zu erkennen, den der Blick erwandert, einen Weg von meinem Standort zum Horizont, vom „hier“ zum „dort“. Noch deutlicher ist es bei der Tiefenperspektive, wenn eine Reihe zunehmend heller werdender Hügel diese Tiefe ermöglicht. Ein solcher Anblick erfreut und macht die Beliebtheit von Aussichtspunkten aus. Das Erleben von Weitblick, Tiefe und schöner Aussicht beim Malen sowie die Tatsache, dass man diese selber geschaffen hat, kann in einer Krankheit bzw. Krisensituation, in der jegliche Perspektive und Aussicht fehlt, hilfreich sein.

Infolge einer Tumorerkrankung können PatientInnen eine Fülle psychischer Symptome entwickeln, von denen die häufigsten Angst und Depression sind (Pouget-Schors und Degner 2002). Im Zusammenhang mit dem Erfahren der Diagnose, dem Fortschreiten der Erkrankung und nebenwirkungsreichen Behandlungen kann die Angst in unterschiedlichem Maße auftreten und zunehmen. Damit wird die Lebensqualität negativ beeinflusst und die sozialen sowie emotionalen Fähigkeiten der PatientInnen eingeschränkt. Depressive Reaktionen, von Traurigkeit und Trauer bis hin zu schweren Depressionen gehen mit dem Verlust von Lebensfreude und Interesse einher, werden von Gefühlen der Wert- und Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken begleitet. Ungefähr die Hälfte der PatientInnen mit einer Krebserkrankung ist in der Lage, ihre Situation mit den eigenen Ressourcen zu bewältigen (Pouget-Schors und Degner 2002). In diesem Kontext ist Ressourcenaktivierung von besonderer Bedeutung und hier bietet die Kunsttherapie vielfältige Möglichkeiten der Unterstützung. Dies ist ebenso der Fall bei weiteren, durch die Tumorerkrankung oder Tumorbehandlung ausgelösten Symptomen wie physische Schmerzen oder eine Körperbildproblematik.

Problemaktualisierung:

Dieses Wirkprinzip beruht auf der Annahme, dass es für eine erfolgreiche Veränderung wesentlich ist, dass die Patientin oder der Patient während der Therapie ihre oder seine Probleme tatsächlich erlebt. Die Unterschiede zwischen den Therapieschulen bestehen in der Art und Weise, wie die Probleme inszeniert, aufgezeigt und zum Erleben gebracht werden.

Während des Gestaltungs- sowie Besprechungsvorganges haben die PatientInnen die Möglichkeit, die eigene Problematik zu erleben; in welcher Art und Weise dies von der Therapeutin/ vom Therapeuten gefördert wird, hängt stark vom jeweiligen kunsttherapeutischen Ansatz und Setting ab. Grundsätzlich ermöglicht der malerische Prozess Selbstwahrnehmung und Bewusstwerdung, Reflexion eigener Denk- und Verhaltensweisen sowie eine Veränderung vorzunehmen und zu üben.

In Bezug auf die Onkologie können insbesondere zwischenmenschliche Kommunikationsprobleme, soziale Konflikte sowie eine Körperbildproblematik während der Kunsttherapie erfahren, wahrgenommen und angeschaut werden.

Bewältigungsperspektive:

Hier sind konkrete unterstützende Maßnahmen und Lösungsansätze gemeint, welche den Patientinnen aktiv helfen, ihre Schwierigkeiten und Probleme zu überwinden.

Wie bereits angesprochen, werden Tumorerkrankungen von Gefühlen wie Angst, Traurigkeit, Verzweiflung, Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Ärger, Wut sowie von Schuldgefühlen

begleitet (Tschuschke 2002). Die Kunsttherapie ermöglicht ihren Ausdruck und kann durch die stattfindende Katharsis Erleichterung bzw. einen neuen Umgang mit ihnen schaffen. Die Kunsttherapie geht von der Möglichkeit des Ausdrucks aus und fügt diese in einem therapeutischen Prozess der Auseinandersetzung mit dem Leid ein. Der Ausdruck erleichtert unmittelbar, aber der fortgesetzte Schaffensprozess ermöglicht Veränderungen und Wandlungsprozesse (Marian et al. 2002).

Eine weitere Unterstützung bietet beispielsweise die anthroposophische Kunsttherapie PatientInnen mit kognitiven Störungen (wie Konzentrations-, Wahrnehmungs-, Orientierungs- und Aufmerksamkeitsstörungen) infolge von Gehirntumoren bzw. Nebenwirkungen der Chemo- oder Strahlentherapie an. Hier können strukturierende Übungen wie gegenständliches und geometrisches Zeichnen angewendet werden (Mees-Christeller 2000). Das Zeichnen von geometrischen Formen sowie die Auseinandersetzung mit Alltagsgegenständen wirken strukturierend und fördern kognitive Fähigkeiten durch folgende, dem Formtrieb zugeordnete Tätigkeiten: Gesetzmäßigkeiten erkennen, Symmetrie, Ordnung und Ganzheit schaffen, planen, vorstellen, wahrnehmen und denken, erinnern und erkennen (vgl. Tabelle 2).

Bei Gleichgewichtsstörungen kann das Formenzeichnen eingesetzt werden. Dabei werden möglichst im Stehen vor der Staffelei grosszügige und fließende Bewegungen angestrebt, wobei die gleiche Form mehrmals wiederholt wird (Mees-Christeller 2000).

Klärungsperspektiven:

Die therapeutische Unterstützung besteht hier darin, dem Patienten zu helfen, Sinn und Bedeutung von Erlebnissen und Erfahrungen zu suchen sowie Klarheit bezüglich seiner Lebensmotive und Ziele zu schaffen.

In der Kunsttherapie kann dieses Wirkprinzip in sehr vielen unterschiedlichen Situationen realisiert werden (z.B. im Malen von Stimmungen, sei es von Natur- und/oder Seelenstimmungen). Ein kunsttherapeutischer Prozess kann in den meisten Fällen von einem Gespräch im Sinne der therapeutischen Klärung positiv beeinflusst werden.

Insgesamt handelt es sich bei den beschriebenen Wirkfaktoren um sich ergänzende und nicht sich ausschließende Perspektiven. Es geht nicht um ein entweder klärendes oder übendes Verfahren, sondern um eine individuell abgestimmte Integration beider Möglichkeiten, die sich gegenseitig abwechseln, einander vorbereiten und ineinander übergehen können.

Jedem der definierten Wirkfaktoren lassen sich kunsttherapeutische Vorgehensweisen zuordnen. Umgekehrt kann auch eine kunsttherapeutische Methode unter dem Aspekt von verschiedenen Wirkfaktoren betrachtet werden. Dies möchte ich anhand der „malerischen Atemübung“ von M. Hauschka (1991) verdeutlichen. Diese Grundübung aus der anthroposophisch orientierten Kunsttherapie wird bei Patientinnen und Patienten mit Krebs häufig eingesetzt. Die ausgebreitete Regenbogenfarbenfolge liegt ihr zugrunde: mit Gelb in der Mitte anfangend, das nach oben ins Orange und Rot übergeht und nach unten ins Grüne und Blaue führt. Im Weiterarbeiten können auf dieser Grundlage verschiedene Landschaftsmotive entstehen. Unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung steht das Kennenlernen von Gesetzmäßigkeiten der Farben im Vordergrund, das zugleich einen Rahmen und Freiraum für die eigene Gestaltung bietet. Ressourcen werden aktiviert und positive Erfahrungen möglich, wenn die PatientInnen erleben, dass sie ohne Vorkenntnisse eine harmonische Farbenfolge bzw. Landschaftsmotive gestalten können.

Das Wirkprinzip der Problemaktualisierung wird dann aktiviert, wenn die PatientInnen beim Malen bzw. beim Besprechen des Bildes auf Erfahrungen aufmerksam werden, welche im Zusammenhang mit der eigenen Problematik stehen.

Die „malerische Atemübung“ lässt sich dem Aspekt der Problembewältigung zuordnen, wenn die PatientInnen diese konkret als hilfreich erleben, z.B. als beruhigend bei Angstzuständen oder als harmonisierend bei Stimmungsschwankungen.

Die Klärungsperspektive wird dann realisiert, wenn sich im Laufe der Arbeit an dieser Übung bzw. in einem begleitenden Gespräch sich für die PatientInnen Aspekte des eigenen Erlebens oder Verhaltens klären.

Eine Pilotstudie über Kunsttherapie mit Knochenmarktransplantierten PatientInnen (Gabriel et al. 2001) weist ebenfalls auf die beschriebenen Wirkfaktoren hin: Verstärkung positiver Gefühle, Reduzierung von Stress, Klärung existenzieller und spiritueller Fragen sowie Ausdruck und Verwandlung der eigenen Erfahrungen.

Ausblick

Die Kunsttherapie verbindet verschiedene Disziplinen und so ist die Frage nach kunsttherapeutischen Wirkfaktoren nur aus interdisziplinärer Perspektive zu beantworten. In dieser Studie werden künstlerisch-ästhetische Ansätze und Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung miteinander verbunden und eine Vielzahl kunsttherapeutischer Wirkfaktoren identifiziert. Dazu gehören erstens diejenigen, welche sich aus der Reflexion der künstlerischen Tätigkeit herleiten und daher für die Kunsttherapie spezifisch sind (Tabelle 2). Eine differenzierte Darstellung des Gestaltungsvorganges ist der Kunsttherapie angemessen; nur dadurch werden die vielfältigen und spezifischen Möglichkeiten der Kunsttherapie sichtbar. Zweitens zeigt die Betrachtung der von Grawe beschriebenen Wirkfaktoren unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie, dass die Kunsttherapie spezifische Möglichkeiten hat, diese Wirkprinzipien (insbesondere die Ressourcenaktivierung) zu verwirklichen.

Dies setzt zweierlei voraus: umfassendes kunsttherapeutisches Wissen sowie psychoneurologische bzw. neuropsychologische Kompetenz beim Therapeuten und Interesse bzw. Motivation beim Patienten. Weitere Forschung ist nötig, um die Kunsttherapie als unterstützendes Therapieverfahren in der Onkologie zu etablieren und ihre Wirkungsweise besser zu verstehen.

Literatur

- Aristote (1980). *La Poétique*. Hrsg. Von Dupont-Roc L, Lallot, J. Paris: Editions du Seuil.
- Aristoteles (1957). *Die Kategorien*. Darmstadt: Reclamverlag.
- Biniek EM (1992). *Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln. Eine Einführung in die Gestaltungstherapie*. 2. Aufl. Darmstadt.
- Deane K, Fitch M, Carman M (2000). An innovative art therapy program for cancer patients. *Can Oncol Nurs J*. 2000 Fall; 10(4):147-51; S. 152-7.

- Fischer F (2002). "Malen ist meine Heilung" eine phänomenologisch orientierte Untersuchung über Bewusstseinsvorgänge in der Maltherapie am Beispiel einer an Morbus Hodgkin erkrankten Frau, Dissertation Medizinische Hochschule Hannover.
- Gabriel B, Bromberg E, Vandenvoorenkamp J, Walka P, Kornblith B, Luzzatto P (2001). Art Therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psycho-oncology*, S. 114-123.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hofgrefe.
- Grawe K (1998). *Psychologische Therapie*, Göttingen: Hofgrefe.
- Hauschka M (1991). *Zur künstlerischen Therapien, Bd.II. Wesen und Aufgabe der Maltherapie*. 2.Aufl. Boll über Göppingen.
- Herrlen-Pelzer S, Rechenberg P (1998). *Malen mit Krebspatienten*, Ulm Stuttgart Jena Lübeck: Gustav Fischer.
- Heywood K (2003). *Introducing Art Therapy into the Christie Hospital Manchester UK 2001-2002 Complementary Therapies in Nursing and Midwifery Vol.9, Issue 3, S.125-132*.
- Jakobos CE (2000). *Kunsttherapie in der Onkologie. Eine Literaturstudie*. Dissertation Medizinische Hochschule Hannover.
- Küwen M und Borchert E (2000). *Heilendes Malen ^ Ein kunsttherapeutischer Weg*. Bremen: Donat Verlag.
- Laplanche J, Pontalis JB (1998). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. 14.Aufl. Frankfurt a. M: Suhrkamp
- Marian F (2000). *Beitrag zu einer Systematik und zum Verständnis kunsttherapeutischer Methoden*. Dissertation Universität Witten / Herdecke.
- Marian F, Petersen P und Voigt W (2002). *Die Wandlung im maltherapeutischen Prozess*. *Der Merkur*, 55. Jg., Heft 5.
- Mees-Christeller E (2000). *Anthroposophische Kunsttherapie Bd. II. Therapeutisches Zeichnen*. Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Merleau-Ponty M (1964). *L'oeil et l'esprit*. Paris: Gallimard.
- Pouget-Schors D und Degner H (2002). *Erkennen des psychosozialen Behandlungsbedarfs bei Tumorpatienten*. In: *Manual Psychoonkologie*. München, Tumorzentrum und Zuckschwerdt Verlag.
- Riedel I (1992). *Maltherapie. Eine Einführung auf der Basis der Analytischen Psychologie von C.G. Jung*. Stuttgart.
- Schiller F (1987). *Über die ästhetische Erziehung in einer Reihe von Briefen*. Durnau.
- Sokal I (1986). *Erfahrungen mit Maltherapie bei der Behandlung von Krebskranken*. In: Frischenschlager O (Hrsg.): *Beiträge zur Psychoonkologie*, Wien.
- Steiner R (1985). *Vortragszyklus: Westliche und östliche Weltgegensätzlichkeit. Wege zu ihrer Verständigung durch Anthroposophie*. (Vortrag vom 9.6.1922) Dornach.
- Tschuschke V (2002). *Entwurf für einen Leitlinien-Programm für psychosoziales (psychoonkologisches) Disease Management bei Brustkrebskrankungen*. Köln.

Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien unter Berücksichtigung von Wirksamkeitsstudien – Aufruf zur Besinnung auf die eigenen Quellen*

Peter Petersen

Motto

Forschung Künstlerischer Therapeuten gleicht einem Kristall, der Licht und Wärme durchfluten lässt und so neue Weltperspektiven eröffnet (Eckhard Weymann).

Forschungsmethoden müssen dem Gegenstand der Forschung, Künstlerische Therapien, gemäß sein!

Zusammenfassung

Für Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien gilt der Grundsatz: Die Methode des Forschens muss dem Forschungsgegenstand angemessen sein - das heißt, der Künstlerischen Qualität von Therapie. Diesem Grundsatz wird die Forschungsmethodologie der Evidence-based-Medicine (mit randomisierten, anonymisierten Vergleichsgruppen und ihrer Forderung nach Reproduktion der therapeutischen Wirkungen) sicherlich nicht gerecht. Hingegen gibt es Annäherungen an den oben genannten Grundsatz mit Hilfe von drei Grundsätzen:

- Der qualitativen Sozialforschung (Aldridge)
- Der sogenannten Cognition-based-Medicine (Kiene)
- Der von Rosemarie Tüpker formulierten Grundhaltungen forschender Therapeuten

Diese drei Grundsätze werden zusammengefasst dargestellt als „Farbkreis-Standard“ Künstlerisch Therapeutischer Forschungsmethoden. Entscheidend dabei ist, dass jeder Künstlerische Therapeut seine Methode des Forschens entwickeln kann, wenn er diese Grundsätze beachtet. Allerdings erfordert das vom forschenden Therapeuten höchste Disziplin.

* Hauptvortrag, Salzburg 4. bis 6. Oktober 2002, Tagung der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie und des Deutschen Fachverbandes für Kunst- und Gestaltungstherapie

1. Einleitung

Was steht heute auf dem Spiel?

Die Zukunft Künstlerischer Therapien (Das Wort „Künstlerische Therapien“ benutze ich als Oberbegriff für Musik-, Kunst-, Bewegungs-, Sprach-, Schauspieltherapien sofern sie den Prinzipien von Dialogik, autonomem Therapeutischen Prozess und Respekt vor dem therapeutischen Medium gehorchen.) wird auch durch forschendes Tätigsein Künstlerischer Therapeuten bestimmt. Dabei ist es entscheidend: Sind die Methoden des Forschens angemessen dem Gegenstand der Forschung, nämlich der Kunst?

Forschung dient der Vergegenwärtigung therapeutischer Tätigkeit. Forschen muss immer konkret und transparent sein. Durch eine dem künstlerisch-therapeutischen Gegenstand angemessene Forschung kann das therapeutische Geschehen in eine neue Dimension gehoben werden. Forschung Künstlerischer Therapeuten gleicht dann einem Kristall, der Licht und Wärme durchfluten lässt und so neue Weltperspektiven eröffnet (Eckhard Weymann).

Der Forschende muss aus der umfassenden Fülle seines künstlerisch-therapeutischen Tätigseins - zum Beispiel einer Bilderserie, einer Serie von musiktherapeutischen Improvisationen - immer einen bestimmten Aspekt herausgreifen. Das ist ein Akt der Reduktion. Die entscheidende Frage ist dabei: Steht diese Reduktion auch weiterhin im Kontakt mit dem Gegenstand der Forschung oder kommt es zur unästhetischen Entfremdung - wie das zum Beispiel bei statistischen Teststudien oft notwendigerweise geschieht? Forschungsmethoden müssen dem Gegenstand der Forschung gemäß sein - also dem Wesen Künstlerischer Therapien angepasst - nicht umgekehrt: Künstlerische Therapien werden durch traditionelle Methoden nivelliert, entfremdet und von ihren Wurzeln abgeschnitten.

Entscheidend bei der Forschung ist weiterhin: ist die Dimension der Kunst gewahrt? Kunst eröffnet uns die Dimension der Freiheit und der Imagination. Oder gleitet Kunsttherapeutische Forschung ins mechanistische Denken ab.

Wie wirksam sind Künstlerische Therapien? Wenn der Beweis nicht mit traditionellen Methoden möglich ist, haben Künstlerische Therapeuten dann noch eine Berechtigung auf dem Gesundheitsmarkt? Mit dieser Keule der traditionellen Wirksamkeitsforschung - die leicht zur Demütigung für Künstlerische Therapeuten wird - kann vor allem die Essenz Künstlerischer Therapien vernichtet werden. Denn zum Kern Künstlerischer Therapien gehört eine Dreiheit:

- Die Steigerung des Sinnenbewusstseins (in einer ästhetischen Anthropologie - zur Lippe, Petersen 2002)
- Die Individualität des Patienten in seiner Einzigartigkeit und in seiner einzigartigen Ausdrucksgestaltung (Knill et al. 1995, Levine 1999)
- Die individuelle heilende Beziehung, die sich in der therapeutischen Beziehung zwischen Patientin und Therapeut und im autonom ablaufenden therapeutischen Prozess zwischen beiden darstellt (Aldridge, Petersen 2000)

Diese Dreiheit kann all zu leicht zum Opfer fallen bei unreflektierter, panikartiger Anwendung von Wirksamkeitsmethoden der klassischen Medizin und klassischen Psychotherapie, die mit Hilfe randomisierter Vergleichsgruppen den blühenden Garten Künstlerischer Therapien nivellieren, anonymisieren und entsinnlichen zu einer grauen Masse, bei der vom Wesen der Künste nichts übrig bleibt.

2. Traditionelle Forschungsparadigmen, deren Problematik und die gegenwärtige Forschungssituation im deutschsprachigen Raum

Grundsätzlich kann Forschung unter drei Perspektiven betrieben werden: Als Grundlagenforschung, als Prozessforschung und als Wirksamkeitsforschung, heute meist im Gewande von Rechtfertigungsforschung (Kriz 2002).

Im Vordergrund der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion heute steht Wirksamkeitsforschung. Was ist deren Gegenstand? Mit Hilfe bestimmter Messmethoden wird bewiesen, dass während oder nach Künstlerischen Therapien Krankheitssymptome kausal gebessert sind oder zum Verschwinden gebracht wurden oder, dass Patienten ihre Beschwerden besser bewältigen konnten. Dabei ist die Wirkungsweise der Therapien uninteressant; Therapie passiert laut diesem Paradigma nach dem Prinzip der Black Box. Das Prinzip der kausalen Wirksamkeit wird nach diesem wissenschaftlichen Paradigma nur anerkannt, wenn eine bestimmte Methodologie angewandt wird, nämlich: Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren auf abgegrenzte Symptome unter streng kontrollierten Laborbedingungen (Kriz). Therapeutische Wirksamkeiten können nur durch Gruppenvergleiche (Kohorten) von randomisierten Patientengruppen im Doppelblindverfahren bewiesen werden, wobei die Therapiephänomene in vielen Studien unabhängig voneinander reproduziert werden müssen. Randomisation heißt: Durch den Zufall werden Patientengruppen mit vergleichbarer Struktur ausgewählt. Dieses Prinzip der reproduzierbaren, randomisierten, vergleichbaren Kohortenstudie mit experimentellem Ansatz (also unter Laborbedingungen) gilt als Goldstandard in der gegenwärtigen Methodologie der Wirksamkeitsforschung (Kiene 2001, 2002). Aufgrund dieses heute gültigen Paradigmas - das besser als Dogma bezeichnet sein sollte - gibt es kein sicheres Kausalerkennen außerhalb dieser Methodologie. Kausalerkennen von therapeutischer Wirksamkeit am Einzelfall ist unmöglich - so sagt es das Dogma (Kiene 2002). Das Paradigma hat sich inzwischen in der sogenannten Evidence-based-Medicine niedergeschlagen. Im Rahmen der Evidence-based-Medicine (EBM) werden heute Leitlinien erstellt, nach denen die Wirksamkeit therapeutischer Methoden eingeteilt werden. Entsprechend dieser Einteilung bezahlen die Krankenkassen - oder nicht. Dieses wissenschaftliche Denken hält den Mythos aufrecht, dass wir Wissenschaftler sein müssen, um überhaupt etwas zu wissen (Aldridge).

Kunsttherapeuten befinden sich bereits im Sog dieses Paradigmas. Ich denke etwa an die „Anforderungsliste psychosoziale Versorgung“ von Michael Kusch; hier sollen Leitlinien für die klinische Praxis von Künstlerischen Therapeuten nach dem Paradigma der Evidence-based-Medicine erstellt werden, wobei kontrollierte, randomisierte Studien den höchsten Grad von wissenschaftlicher Evidence darstellen. Diese Anforderungsliste ist meines Erachtens Ausdruck defensiven Denkens Künstlerischer Therapeuten.

Es gilt, kritische Distanz zu wahren. Es gibt zahlreiche, fundierte Einwände gegen dieses traditionelle Paradigma. Ich nenne nur einige.

- I. Diese Art Wirksamkeitsforschung ist machtpolitische Rechtfertigungsforschung. Durch die oben genannte Evaluationsmethode soll die Überlegenheit einer Methode A über die Methode B bewiesen werden. Hier geht es vor allem um die machtpolitische Frage, ob der jeweils Mächtige die Methode des weniger Mächtigen anerkennt oder nicht. Es ist klar: Künstlerische Therapeuten sind in diesem gesellschaftspolitischen Machtspiel die weniger Mächtigen.

- II. Unter Wissenschaftstheoretikern herrscht Konsens: „Das Ziel, 'objektive' Tatsachen zu einem Gebäude 'wahrer' Sätze zusammenzufassen, ist sowohl logisch wie auch empirisch nicht mehr haltbar. Unter dem Deckmantel und Missbrauch von Attributen, wie 'wissenschaftlich' und 'methodisch' werden erfolgreiche Therapiemethoden vom Markt gedrängt“ (Kriz).
 „Die Wissenschaft neigt mit ihrer Versessenheit auf 'objektive Wahrheiten' dazu, andere 'Wahrheiten' zu ignorieren. Als Therapeuten verfügen wir aber über viele Möglichkeiten, Wissen zu erwerben: Durch Intuition, durch Erfahrung, durch Beobachtung. Wenn wir diese Art von Wissen außer acht lassen, reden wir einer Vorstellung das Wort, dass es eine objektive, definitive, äußere Wahrheit gibt, die als steinerne Tafel existiert, zu der nur wir, die Eingeweihten, Zugang haben“ (Aldridge).
- III. Einzelfallforschung ist praktisch und wissenschaftsmethodisch inzwischen etabliert (Kiene 2001) - auch wenn sie sich im Kraftfeld gesellschaftspolitischer Machtspiele noch nicht durchgesetzt hat. Sogar die deutsche Ärzteschaft warnt auf dem Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock vor fantasieloser Standardisierung und Richtlinienmedizin nach dem Motto „Medizin nach Maß, nicht von der Stange“ (Clade).
- IV. Die Evidence-based-Medicine kann mit ihrer Methodologie ausschließlich kausale Faktoren der Vergangenheit beschreiben. Diese Medizin ist durch ihren extremen und einseitigen Reduktionismus vergangenheitsverhaftet. Das teleologische Prinzip der modernen Systemtheorie dagegen kann schöpferische Kräfte der Zukunft berücksichtigen: Zielvorstellungen, Fantasien, Imaginationen, 'Sinnattraktoren' erscheinen als Zeichen von Lebensprozessen, die in die Zukunft weisen (Kriz).
 Diese Einwände können das Forschungsparadigma der Evidence-based-Medicine als Dogma entlarven, dessen wissenschaftliche und lebenspraktische Bedeutung höchst einseitig ist. Forschungen nach diesem Paradigma können aus methodologischen Gründen nur einen kleinen und geringen Ausschnitt der therapeutischen Wirklichkeit abbilden.

3. Einzelfallforschung - Der Farbkreis-Standard Künstlerischer Therapien

Das Wort Farbkreis-Standard Künstlerischer Therapien habe ich gewählt als methodischen Kontrast zum Begriff Goldstandard der Evidence-based-Medicine. Am Farbkreis lassen sich zwei Prinzipien Künstlerischer Therapien ablesen: Die Vielfalt der Sinnlichkeit und Sinnenfreude sowie: Durch Opposition der Komplementärfarben bildet sich eine dynamische Ganzheit - die Farb-Opposition mag hindeuten auf objektive Intersubjektivität. Last not least steht die Vergänglichkeit der Regenbogenfarben im Kontrast zur unverrückbaren, fixierten Statik des Goldes, das sich chemisch nicht verbindet und tonnenweise als totes Sicherheits skelett in den Kellern der Banken gehortet liegt. Sinnenfreudige Dynamik vergänglichen und wiederauferstehenden Lebens im Farbkreis-Standard kontrastiert zum vergangenheitsfixierten Goldstandard.

Die Notwendigkeit von Wirksamkeitsstudien steht außer Zweifel. Bei der Wirksamkeitsforschung ist grundsätzlich zu fragen:

- Liegt das Paradigma von Krankheit (im Sinne von klassischer Medizin und EBM) oder das von Gesundheit zugrunde?

- Welche wissenschaftlichen Beschreibungen gibt es für das Gesundheitsparadigma?
- Wer soll mit einer Studie wovon überzeugt werden - z. B. Krankenkassen durch Symptombeseitigung oder eine breite Bevölkerung, indem Lebensfreude, Kreativität und Selbstwertgefühl gesteigert werden?
- Handelt es sich um Wirksamkeit bei (primärer, sekundärer, tertiärer) Prävention oder in der kurativen und akuten Medizin? Oder in der Rehabilitation? Oder in Heilpädagogik, Erwachsenenbildung, Kindergarten usw.?

Die Streitfrage betrifft die Methodik von Wirksamkeitsforschung: Einzelfallforschung oder Massenstatistiken. Vor allem aus Gründen der Forschungsressourcen plädiere ich für Einzelfallforschung - denn Massenstudien brauchen ungleich größeren organisatorischen, finanziellen, personellen und zeitlichen Aufwand, sofern sie überhaupt einigermaßen valide sein sollen.

Wirksamkeitsforschung im herkömmlichen Sinn fragt nur nach dem Faktum der Wirksamkeit, also nach dem „dass“ und dem „ob“ - dagegen das „wie“, die Wirkungsweise, der Weg der Wirkung, interessiert diese rechtfertigende Wirksamkeitsforschung nicht. Der Musiktherapeut Eckhard Weymann zeigt dagegen in seiner umfangreichen Studie „Zwischen-Töne - psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation“, wie die Forschung von Grundlagen, Prozess und Wirksamkeit in einem methodischen Design vereint werden können. Er zeigt, dass und wie Improvisation wirken kann.

Ich werde jetzt drei Grundsätze nennen für die künstlerisch therapeutische Forschung nach dem Farbkreis-Standard. Diese sind:

- Die Grundhaltung des forschenden Künstlerischen Therapeuten (Tüpker)
- Prinzipien der Einzelfallforschung (Kiene)
- Prinzipien qualitativer Sozialforschung (Dey, Lamnek, Strauß bei Gruber 2002)

I. Die Grundhaltungen des forschenden Künstlerischen Therapeuten

- Individualität seelischer und biographischer Prozesse muss nachvollziehbar sein
- Kontrollierte, reflektierte Subjektivität und intersubjektive Objektivität des Forschers muss vermittelbar sein
- Der natürliche Empiriebegriff muss definiert werden
- Der eigene wissenschaftliche Gegenstand muss klar erkennbar sein

II. Prinzipien der Einzelfallforschung sind im grundlegenden Buch von Helmut Kiene „Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung“ dargestellt.

Diese Prinzipien gründen auf Begriffen der Gestaltpsychologie (Duncker). Wesentlich für Künstlerische Therapien ist u. a. der Befund: Die Erkenntnissicherheit bei dieser Methodologie steigt mit der Komplexität des wissenschaftlichen Gegenstandes - während bei Massenstatistiken gerade umgekehrt die Erkenntnissicherheit mit steigender Komplexität sinkt.

III. Mit den Grundsätzen qualitativer Sozialforschung sind 6 Prinzipien ausgearbeitet - darunter

- Die Offenheit des Forschers
- Forschung als Kommunikation
- Die Forschung als kommunikativer Prozess
- Wissenschaftlicher Gegenstand und dessen Analyse stehen im Verhältnis gegenseitiger Reflexivität
- Die Unternehmungsschritte werden genau ausgefaltet
- Der Forscher muss so flexibel sein, dass er im Laufe der Forschung sich methodisch neuen Situationen anpasst

Mit diesen drei Grundsätzen des Farbkreis-Standards als Forschungsmethode künstlerischer Therapeuten ist für künstlerische Therapeuten ein Theorie-Rahmen und ein Handwerkszeug ausreichend bereitgestellt. Wissenschaftlich und wissenschaftstheoretisch ist dieser Rahmen innerhalb der Scientific Community, der Gemeinde der Wissenschaftler, akzeptabel. Dieser Rahmen gibt auch der Kunst innerhalb der Künstlerischen Therapien so viel Freiheit, dass die Essenz Künstlerischer Therapien nicht nur bewahrt wird - nein: Es gibt Raum für Entwicklungschancen, es gibt Raum für eine zukünftige Heilkunde.

Es gibt inzwischen zahlreiche Therapiegeschichten, Falldarstellungen und auch Untersuchungen mit kleinen Therapiegruppen, die beispielhaft für den Farbkreis-Standard stehen - auch wenn in jeder dieser Publikationen nicht alle der genannten Bedingungen einer methodischen Forschung erfüllt sind. Jedoch können diese Veröffentlichungen anregen und ermuntern, sich selbst ans forschende Werk zu begeben (Rosemarie Tüpker 1988, 1996, Margareta Küwen und Elke Borchert, Frank Fischer, Hans Hermann Wickels, Eva Herborn).

Bei der gesamten Methoden-Diskussion - und zwar betreffend die Therapie wie die Forschung - muss immer wieder die persönliche Wertschätzung des Forschers und des Therapeuten betont werden. Die Qualifikation des Forschers und/oder des Therapeuten ist vorausgesetzt. Die Voraussetzung ist: Der Forscher oder der Therapeut ist eine qualifizierte, ethisch bewusste Persönlichkeit. Qualifizierte Forscher und qualifizierte Therapeuten werden sich von vornherein nur zu solchen Methoden entscheiden, die auch dem Forschungsgegenstand bzw. der Person des Patienten angemessen und bekömmlich sind. Mindestens so wichtig wie die Diskussion um die Methode ist die Klärung der Qualifikation des Forschers - diese Diskussion wird oft vernachlässigt. Wird die Person des Forschers und dessen Qualität in den Mittelpunkt gestellt, so hat das für die Methodendiskussion allerdings harte Konsequenzen: Es wird eine größere Vielfalt angemessener Methoden ins Spiel kommen, als das heute in der ausgedörrten offiziellen Therapie - Forschungslandschaft - der Fall ist. Individualisierung wird auch in der Forschungsmethodologie groß geschrieben werden!

4. Jeder Künstlerische Therapeut ist seine forschende Methode

Nach den theorielastenden Ergüssen in den beiden vorangegangenen Kapiteln möchte ich mit dieser These zum Forschen ermutigen. Durchaus meine ich es ernst: In jedem Künstlerischen Therapeuten lebt ein Forscher. Er möge sich bitte seiner persönlichen Mittel bedienen und sich dabei des Grundsatzes erinnern: Die Forschungsmethode muss dem Gegenstand der Forschung gemäß sein! Ich kann aus meiner Position nicht mehr tun, als ein paar Hinweise zu geben. Es möge Ihnen Lust und Spaß bereiten, täglich Ihr Tagebuch zu führen. Bei Elisabeth Wellendorfs kunsttherapeutischer Schule in Hannover gab es die Empfehlung für ein Maltagebuch. Freilich: Das erfordert Disziplin. Ohne die Disziplin der täglichen Übung offenbaren die Dinge nicht ihr geheimes Wesen. Forschen beginnt mit dem Staunen.

Therapeutische Phänomene so anzusehen, als sehe man sie zum ersten Mal, ist eine Methode, um an ihnen bisher unbeachtete Aspekte zu entdecken. Es ist eine gewaltige und fruchtbare Methode. Vilém Flusser regt uns mit seinem Büchlein „Dinge und Undinge“ an, ebenso wie Italo Calvino „Die Mülltonne und mehr Geschichten“ von Alltagsbeobachtungen zu wesentlichen Einsichten zu kommen. Marion Wendtland-Baumeister machte mich auf diese inspirierenden Büchlein aufmerksam.

Bei künstlerischen Therapeuten ist viel von Intuition die Rede. Jedoch: Intuitionen lassen sich nicht herbeiwickeln - geschweige denn zwingen. Wir müssen warten - und in regelmäßigem Rhythmus üben. Dann können sie sich ebenso als Geschenk einstellen, wie eine heilende Wirkung in der Therapie. Insofern hat die Haltung des Forschers viel gemeinsam mit der des Therapeuten.

Therapeuten schwanken zuweilen zwischen den beiden Extremen: Die von der Arroganz einer abstrakten Wissenschaft ausgelöste Minderwertigkeit „Ich kann nicht forschen“ bis zur hektischen Panik, angetrieben von ökonomischer Existenzangst: „Wir müssen forschen, um uns zu rechtfertigen.“ Das sind recht verbreitete Hindernisse, um zu einer eigenen Methode zu finden.

Erzählungen, von denen David Aldridge spricht, gibt es nicht nur in Worten. Sie können auch in Fotografien erscheinen, wie es Irmgard Starke mit der Arbeit am Tonfeld zeigte; hier hat sie eine Therapieserie fotografiert. Die Bilder sprechen schon für sich - Worte können die Wirkung des Bildes verdeutlichen. Das Entscheidende dabei ist das fotografische Bild.

Und es gibt noch etwas Wesentliches zu beachten für den forschenden Therapeuten: Er muss verschiedene Sprachen lernen - und dies möglichst genau. Da ist zuerst die Alltagssprache, in der er seine Tätigkeit einem interessierten Publikum, vielleicht angefangen in seinem Freundeskreis, erklärt. Da ist die auf ökonomische Aspekte eingeeengte Fachsprache, die er im Gespräch mit Verwaltungsleuten, Repräsentanten von Krankenkassen und Gesundheitspolitikern benutzt. Das ist allgemein verständliche Fachsprache, die er im Umgang mit Ärzten und Psychologen gebraucht. Dann gibt es die technische Fachsprache zwischen künstlerisch-therapeutischen Kollegen: In der Supervision, in der Intervision, im Vortrag auf Konferenzen. Und schließlich gibt es die höchst individuelle und intime Sprache zwischen seinem Patientenpartner und ihm. Forschung kann nur gedeihen, wenn wir einerseits die Differenzierung dieser Sprachen beachten - vor allem andererseits aber immer wieder den inneren spürenden Kontakt zum Geschehen unseres therapeutischen Alltags suchen. Ohne diesen feinen und doch so ehernen Faden zu den eigenen therapeutischen Quellen entfremden sich unsere Sprachen schnell in der perfekten Isolation. Innere

Bilder aus unseren Therapien können uns helfen, den Weg zu den Quellen zu finden - immer wieder und immer wieder neu. So wie der Forschende seinen eigenen Anfang immer wieder neu erforschen muss.

Die Kunsttherapeutin Evelyne Golombek hat in ihrem Essay „Ein Angelkurs für Beduinen - Gedanken zu Forschungsmethoden der Kunsttherapie aus Sicht der praktizierenden Kunsttherapeutin“ (siehe S. 17-32 in diesem Band) in lobenswerter Selbstkritik die inneren Blockaden von Kunsttherapeuten bei Forschungsvorhaben geschildert. Sie hat weiterhin ganz vorzüglich wichtige Aspekte von Forschungsmethodik für Kunsttherapeuten dargelegt: Drei Kriterien des Untersuchungsplanes (angemessene Methode; Verwendungszweck des Vorhabens; Ressourcen), sodann die Definition des Forschungsgegenstandes, die angemessene Methode für die jeweilige Fragestellung und das Abwägen von Vor- und Nachteilen der jeweils angewandte Methode. Vor allem hat sie abschließend auf die Grundhaltung des forschenden Kunsttherapeuten hingewiesen: Es handelt sich bei Künstlerischen Therapien um Prozesse des Werdens - wie sind diese lebendig und transparent darzustellen?

Schluss: Was ist zu tun?

Wir können als künstlerische Therapeuten eine Forschungslandschaft wachsen lassen. Zwischen Berufsfreunden können wir viele Beziehungen sich vernetzen lassen - interdisziplinär, schulenübergreifend, jenseits und unterhalb der großen Blöcke von etablierten Institutionen. Kleine Koordinationstreffen wie kürzlich an der Fachhochschule Nürtingen können uns Anregung für unsere Alltagsforschungen geben: Dokumentieren lernen, uns gegenseitig zuhören und anregen in Intervisionsgruppen, dokumentierte Berichte umlaufen lassen, sachlich-freundliche Feedbacks einsammeln. Forschung künstlerischer Therapeuten muss der künstlerisch-therapeutischen Praxis entsprechen!

Dabei werden wir allmählich unsere Forschungsziele definieren und ausdiskutieren, bis sich schließlich realistische Projekte entwickeln. Diese Aktivitäten sind allenthalben möglich.

Wer Forschung energisch oder gar überwiegend betreiben will, möge sich in Forschungsinstitutionen einnisten und dort durch seine Kreativität Überzeugungsarbeit für Künstlerische Therapie leisten.

Wer Talent, Lust und Zeit dafür hat, möge gesellschaftlich und politisch aktiv werden: Öffentlichkeitswirksame Tagungen veranstalten, einen Tag der offenen Tür von Therapieeinrichtungen laufen lassen, Essays und Leserbriefe für Tagungszeitungen schreiben, Krankenhausmanager, Krankenkassenrepräsentanten, Parlamentarier und Ministerialbeamte ansprechen und sie mit kurzen Informationsblättern versorgen. Mit einem Wort: Öffentlichkeit schaffen.

Es ist für mich ganz sicher: Künstlerische Therapien sind Zukunftstechnologie - wenn sie nur realistisch angewandt und weiterentwickelt und methodisch beschrieben werden.

Bei aller Hoffnungsfreude weiß ich auch: Ein kalter Wind aus offiziellen Gebäuden der Gesundheitspolitik bläst uns ins Gesicht - teils zu recht, teils zu unrecht (Petersen 2000b). Aber es gibt auch den Satz Vaclav Havels: „Je ungünstiger die Situation ist, in der wir unsere Hoffnung bewahren, desto tiefer ist unsere Hoffnung.“

Wir sind herausgefordert, um unseren Künstlerischen Therapien angemessene Worte mit

vielfältigen Stilformen zu verleihen. Sie sind Ausdruck unserer Gegenwart. In diesem Sinne schließe ich mit einem kurzen Gedicht von Rose Ausländer:

Gib mir
den Blick
auf das Bild
unserer Zeit

Gib mir
Worte
es nachzubilden

Worte
stark
wie der Atem
der Erde

Literatur

- Aldridge D (2002). Musiktherapieforschung: Eine Erzählperspektive, in Petersen P (Hg.) Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien, S. 123-14, Stuttgart: Mayer.
- Aldridge D. Musiktherapie mit entwicklungsverzögerten Kindern.
- Ausländer R (1990). Ges. Gedichte in 8 Bänden, Frankfurt/M: Fischer.
- Gustorff D, Neugebauer L (2002). in: Petersen P (Hg.). Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien, Seite 191-205, Stuttgart: Mayer.
- Calvino I (1997). Die Mülltonne und andere Geschichten, München: Dtv.
- Clade H (2002). Medizin nach Maß, nicht von der Stange, Deutscher Ärztetag warnt vor fantasieloser Standardisierung und Richtlinien-Medizin, Dtsch. Ärzteblatt: 99 (H. 23): B 1312 (7.6.2002).
- Dey I (1999). Grounding grounded theory, London: Academie Press.
- Duncker K (1935). Zur Psychotherapie des produktiven Denkens (Erstausgabe 1935) 2. Ed., Berlin: Springer 1963.
- Fischer F (2002). „Malen ist meine Heilung“ (Eine phänomenologisch orientierte Untersuchung über Bewusstseinsvorgänge in der Maltherapie am Beispiel einer an Morbus Hodgkin erkrankten Frau). Dissertation Medizinische Hochschule Hannover.
- Flusser V (1993). Dinge und Undinge (Phänomenologische Skizzen), Edition Akzente, München: Hanser.
- Gruber H (2002 a). Ausgewählte Aspekte zu Forschungsansätzen in der Kunsttherapie unter besonderer Berücksichtigung der systematischen Bildanalyse in: Petersen P (Hg.). Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien, Seite 271-285, Stuttgart: Mayer.
- Hamre HJ, Glockmann A, Kiene H (2002). Wirksamkeitsbeurteilung der anthroposophischen Kunsttherapie: Einzelfallstudien eingebettet in eine prospektive Kohortenstudie, in: Henn W (Hg.) Kunsttherapie in der Onkologie, Dokumentation 4. Internes Forschungssymposium, Klinik. Tumorbologie Freiburg/Breisgau 5.-7.10.2001, Manuskriptdruck Ottersberg, S. 24-37, erhältlich: FH Ottersberg, Am Wiestbruch 66-68, 28870 Ottersberg.
- Herborn E (2002). Kunsttherapeutische Forschung mit Sterbenden? in: Petersen P (Hg.). Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien, Seite 298-305, Stuttgart; Mayer.
- Kiene H (2001). Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung (Cognition-based-Medicine), Berlin: Springer.
- Kiene H (2002). Wirksamkeitsbeurteilung in der Kunsttherapie, in: Petersen P (Hg.). Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien, Seite 110-122, Stuttgart, Mayer.

- Knill P et al. (1995). *Minstrels of Soul: Intermodel Expressive Therapy*, Toronto: Palmerston.
- Kriz J (2002). Kritische Reflexion über Forschungsmethoden in den Künstlerischen Therapien, in: Petersen P (Hg.). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Seite 69-94, Stuttgart; Mayer.
- Küwen M, Borchert E (2000). *Heilendes Malen - ein kunsttherapeutischer Weg (Geschichte der Maltherapie einer Patientin mit Morbus Hodgkin), Zahlreiche farbige Bilder*, Bremen: Donat.
- Kusch M. Anforderungsliste Psychosoziale Versorgung, erhältlich: Abteilung Psychoonkologie, Klinikum Herford, Email: Kusch@Klinikum-Kreis-herford.de.
- Lamnek S (1989). *Qualitative Sozialforschung Bd. 1 und 2*, München: Psychologie Verlags Union.
- Lippe R zur (2002). Sinnenbewusstsein - Grundlegung einer anthropologischen Ästhetik, in: Petersen P (Hg.). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Seite 298-305, Stuttgart; Mayer.
- Levine S, Levine G (1999). *Foundations of Expressive Arts Therapy. Theoretical and Clinical Perspective*, London: Jessica Kingsley 1999.
- Petersen P (2000 a). *Der Therapeut als Künstler (Ein integrales Konzept von Künstlerischer Therapie und Psychotherapie)*, 4. Auflage, Stuttgart: Mayer.
- Petersen P (2000 b). *Künstlerische Therapien - Wege zur psychosozialen Gesundheit*. Dtsch. Ärzteblatt (2000) 97: A 903-906 (Heft 14.).
- Petersen P (Hg.) (2002). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapie (Grundlagen - Projekte - Vorschläge)*, Stuttgart: Mayer, 454 Seiten.
- Starke I (2002). Phronetik als systemorientierter Ansatz in der Kunsttherapie – Zur Methode der „Primären Prozeßarbeit“ in: Petersen P (Hg.). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien (Grundlagen - Projekte - Vorschläge)* Stuttgart: Mayer, S. 421-435.
- Strauss AL (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, München: Fink.
- Tüpker R (1996). *Ich singe, was ich nicht sagen kann (zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie)*, Regensburg: Bosse 1988, 232 Seiten, 2. erw. Auflage, Münster: LIT 1996, 276 Seiten.
- Tüpker R, Wickel HH (Hg.) (2001). *Musik bis ins hohe Alter (Fortführung, Neubeginn, Therapie) Materialien zur Musiktherapie Bd. 8*, Münster/Hamburg/London: LIT Verlag, 210 Seiten.
- Tüpker R (2002). *Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung* in: Petersen P (Hg.). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Seite 95-109 Stuttgart; Mayer.
- Wendtland-Baumeister M. Persönliche Mitteilung, 5.7.2002.
- Weymann E (2002 a). *Zur Erforschung künstlerischen Handelns am Beispiel einer psychologischen Untersuchung zur musikalischen Improvisation* in: Petersen P (Hg.). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*, Seite 436-443 Stuttgart; Mayer.
- Weymann E (2002 b). *Zwischen-Töne (Psychologische Untersuchungen zu Improvisation)* Dissertation, HMTH, Hamburg.

2 Grundlagen der Kunsttherapie im Kontext von Psychoonkologie, Salutogenese und anthroposophisch orientierter Onkologie

Kunsttherapie und Krankheitsverarbeitung in der onkologischen Akutklinik

Tanja Christa Vollmer und Thomas Staroszynski

Zusammenfassung

Das Krankheitserleben von Patienten in der onkologischen Akutklinik ist geprägt von einer starken Präsenz der Diagnose sowie von ständigen Wechseln in der eigenen Befindlichkeit. Der Prozess der Krankheitsverarbeitung, der abhängig ist von situationsbedingten Anforderungen und intrapersonellen Merkmalen, zeigt sich als entsprechend individuell im Verlauf. Eine Vielzahl unterschiedlichster Strategien wird von den Patienten zur Bewältigung ihrer Erkrankung eingesetzt. Ein aktives Verhalten der Patienten zeigt sich dabei inzwischen in zahlreichen Studien als wirksamster Verarbeitungsmechanismus. Eine wirksame Unterstützung der Krankheitsverarbeitung durch die Kunsttherapie muss diesem individuellen, veränderlichen Charakter gerecht werden. In einem kunsttherapeutischen Ansatz, der flexibel auf diese Veränderungen reagiert, werden die von den Patienten aktuell angewandten Strategien zur Krankheitsbewältigung erkannt und aufgegriffen. Das Eingehen der Kunsttherapie auf den jeweilig individuellen Copingstil führt zu einer Verstärkung und Intensivierung der Krankheitsverarbeitung. Dieser aktivierende Einfluss wirkt sich positiv auf Lebensqualität und Befinden der Patienten aus.

Krankheitserleben

Krankheitsverarbeitung ist die auf emotionaler, kognitiver und handlungsbezogener Ebene stattfindende Anpassungsleistung an die im Verlauf einer schweren Erkrankung auftretenden psychischen und körperlichen Belastungen und Veränderungen. Der Verarbeitungsprozess betrifft den Patienten, bezieht jedoch gleichzeitig das soziale Umfeld mit ein.

Die Bewältigung der mit einer Krebserkrankung einhergehenden multiplen emotionalen Belastungen stellt hohe Anforderungen an die Patienten. Wie er auf diese reagiert, hängt von der Persönlichkeit des Patienten, seinem Erleben, seinen subjektiven Vorstellungen, seinen Vorerfahrungen und den Einstellungen des sozialen Umfeldes ab (Zimmermann 2002). Bei Krebspatienten spielen neben der individuellen Lebenssituation, dem sozialen Umfeld und den Persönlichkeitsfaktoren zusätzliche spezifische Belastungen wie das Körperbild beeinträchtigende Veränderungen, Schmerzen und die Unsicherheit bezüglich des Krankheitsverlaufs eine wichtige Rolle. Es lassen sich nach Faller (1998) folgende zentrale Punkte im Patientenerleben bei Diagnosestellung und während der Therapie herausstellen:

- Verletzung der körperlichen Unversehrtheit
- Autonomieverlust
- Verlust von Aktivitäten, Lethargie, Passivität
- Soziale Isolierung
- Bedrohung der sozialen Identität und des Selbstwertgefühls
- Emotionale Belastung durch Angst und Todesbedrohung
- Körperliche Belastung durch Krankheit, Schmerz und Therapiegeschehen

Krankheitsverarbeitung – Konzepte

Der heutzutage in aller Munde befindliche Begriff des Coping wurde 1954 erstmals von der Kinderpsychologin Lois Murphy im wissenschaftlichen Kontext verwendet. Erst zwanzig Jahre später veröffentlichte sie ihr dazugehöriges Buch (Murphy 1976). Bis dahin war der Begriff „to cope“ ausschließlich umgangssprachlich gebräuchlich. Seiner Bedeutung „bewältigen“ oder „mit etwas fertig werden“ entsprechend entwickelte sich das dahinterstehende Konzept in sozialwissenschaftlichen Studien zu adaptiven Prozessen in Kindheit und Jugend. Das Konstrukt wurde von verschiedenen psychologischen Richtungen aufgegriffen und gewann im Bereich der Medizinischen Psychologie an Bedeutung für das Verstehen von Patienten und ihrem Umgehen mit Erkrankungen.

Die Psychoanalyse beschreibt verschiedene Abwehrmechanismen als Formen des Bewältigungsverhaltens. Das Konzept der Abwehr ist vom Konzept der Bewältigung nur schwer abzugrenzen. Tendenziell wird Abwehr dem Bereich unbewusster Verarbeitungsprozesse zugeordnet, Bewältigung eher dem Bewusstsein zugänglichen Strategien zugeschrieben. Die häufigsten Abwehrmechanismen im Rahmen der Krankheitsverarbeitung lassen sich in den Kategorien Verdrängung (Rationalisierungen, Affektisolierung, Verschiebung, Sublimierung, Projektion, Regression) und Verleugnung einordnen, auch wenn diese Kategorien innerhalb der psychoanalytischen Lehrmeinung durchaus nicht einheitlich definiert sind.

Die Stress-Forschung nähert sich der Thematik von anderer Seite. Zunächst wurde Stress vor allem als unspezifische Reaktion (Selye 1976) auf belastende Ereignisse, auf Stressoren verstanden. Es zeigte sich jedoch, dass sich psychische Reaktionen nicht allein durch das Ausmaß der Belastung erklären lassen. Selbst bei gleicher Belastungsintensität und -häufigkeit ist eine große Bandbreite individueller Reaktionen möglich. So fokussierte die Stress-Forschung zunehmend den Einfluss interner Regulationsvorgänge, vor allem von Bewertungs- und Verarbeitungsprozessen. Coping beinhaltet damit immer eine Belastungsanalyse.

Auf der Basis der sozialen Stresstheorie entwickelte die Arbeitsgruppe um Lazarus in den sechziger Jahren eine transaktionale Theorie des Copings. Bewältigung wird hier prozessorientiert definiert als „sich ständig verändernde kognitive und behaviorale Bemühungen, spezifische, externale und / oder internale Anforderungen zu handhaben, die so eingeschätzt werden, dass sie die Ressourcen einer Person beanspruchen oder überschreiten“ (Lazarus 1993). Dieser Ansatz vertritt die Auffassung, dass Krankheitsverarbeitung nur in der Interaktion von situativen Anforderungen und personenspezifischen Merkmalen erfolgen kann. Mit Entwicklung dieser Theorie fand ein Paradigmenwechsel statt von der Belastungs- oder Stressorenseite hin zur Reaktionsseite mit den jeweiligen Bewertungs- und Verarbeitungs-

prozessen. Die wesentlichen Bestimmungsstücke des Modells sind der prozesshafte Verlauf, die Situationsspezifität und die Annahme, dass der Bewältigung keine stabilen Persönlichkeitskonstrukte zugrunde liegen. Unterschieden wird zwischen der Bewältigungsanstrengung als solcher und adaptivem Verhalten im Sinne erfolgreicher Bewältigung, um so eine Konfundierung zwischen Copingprozess und dessen Ergebnis zu vermeiden (Lazarus et al. 1984). Mit dem Transaktionsmodell wird auch die alte trait/state-Kontroverse aufgehoben, also die Streitfrage, ob Bewältigungsstrategien eher als stabile, zeitüberdauernde Persönlichkeitsmerkmale oder als variable, situationsbezogene Merkmale betrachtet werden müssen. Im jeweiligen Kontext sind sowohl die Persönlichkeit wie auch die Situation für die Bewältigung ausschlaggebend.

Zur Krankheitsbewältigung wird meist eine Vielzahl unterschiedlicher Strategien eingesetzt, die jedoch sechs Kernziele verfolgen, die unabhängig von der speziellen Diagnose bzw. Erkrankung sind (Broda 1988, Klauer et al. 1989, Muthny 1988):

- Kompetenzerleben wiederherstellen
- Kontrolle gewinnen
- Handeln ermöglichen und aktivieren
- Beziehungen herstellen
- Situation realistisch einschätzen
- Belastung emotional und somato-psychisch reduzieren

Krankheitsverarbeitung – Strategien

Welchen Weg der Patient einschlägt, hängt vor allem davon ab, wie er die in der jeweiligen Situation auftretenden Belastungen erlebt. In der onkologischen Akutklinik ist die Krankheitsverarbeitung vor allem dadurch geprägt, dass sie wenig äußeren Raum bekommt. Die Bewältigung vollzieht sich intrapersonell und ist damit stark an die eigene Befindlichkeit gekoppelt. Das Therapiegesehen steht im Vordergrund und ist meist intensiviert, Entscheidungen müssen schnell und kurzfristig getroffen werden. Zu dem ist die Diagnose der Krankheit oder des Wiederauftretens noch sehr gegenwärtig. Diese Spezifität der Krankheitsverarbeitung zeichnet sich durch einen häufigen Phasenwechsel der verwendeten Strategien aus:

- Defizite auszugleichen und Ressourcen zu mobilisieren, kann in einem Moment wichtig sein. Im Darauffolgenden gewinnt jedoch die Trauer über den Verlust der körperlichen Unversehrtheit an Gewicht und dient gleichermaßen der Verarbeitung des Krankheitsgeschehens.
- Selbstaufbau und Selbstermutigung können als situationsbeherrschend gleichermaßen in den Vordergrund treten wie die absolute Vertrauenssetzung in die Ärzte (Muthny 1988).
- Kampfgeist zu entwickeln und sich gegen die körperlichen Einschränkungen bzw. mit ihnen zu aktivieren, kann ebenso wichtig für den Patienten sein, wie sich in einem nächsten Augenblick dem „Schicksal zu fügen“. Dieser Wechsel ist häufig stark an das körperliche Befinden gekoppelt.
- Die Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis, Hilfe anzunehmen und dem Wunsch nach sozialem Rückzug spielt vor allem bei Patienten eine große Rolle, die vor der Erkrankung sehr selbständig ihr Leben meisterten.

- Der Phasenwechsel von Akzeptieren und Ausweichen bis hin zum Leugnen der Situation oder der Erkrankung ist in der onkologischen Akutklinik besonders ausgeprägt.
- Zur Reduktion der emotionalen Belastung können eine Vielzahl von – zum Teil widersprüchlichen – Strategien einander abwechseln. Ablenken und Bagatellisieren verfolgen dieses Ziel ebenso wie Relativieren, z.B. durch Abwärtsvergleiche. Das Bedürfnis nach vollständiger und umfassender Information kann in einer zweiten Phase gänzlich dem Zulassen existentieller Fragen weichen. Zahlreiche Patienten beschäftigen sich im Zuge der Krankheitsverarbeitung auch speziell mit spirituellen Fragen. Religiosität und Sinnsuche werden zum Teil ganz neu entdeckt, verändert oder reaktiviert. Aber auch die Negation oder Nihilierung religiöser Vorgaben oder Vorerfahrungen können eine spirituelle Auseinandersetzung bedeuten und der Krankheitsverarbeitung dienen.

Krankheitsverarbeitung – Wirksamkeit

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob bestimmte Bewältigungsstrategien positive oder negative Auswirkungen auf den Verlauf einer Erkrankung und die Überlebenszeit haben. Die Ergebnisse hierzu sind sehr unterschiedlich. Die Krankheit seelisch erfolgreich zu bewältigen, heißt nicht unbedingt, auch körperlich gesund zu werden. Eine gute Krankheitsbewältigung kann beispielsweise auch heißen, in Frieden mit sich selbst zu sterben. Als Kriterien der Erfolgsmessung gelten derzeit: Somatische Verlaufsparemeter wie Überlebenszeit oder rezidivfreie Zeit, Lebensqualität und Variablen der psychosozialen Anpassung. Vor rund 20 Jahren stand der Einfluss der Krankheitsbewältigung auf den somatischen Krankheitsverlauf im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Mittlerweile ist deutlich geworden, dass ein empirischer Nachweis der seelischen Einflussnahme auf den Krankheitsprozess nur sehr begrenzt möglich ist. In einer viel zitierten Längsschnittstudie von Pettingale (1984) bzw. Greer et al. (1989) wurde in einem 15-jährigen Beobachtungszeitraum festgestellt, dass Kampfgeist („fighting spirit“), aber auch Verleugnung günstige Verarbeitungsformen im Hinblick auf das Überleben waren, stoische Haltung oder auch Hilflosigkeit hingegen ungünstige prognostische Faktoren sind. Allerdings wurde in dieser Studie der heute bekannte wichtigste Prognosefaktor bei Brustkrebs, der Befall der axillären Lymphknoten, nicht erhoben. Die unterschiedlichen Überlebenszeitverläufe mögen also auch darauf zurückzuführen sein. Diese Studie konnte von anderen Autoren nie wirklich repliziert werden. Spiegel und Kollegen (1989, 1992) untersuchten an Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs in einer ran-domisierten Studie den Effekt psychosozialer Betreuung auf die Überlebenszeit der Patientinnen. Die gruppen-therapeutisch behandelte Experimentalgruppe überlebte signifikant länger als die nicht psychologisch betreute Kontrollgruppe. Allerdings zeigte sich bei einer epidemiologischen Überprüfung, dass die Patientinnen der Kontrollgruppe im Vergleich zur Referenzgruppe aller nordkalifornischen Patientinnen mit diesem Krankheitsbild signifikant kürzer überlebten (Fox 1995). Die Replikationsstudie der Arbeitsgruppe um Goodwin (2001) konnte die Ergebnisse von Spiegel nicht bestätigen. Holland kommt schon 1989 in einem methodenkritischen Review zu dem Schluss, dass der Einfluss psychosozialer Variablen auf den Krankheitsverlauf eher gering sei und hinter dem Gewicht somatischer Merkmale zurücktrete.

Nach den somatischen Parametern, wie beispielsweise der Überlebenszeit, rückten dann

psychosoziale Faktoren in das Zentrum des Forschungsinteresses: Adaption und Lebensqualität. Hier zeigt sich nun, dass die Frage, was gutes und was schlechtes Coping ist, sehr stark von der Perspektive des Beobachters und vom Zeitpunkt der Beobachtung abhängt. Die Effizienz einzelner Verarbeitungswege ist nicht per se zu bestimmen, sondern hängt sehr stark vom Verlauf und Stadium der Krankheit ab. So hat z. B. die Strategie „Abwehren und Verleugnen“ im prädiagnostischen Stadium ganz andere Konsequenzen als im Terminalstadium. Wann ein Patient welche Copingstrategie einsetzt, ist sowohl von intrapsychischen Variablen wie auch von situativen Faktoren abhängig. In einer Übersichtsarbeit findet Heim (1998) folgenden Trend: „Gutes oder geeignetes Coping setzt aktives, zupackendes Verhalten des Patienten voraus, verbunden mit der Befähigung, soziale und emotionale Ressourcen zu mobilisieren, d.h., vom Umfeld Unterstützung zu erwirken. Eine realistische Einschätzung der Problemsituation und den sich daraus ergebenden Optionen trägt ebenso zur geeigneten Anpassung bei, wie ein Akzeptieren unveränderlicher Bedingungen. Phasenbezogen kann auch Verleugnen oder Ablenken entlastend wirken.“ Allgemein scheint eine größere Einigkeit darüber zu herrschen, was ungeeignetes Coping ist als über geeignete Copingformen: „Nachteilig oder ungeeignet ist passives Coping im Sinn von Resignation, Aufgeben, Hoffnungslosigkeit, sozialem Isolieren, Grübeln und Selbstanklage. Verleugnung, die über die Initialphase hinausdauert, kann (muss aber nicht) nachteilig sein, wie auch u. U. das Ablenken (von den Chancen und Aufgaben des Heilungsprozesses) ungünstig auf die psychosoziale Adaptation wirkt.“

Die Erkenntnis, wie wenig bisher an Interventionsformen und an psychosozialen Hilfestellungen für die Patienten aus der Forschung abgeleitet werden kann, hat zu einer breiten Ernüchterung geführt. Sicher ist bisher nur, dass Coping ein sehr flexibler, individueller Prozess ist. Es wird daher immer klarer, dass auf die geschilderten Phasenwechsel und Ambivalenzen optimal einzugehen, Ziel jeder psychoonkologischen Intervention sein muss (Gruber et al. 2000). Je flexibler die Methode dabei ist, desto erfolgreicher wird sie in der Unterstützung des Patienten sein. Die Kunsttherapie bietet ein vielfältiges Spektrum an Möglichkeiten, dem gerecht zu werden und damit wirksam in der psychoonkologischen Behandlung eingesetzt zu werden.

Krankheitsverarbeitung – Möglichkeiten Kunsttherapie

Gerade in der Situation der onkologischen Akutklinik zeigt sich der besondere Vorzug der Kunsttherapie als supportive Maßnahme im Copingprozess. Die Vielschichtigkeit des Beziehungsgefüges zwischen Patient, Gestaltung und Therapeut ermöglicht eine Begleitung auch in Phasen, in welchen eine gesprächsorientierte Psychotherapie als zu belastend von den Patienten abgelehnt wird (Herrlen-Pelzer 1998, Günter 1999). Viele Patienten erfahren durch medizinische Diagnostik und Therapie Eingriffe in ihre körperliche Unversehrtheit. Gleichzeitig erleben sie sich, durch die starke Konzentration auf das körperliche Geschehen in der Klinik, in den Beziehungen auf ihre körperlichen Bedürfnisse reduziert und allein gelassen (Zettl 1993). Oft ist ihnen nicht möglich, diese Gefühle zu verbalisieren. Das in der Kunsttherapie entstandene Bild bietet eine Projektionsfläche für das veränderte Körpergefühl (Herborn 1994) und eröffnet wieder Möglichkeiten der Kommunikation.

Im Gebrauch verschiedener künstlerischer Medien finden Patienten einen Ausdruck für sonst Unsagbares. Sorgen, Ängste und Erlebnisse, von denen zu sprechen nicht möglich ist, können in Bildern und anderen Gestaltungen vermittelt und nach außen gebracht werden. Als geeignetes Verfahren, um Angst vor Verlust und Isolation zum Ausdruck zu bringen, zeigt sich die Kunsttherapie in einer Untersuchung mit krebserkrankten Kindern (Council 1993). Allein das Geschehen des Externalisierens unterdrückter Gefühle stellt für einige Patienten eine Reduktion emotionaler Belastung dar. Der Therapeut übernimmt hierbei die wichtige Aufgabe des Bezeugens dieser künstlerischen Wandlung von seelischen Prozessen (Herborn 1994, Niederreiter 1995). Die während der Gestaltung stattfindenden Symbolisierungsprozesse ermöglichen im Bild ein Nebeneinander ambivalenter, sonst als widersprüchlich empfundener, Gefühle. Die parallel vorhandenen Impulse Akzeptieren und Ausweichen, die meist als „Hin und Her“ erlebt werden, dürfen hier nebeneinander stehen. In der durch das nach Außen-Bringen entstandenen Distanz lassen sich die Dinge neu betrachten und werden somit veränderbar. In der gemeinsamen betrachtenden Arbeit mit dem Kunsttherapeuten werden verdrängte Gefühle reflektiert und neu eingeschätzt. Menzen (2001) sieht hierin den eigentlichen Ansatzpunkt der Kunsttherapie zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung. In der Wandlung der Bilder während der gemeinsamen interpretierenden Arbeit am Bild wird der phasenhafte Charakter des Copingprozesses unterstützt. Minar (1999) berichtet von der stattfindenden Verwandlung schmerzhafter Bilder zu Bildern der Heilung. Die Gefühlsexplosion der Diagnosemitteilung, die im Bild einer ihrer Patientinnen als Bombeneinschlag zu sehen war, konnte im Verlauf der Therapie zu einem Feuerwerk werden, mit dem sie Erfolge der medizinischen Behandlung feiert.

Im weiteren Prozess, in der Fortführung und Weiterentwicklung der Gestaltungen, öffnen sich Wege, veränderte bzw. unbekannte Strategien im risikofreien Raum des Bildes zu erproben. Im kreativen Handeln können Alternativen geschaffen werden. Es besteht die Möglichkeit, zu experimentieren – es entsteht Spielraum. Der Ausgleich von Defiziten durch die eigene Kreativität führt zu einer Mobilisierung von Ressourcen. Neue Erfahrungen können gemacht werden. Erfahrungen, welche oft verschüttete schöpferische Impulse wiederentdecken und weiterentwickeln lassen. Im kreativen Akt kann durch Krankheit Zerstörtes wieder in einen sinnvollen Zusammenhang gestellt werden (Dreifuss-Kattan 1986).

Im Realisieren der eigenen Leistung und Schaffenskraft erfährt der Patient Selbstaufbau und Selbstermutigung. Dem Verlust gewohnter Aktivitäten sowie der bisherigen Kompetenz im eigenen sozialen Umfeld steht gegenüber, etwas geschaffen zu haben, was von Anderen betrachtet und beachtet werden kann. Durch das Wechselspiel zwischen Ausdruck und Selbstwahrnehmung im kreativen Prozess wird den Patienten das Erleben eigener Einflussmöglichkeiten und Kompetenz ermöglicht (Burkhardt-Murbach 1987). In seiner qualitativen Studie zur Auswirkung eines Kreativangebots auf einer onkologischen Station beobachten Ferszt et al. (2000) ein gesteigertes Selbstwertgefühl und Kompetenzerleben bei den Teilnehmern des Angebots. Dieses wurde in einem Fremdrating durch die betreuenden Krankenschwestern bestätigt. Besonders in diesem Aspekt ist die therapeutische Beziehung zu betonen, da es oft erst die wertschätzende Aufnahme der Gestaltung im Rahmen der Kunsttherapie ist, die dem Patienten ermöglicht, seine eigene Leistung zu erkennen.

Das Erleben der eigenen Leistung, der Aspekt des Lebens und Er-Lebens (Schottenloher 1994) ist in seinen Möglichkeiten bei der Unterstützung im Copingprozess nicht zu unterschätzen. Günter (1999) berichtet von der Umkehrung passiven Ausgeliefertseins in Aktivität

bei einem fünfjährigen Patienten, der jauchzend vor Freude unter Begleitung der Kunsttherapeutin sein Blatt einschließlich der Unterlage schwärzte.

Jede Form von Gestaltung beinhaltet auch ein körperliches Erleben. Bewegungen beim Kritzeln, Zeichnen und Malen, kräftiger beim Plastizieren, werden in der Parallelität zum ästhetischen Erleben als angenehm empfunden. Es kommt auch zu einer körperlichen Aktivierung im Rahmen der Kunsttherapie. Die von Ferszt et al. (2000) befragten Krankenschwestern berichteten, die am Kreativprogramm teilnehmenden Patienten seien vermehrt körperlich aktiv und verließen öfter auf eigene Initiative ihr Zimmer.

Durch das sinnliche Erleben und die eigene Konzentration während des Gestaltens erfahren viele Patienten eine Ablenkung von den sie oft ständig begleitenden Schmerzen (Hiltebrand 1999, Ferszt et al. 2000, Favara-Scacco et al. 2001). Dem Wunsch nach Ablenkung steht als Strategie der Krankheitsbewältigung das Bedürfnis nach Kontrolle gegenüber. Ein Teil der Autoren beschreibt hier Möglichkeiten der Unterstützung durch das Anbieten bestimmter, meist linearer, Medien (Hiltebrand 1999, Favara-Scacco et al. 2001). Hierzu zählen beispielsweise Graphitstifte. Es bleibt jedoch sehr genau zu prüfen, ob der Einsatz des ausgewählten Materials dem Patienten in seinem Gestaltungswunsch auch wirklich ein Gefühl der Kontrolle vermittelt. Ein bestimmtes Material oder eine bestimmte Methode, die effekt- bzw. wirkungsorientiert ist, sollte nur in genauer Kenntnis der jeweiligen individuellen Situation und ihrer weiteren Beobachtung empfohlen werden.

Der Versuch des Patienten, Kontrolle über die Situation zu bekommen, zeigt sich oft auch im Bedürfnis nach vollständiger und umfassender Information. Einige Patienten recherchieren intensivst über ihre Erkrankung und die jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten. Für den Kunsttherapeuten ist es oftmals von Vorteil, über ein ausreichendes Basiswissen über Erkrankung, Behandlung und mögliche Komplikationen zu verfügen. So ist es für ihn leichter, auf Mitteilungen des Patienten über Veränderungen in seiner Befindlichkeit, die in der Situation der Akutklinik oft über die Mitteilung körperlicher Veränderungen kommuniziert werden, adäquat zu reagieren.

Die therapeutische Beziehung in der Kunsttherapie bietet dem Patienten einen gesicherten Raum, um sich in seinen wechselnden Bedürfnissen zwischen sozialem Rückzug und den Wünschen nach Beziehung und Nähe zu erproben. Neben der Ebene der Übertragung und Gegenübertragung in der direkten Beziehung zwischen Patient und Therapeut zeichnet sich die Kunsttherapie durch die Möglichkeit der Objektbeziehung zum Bild bzw. zur Gestaltung aus. Die Objektbeziehung schafft eine zusätzliche Möglichkeit der Veränderung des eigenen Beziehungsverhaltens des Patienten. In diesem Zusammenhang beschreiben Gabriel und Kollegen (2001) als einen möglichen Nutzen der Kunsttherapie für knochenmarktransplantierte Patienten eine verbesserte Kommunikation der Patienten mit Verwandten und Freunden. In einer von den Sozialversicherungsträgern in Auftrag gegebenen Studie zum Stellenwert kreativer Therapien in der Rehabilitation von Krebspatienten ergaben sich ein positiver Einfluss auf die Lebensqualität sowie ein Rückgang von Isolation (Heyde et al. 1983).

Um einen Ausdruck von Gefühlen und Wünschen möglich zu machen, lässt die Kunsttherapie Regression und Abwehr zu. Im weiteren Umgang mit der Gestaltung werden diese Verhaltensweisen auf ihre Tragfähigkeit überprüft. Erweisen sich Regression oder Abwehr als die einzigen möglichen Strategien zur Krankheitsbewältigung, so bietet ein gestalterischer Umgang Wege, diese zu unterstützen. Ein Bild kann in der Wiederholung verharren, ohne dass Hilflosigkeit oder Aufgeben sich einstellen. Ein Bild, das offenbart, dann aber zu bedrohlich

wird, kann übermalt, verändert oder auch vernichtet werden. Erhalten bleibt jedoch ein aktives Handeln und die Einbindung in die therapeutische Beziehung, die als soziale und emotionale Ressource zur Verfügung steht. So sieht Günter (1999) als Hauptwirkung der Kunsttherapie bei knochenmarktransplantierten Kindern die Stabilisierung ihrer Abwehr.

Die durch die Diagnose der Krebserkrankung erlebte Todesbedrohung wirft bei den Patienten existentielle und spirituelle Fragen auf. Gabriel et al. (2001) sehen in den Patienten, die sich mit existentiellen Fragen beschäftigen sogar eine der Patientengruppen, die am meisten von einer kunsttherapeutischen Betreuung profitieren. Existentielle Fragen, wie Fragen nach dem Sinn, kommen in der Kunsttherapie insbesondere zum Tragen, wenn sich aus dem kreativen Handeln ein künstlerischer Prozess entwickelt. Im ständigen Wechselspiel zwischen Handeln und Reflektieren, welches das künstlerische Handeln prägt, stellt sich das Scheitern von (Bild-)Vorstellungen ein. Die ständige Wandlung der Gestaltung, die durch Zerstörung des Vorhergehenden immer wieder Neues schafft, ermöglicht, dass Destruktion sinnhaft werden kann (Titze 2002). Die therapeutische Beziehung stützt diesen Prozess in der Kommunikation.

Krankheitsverarbeitung – Grenzen der Kunsttherapie

In der onkologischen Akutklinik sind der Kunsttherapie Grenzen gesetzt:

- Durch die limitierte Zeit, in der die Patienten stationär in der Klinik sind, ist ein tiefgreifender künstlerischer Prozess häufig nicht möglich. Der Therapieumfang begrenzt sich auf eine Krisenintervention oder Kurzzeittherapie (Evertz 1997).
- Durch die körperliche Belastung, welche die Erkrankung sowie die Nebenwirkungen der medizinischen Therapie mit sich bringen, ist der Arbeitsumfang und die Anstrengung in der Kunsttherapie für die Patienten eingeschränkt. Oft ist ihnen nur möglich, im Bett aufgesetzt gestalterisch zu arbeiten.
- Patienten sind nur begrenzt in der Lage, sich überwältigenden Bildern auszusetzen, die im Ausdrucksgeschehen auftauchen können. Hier ist nötig, entsprechende Bewältigungsstrategien der Abwehr zu mobilisieren und zu unterstützen (Hiltebrand 1999).
- Ziel der Kunsttherapie kann nicht die Heilung von der Krebserkrankung sein (Specht 1990, Schottenloher 1994), sondern nur die von dem überwiegenden Teil der Autoren als Ziel beschriebene Unterstützung im Copingprozess (Rist 1999, Jacobos 2001).

Kunsttherapie und Krankheitsverarbeitung – Fazit

Die Kunsttherapie hat zahlreiche Möglichkeiten, die Krankheitsverarbeitung von onkologischen Patienten zu unterstützen. Da die Kunsttherapie auf unterschiedlichste Verarbeitungsstile eingehen und diese aufgreifen kann, birgt sie die Möglichkeit der hilfreichen Unterstützung durch Intensivierung der jeweiligen, individuellen Mechanismen. Anhand der Intensivierung der Krankheitsverarbeitung müsste sich demnach die Wirksamkeit der Kunsttherapie messen lassen. Vollmer et al. (2003) zeigen diesen positiven Zusammenhang von Kunsttherapie und Intensivierung der individuellen Krankheitsverarbeitung erstmals für Patienten während einer

Knochenmarktransplantation. Diese Patienten erleben im Verlauf durch die Intensivierung eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität. Die - nicht zuletzt durch die wechselnden Einflüsse der medizinischen Behandlung in der onkologischen Akutklinik bedingten - ständigen Veränderungen in der Befindlichkeit der Patienten und ihrer Art der Krankheitsverarbeitung erfordern eine besondere Fachkompetenz und Ausbildung des Kunsttherapeuten. Sie sollte sicherstellen, dass die aktuelle Verarbeitungsstrategie des Patienten eingeordnet und benannt werden kann, sowie Veränderungen wahrgenommen werden. So kann in einer Sitzung entscheidend sein, ein das Selbstwertgefühl stärkendes Kompetenzerleben in der Handlung zu unterstützen, beispielsweise die vollständige Schwärzung einer Fläche zu begleiten, während in der darauffolgenden Sitzung die Reflektion nicht zugelassener Gefühle im Austausch über Inhalte eines Bildes im Vordergrund steht.

Phasenwechsel und Individualität bestimmen die Krankheitsverarbeitung in der onkologischen Akutklinik. Je flexibler der kunsttherapeutische Ansatz auf diese Faktoren reagieren kann, desto wirksamer stellt sich die Methode im Sinne einer heilsamen Unterstützung für die Patienten dar.

Literatur

- Broda M (1988). Erleben belastender Krankheitsereignisse und deren Verarbeitung bei verschiedenen chronischen Erkrankungen – eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik. Medizinische Psychologie.* 38: S. 67-74.
- Burkhardt-Murbach R (1987): Kunsttherapie als psychotherapeutischer Zugang bei Krebspatienten – Zum Wesen ihrer Sprache – Identifikationsprobleme. *Schweizerische Rundschau der Medizinischen Praxis* 76 (24): S. 705-709.
- Councill T (1993). Art Therapy with Pediatric Cancer Patients: Helping Normal Children Cope with Abnormal Circumstances. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 10 (2): S. 78-87.
- Dreifuss-Kattan E (1986). *Praxis der klinischen Kunsttherapie. Mit Beispielen aus der Psychiatrie und der Onkologie.* Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Evertz K (1997). „Die schwarze Göttin“ – Bilder aus Körper, Geist und Seele – Kunsttherapie in der Psychosomatik. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 3: S.132-146.
- Faller H (1998). Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Hogrefe.
- Favara-Scacco C, Smirne G, Schilirò G & Di Cataldo A (2001). Art Therapy as Support for Children With Leukemia During Painful Procedures. *Medical and Pediatric Oncology* 36: S.474-480.
- Ferszt GG, Massotti E, Williams J & Miller JR (2000). The Impact of an Art Program on an Oncology Unit. *Illness, Crisis & Loss* 8 (2): S.189-199.
- Fox B (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology* 9: S. 245-253.
- Gabriel B, Bromberg E, Vandenbovenkamp J, Walka P, Kornblith AB & Luzzatto P (2001). Art Therapy with Adult Bone Marrow Transplant Patients in Isolation: A Pilot Study. *Psychooncology* 10 (2): S. 114-123.
- Goodwin P, Lescz M, Enis M et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England J. of Medicine* 345: S. 1719-1726.
- Greer S, Moore S & Watson M (1989). Patients' adjustment to cancer: the mental adjustment to cancer scale (MAC) versus clinical ratings. *J. Psychosomatic Research* 33: S. 373-377.
- Gruber U, Vollmer TC & Hiddemann W (2000). Palliative Psychoonkologie Bedarf und Handlungsformen. *Internist* 41: S. 619-626.
- Günter M (1999). Gestaltungstherapeutische Intervention zur Stabilisierung der Abwehr bei Kindern unter Knochenmarktransplantation. S. 126-141 in: Johann B & Lange R (Hrsg.): *Psychotherapeutische Interventionen in der Transplantationsmedizin.* Lengerich: Pappst.

- Heim E (1998). Coping – Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie Psychosomatik. medizinische Psychologie*: S. 321-337.
- Herborn E (1994). Maltherapie mit krebserkrankten Frauen. *Forum für Kunsttherapie* 7 (2): S. 31-35.
- Herrlen-Pelzer S (1998). Die Entwicklung der Maltherapie mit Krebspatienten in der Medizinischen Klinik der Universität Ulm. S. 3-9 in: Herrlen-Pelzer S & Rechenberg P (Hrsg.). *Malen mit Krebspatienten: ein Beitrag zur Krankheitsbewältigung*. Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck: G. Fischer.
- Heyde W & Langsdorff P (1983). *Rehabilitation of Cancer Patients including Creative Therapies*. *Rehabilitation* 22 (1): S. 25-27.
- Hiltebrand EU (1999). Coping with Cancer through Image Manipulation. S. 113-135 in: Malchiodi C (Hrsg.): *Medical Art Therapy with Adults*. London: Jessica Kingsley.
- Holland J (1989). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer. *Human studies*. S. 717-726 in: Holland J and Rowland J (Hrsg.). *Handbook of Psychooncology*. Oxford: Oxford University Press.
- Jacobos C (2001): *Kunsttherapie in der Onkologie – Eine Literaturstudie*. Dissertation. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Klauer T, Ferring D & Filipp S (1989). Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen. *Zeitschrift für klin. Psychologie* 18: S. 144-158.
- Lazarus RS & Folkman S (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer: New York.
- Lazarus RS (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom. Med.* 55: S. 234-247.
- Menzen KH (2001). *Grundlagen der Kunsttherapie*. München, Basel: Reinhardt.
- Minar (1999). *Art Therapy and Cancer: Images of the Hurter and Healer*. S. 227-242 in: Malchiodi C (Hrsg.): *Medical Art Therapy with Adults*. London: Jessica Kingsley.
- Murphy LB & Moriarty AE (1976). *Vulnerability, coping and growth. From infancy to adolescence*. New Haven: Yale University Press.
- Muthny F (1988). Zur Erkrankungsspezifität der Krankheitsverarbeitung – ein empirischer Vergleich mit Dialyse- und Herzinfarktpatienten. *Zeitschrift f. Psychosomatische Medizin* 34: S. 259-273.
- Niederreiter L (1995). *Bilder zwischen Leben, Krankheit und Tod: Künstlerisches Arbeiten und Therapie mit einem an Aids Erkrankten*. Köln: Claus Richter Verlag.
- Pettingale KW (1984). Coping and cancer prognosis. *J. Psychosom Research* 28: S. 363-364.
- Rist T (1999). *Klinische rehabilitative Kunsttherapie im Copingprozess mit chronisch erkrankten Jugendlichen/ Jungen Erwachsenen Kunst & Therapie*. *Zeitschrift für Theorie und Praxis künstlerischer Therapieformen* (1-2): S. 9-18.
- Schottenloher G (1994). Weg als Ziel: Bildnerisches Gestalten als Therapie?. S. 28-52 in: Schottenloher G (Hrsg.). *Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder: Bildnerisches Gestalten und Therapie*. München: Kösel.
- Selye H (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Specht A (1990). *Kunsttherapie und Krebserkrankung – eine Übersicht*. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 1 (4): S. 222-224.
- Spiegel D, Bloom J, Kraemer H, Gotthel E (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 10: S. 888-891.
- Spiegel D (1992). Effects of psychosocial support on patients with metastatic breast cancer. *J. of Psychological Oncology* 10: S. 113-120.
- Titze D (2002). *Kunst als Ort von Kreation und Destruktion. Zur Analogie künstlerischer und therapeutischer Prozesse: Formanalytische Kunsttherapie*. Vortrag auf dem Symposium "Künstler schlagen Schneisen in den Dschungel der Gewohnheiten". Akademie der bildenden Künste: München 5. Dezember 2002.
- Vollmer TC, Starosznski T, Kohls D & Hiddemann W (2003). *Art Therapy – How to find the right Dose?*. *Psycho-Oncology*. Vol. 12 (4) Supplement, 6th World Congress of Psycho-Oncology, Banff, Canada, April 2003: S. 106.
- Zettl S (1993). Möglichkeiten und Defizite der psychosozialen Betreuung im Akutkrankenhaus. S. 41-48 in: Schwarz R & Zettl S (Hrsg.). *Praxis der psychosozialen Onkologie: Versorgungsangebote für Klinik, Praxis und häusliche Pflege*. Heidelberg: Verlag für Medizin Fischer.
- Zimmermann A (2002). Krankheitsverarbeitung und psychosoziales Umfeld. S. 11-13 in: Sellschopp A, Frick E, Fegg M, Gruber U, Pouget-Schors D, Theml H, Vodermaier A & Vollmer T (Hrsg.). *Psychoonkologie. Schriftenreihe des Tumorzentrums München*, München: Springer Verlag.

Psychoonkologie: Aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen eines interdisziplinären Fachgebietes

Joachim Weis

Zusammenfassung

Die Psychoonkologie ist ein interdisziplinäres Fachgebiet, das sich in den letzten Jahren zusehends als eigene Fachdisziplin etabliert hat. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Psychoonkologie in ihrer Entwicklung sowohl im Hinblick auf die Forschung als auch auf die Patientenversorgung. Auf der Basis von zahlreichen Forschungsergebnisse vor allem aus den Gebieten der Psychoätiologie, Krankheitsverarbeitung, Salutogenese und Lebensqualitätsforschung konnte das Wissen über die individuellen Verarbeitungs- und Anpassungsprozesse der Patienten deutlich erweitert werden. Die psychoonkologische Forschung liefert die Grundlage für die Entwicklung zahlreicher spezifischer Interventionen mit einem breiten Anwendungsspektrum sowohl im Akutbereich als auch im Bereich der Rehabilitation und Nachsorge. Trotz großer Fortschritte ist die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten immer noch unzureichend. Verstärkte Anstrengungen sind notwendig um die Integration der Psychoonkologie in die medizinische Behandlung weiter zu verbessern.

1. Einführung

Krebs ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von malignen Erkrankungen, die unterschiedliche Organe oder Systeme des Körpers betreffen können. In Deutschland erkranken jährlich über 340.000 Personen an Krebs, wobei die Häufigkeit geschlechterspezifisch variiert. Bei den Frauen ist die Brustkrebserkrankung mit jährlich ca. 46.000 Neuerkrankungen die häufigste Tumorerkrankung, während bei Männern das Lungenkarzinom mit jährlich 28.000 Neuerkrankungen am häufigsten auftritt (Arbeitsgemeinschaft der Krebsregister 2002). Wenngleich hinsichtlich der Sterblichkeit für einige Krebsarten wie beispielsweise Hodenkarzinom oder maligne Lymphomerkrankungen ein Rückgang der Mortalitätsrate in den letzten Jahren festzustellen ist, sind die Tumorerkrankungen nach den Herz-/Kreislaufkrankungen die zweithäufigste Todesursache für beide Geschlechter geblieben. Durch die Früherkennung und die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten konnten in den letzten Jahren die Überlebensraten für einige Tumorarten deutlich verbessert werden (Brenner 2002), allerdings sind Morbidität und psychosoziale Belastungen bedingt durch die Folgen der Erkrankung und der Behandlung deutlich angestiegen. Eine Tumorerkrankung ist heute als eine chronische Erkrankung anzusehen und stellt für die meisten Menschen eine schwere Lebenskrise dar.

Sie ist mit zahlreichen physischen und psychischen Belastungen verbunden und zieht nicht selten nachteilige Veränderungen im familiären, sozialen und beruflichen Umfeld nach sich. Wenngleich durch die Fortschritte der Onkologie in der Früherkennung und Behandelbarkeit bei einigen Tumorarten ein beträchtlicher Rückgang der Letalität erzielt werden konnte, ist gleichzeitig bedingt durch die Krankheits- und Behandlungsfolgen eine Zunahme an chronischer Morbidität festzustellen.

2. Was ist Psychoonkologie?

Unter dem Begriff „Psychoonkologie“ wird ein interdisziplinär orientierter Ansatz zusammengefasst, dessen Ziel es ist, die verschiedenen psychosozialen Aspekte in Entstehung, Prävention, Behandlung und Verlauf einer Krebserkrankung im Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenalter wissenschaftlich zu untersuchen und die entsprechenden Erkenntnisse in die Behandlung und Betreuung der Patienten sowie ihrer Angehörigen umzusetzen. Synonym für „Psychoonkologie“ wird auch der Begriff „psychosoziale Onkologie“ verwendet. Sie umfasst verschiedene Fachgebiete wie Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Soziologie u.ä. und setzt die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter, Kunsttherapeuten u.a.) voraus.

Die Aufgaben der Psychoonkologie sind vielfältig und umfassen sowohl Forschung als auch Versorgung. Die Behandlung krebserkrankter Menschen basiert auf dem Zusammenspiel eines vielgliedrigen, interdisziplinären onkologisch-psychoonkologischen Versorgungssystems, das ambulant und stationär tätige Institutionen umfasst. Zentrale Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung sind die Information, Beratung und Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen. Darüber hinaus stellen Fort- und Weiterbildung insbesondere die Vermittlung spezifischer psychologischer Fertigkeiten (Kommunikationstraining, Gesprächsführung etc.) für das medizinische und pflegerische Personal sowie je nach Zusatzausbildung auch die Supervision verschiedener Berufsgruppen wichtige Aufgabenschwerpunkte der Psychoonkologie dar.

In den letzten Jahren sind deutliche Fortschritte in der psychoonkologischen Versorgung und Forschung zu verzeichnen. Zu dieser Entwicklung haben nicht zuletzt die zahlreichen Initiativen und Bemühungen internationaler und nationaler Fachgesellschaften beigetragen. Hier sind vor allem die International Society of Psycho-Oncology (IPOS), die European Society of Psycho-Oncology (ESPO) sowie für Deutschland die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo) zu nennen. Das erste Handbuch der Psychoonkologie liegt mittlerweile in einer vollständig neubearbeiteten Form vor (Holland 1998) und gibt einen umfassenden Überblick über den aktuellen Kenntnisstand der Psychoonkologie in Forschung und Versorgung. Internationale Fachzeitschriften für Psychoonkologie wie bspw. Psycho-Oncology oder das Journal of Psychosocial Oncology dokumentieren die wissenschaftliche Produktivität. Aufgrund der Erkenntnisfortschritte sind evidenzbasierte Behandlungsstandards und Leitlinien der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten erarbeitet worden (Holland 1999, NHMRC 1999, NHMRC 2003).

3. Zentrale Forschungsthemen und Theoriekonzepte der Psychoonkologie

Die psychoonkologische Forschung befasst sich mit den komplexen psychosomatischen Wechselwirkungen in der Entstehung, Behandlung und dem Verlauf einer Krebserkrankung. Während vor allem in den Anfängen psychoonkologischer Forschung die Fragen psychischer Ursachen und Risikofaktoren der Krebserkrankung im Vordergrund standen, rückten mit der Weiterentwicklung der Forschungsmethodik verstärkt die Fragen der psychosozialen Krankheitsfolgen, der Epidemiologie psychischer Störungen, der Krankheitsbewältigung und deren Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung sowie die Entwicklung und Evaluation von psychologischer Interventionen in den Vordergrund. Die zentralen Forschungsthemen heute umfassen Fragestellungen der Primärprävention, psychosozialen Belastungen, Krankheitsverarbeitung und individuellen, familiären wie sozialen Ressourcen im Verarbeitungsprozess. Ebenso ist ein wichtiger Forschungsschwerpunkt die Erforschung des Einflusses psychosozialer Faktoren auf die Krebsentstehung und den Krankheitsverlauf. Weiterhin stehen Fragen zum Management krebspezifischer Symptome wie Angst, Depression, Schmerz oder Fatigue und zur Gestaltung und Effektivität psychoonkologischer Interventionen im Vordergrund (Holland 1998). Wenngleich wichtige Forschungsfragen wie bspw. die Auswirkungen der Krankheitsverarbeitung auf den somatischen Verlauf der Erkrankung noch nicht hinreichend geklärt sind, verfügt die Psychoonkologie mittlerweile über ein fundiertes und breites Wissensspektrum, das sich durch die Weiterentwicklung der entsprechenden Forschungsmethoden zunehmend ausdifferenziert. Aus der Vielfalt und dem breiten Spektrum psychoonkologischer Forschungsthemen sollen hier drei exemplarisch ausgewählt und kurz dargestellt werden.

3.1 Psychoätiologie der Krebserkrankung

Trotz vielfältiger Bemühungen und Fortschritte der epidemiologischen Krebsforschung wissen wir heute immer noch vergleichsweise wenig über die Ursachen der Krebserkrankung. Grundsätzlich wird heute von einer multifaktoriellen Genese der Krebserkrankung ausgegangen, bei der genetische Ursachen, Umweltfaktoren, Ernährung und Lebensstil von Bedeutung sind. Insbesondere in den Anfängen der Psychoonkologie war es eine wichtige Fragestellung, inwieweit psychische Faktoren zur Entstehung einer Tumorerkrankung beitragen. Neben direkten Zusammenhängen zwischen Persönlichkeitseigenschaften und der Entstehung von Krebs spielten auch die Frage der Verlustereignisse und psychosoziale Stressfaktoren eine Rolle (Grossarth-Maticsek et al. 1982, Bahnson 1986). Aufgrund der uneinheitlichen Befundlage sowie zahlreichen ungelösten methodischen Fragen kann heute nicht davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitseigenschaften oder Verlustereignisse tatsächlich zu einer Erhöhung des Krebsrisikos führen (Tschuschke 2002, Fox 1998, Hürny & Adler 1991, Schwarz 1994). Die Bedeutung psychischer Stressfaktoren auf die Entstehung der Krebserkrankung läßt sich mit den heutigen Forschungsmethoden nur unzureichend untersuchen. Inwieweit psychische Stressoren als Einflußfaktoren in der wissenschaftlichen Diskussion zukünftig eine Rolle spielen werden, wird von der weiteren Entwicklung des noch jungen Fachgebiets der Psychoneuroimmunologie abhängen, die die komplexen Zusammenhänge zwischen endokrinem, neuronalen und immunologischem System erforscht, bislang jedoch noch keine direkt für die Tumorerkrankung übertragbare Befunde nachgewiesen hat (Bovbjerg & Valdimarsdottir 1998, Kiecolt-Glaser et al. 2002).

Jenseits der klassischen Psychoätiologieansätze ist die Frage der psychischen Mit-Verursachung einer Krebserkrankung noch auf anderen Ebenen anzusiedeln. So zeigen sozio-epidemiologische Studien klare Zusammenhänge zwischen Krebsmorbidität und sozialen Aspekten wie die Schichtzugehörigkeit (Balfour & Kaplan 1998). Darüberhinaus lehrt uns die Verhaltensmedizin, dass durch das Konzept der Lebensweisen und Risikofaktoren psychische Ursachen auch als vermittelnde und indirekte Faktoren in Betracht gezogen werden müssen. Das Konzept der Lebensweisen und Risikofaktoren liefert in Bezug auf die Primärprävention wichtige Erkenntnisse, steht aber in der Erklärung möglicher zugrundeliegenden psychischen Steuerungsmechanismen noch in den Anfängen. Es ist jedoch anzunehmen, dass individuelle Verhaltensweisen wie Sonnenexposition, Ernährungsgewohnheiten oder das Rauchen durch verschiedene psychische und soziale Einflussmerkmale gesteuert werden. Hier dürfte in den nächsten Jahren ein wichtiges Forschungsgebiet auch für die Psychoonkologie liegen, wobei die Erkenntnisfortschritte der Gesundheitspsychologie und Gesundheitswissenschaften allgemein stärker rezipiert werden müssen.

3.2 Krankheitsverarbeitung

Unter dem Begriff der Krankheitsverarbeitung werden individuelle Regulationsprozesse des Individuums verstanden, die dazu dienen, die durch die Krankheit gestörte oder beeinträchtigte Befindlichkeit wieder herzustellen und sich kurz-, mittel- oder langfristig an die krankheitsbedingten Belastungen und Folgeprobleme anzupassen. Historisch gesehen hat die Krankheitsverarbeitung ihre Ursprünge in der psychoanalytischen Ich-Psychologie und der Abwehrlehre Anna Freuds sowie der psychophysiologischen Stresstheorie, die beide zusammen die Erforschung der Krankheitsverarbeitung wesentlich beeinflusst haben. Unser heutiges Verständnis der Krankheitsverarbeitung geht auf das transaktionale Theoriemodell von Lazarus und Folkman (1984) zurück und wurde in den beiden letzten Jahrzehnten ausdifferenziert und weiterentwickelt (Folkman 1997). Als Grundannahmen wird heute davon ausgegangen, dass die Krankheitsverarbeitung als ein kontinuierlicher und interaktionaler Prozess der Auseinandersetzung des Individuums mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen zu verstehen ist. Sie erfolgt auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns und wird durch Bewertungsprozesse des Individuums gesteuert, wobei die personalen Ressourcen sowie positiv affektive Zustände einen wichtigen Einfluss besitzen. Soziale Ressourcen können die Krankheitsverarbeitung unterstützen, zugleich auch bei intensiver sozialer Verstrickung jedoch auch behindern, bzw. negativ beeinflussen.

In zahlreichen Studien wurden aktive und problemzentrierte Verarbeitungsstrategien zusammen mit emotionaler Entlastung als günstige Verarbeitungsstrategien nachgewiesen, während sich Fatalismus, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit als eher maladaptiv herausgestellt haben (Watson et al. 1999). Die Frage inwieweit verschiedene Formen der Krankheitsverarbeitung den somatischen Verlauf der Erkrankung beeinflussen, ist trotz vieler Studien zu diesem Thema bisher noch ungelöst. Grundsätzlich wird die Bedeutung der Krankheitsverarbeitung auf den Verlauf einer Krebserkrankung gerade in jüngster Zeit zunehmend kritisch bewertet (Petticrew et al. 2002).

Vor allem in den letzten 5 Jahren wurde die Diskussion um die notwendigen Erweiterungen im theoretischen Grundverständnis der Krankheitsverarbeitung nicht zuletzt durch die Heterogenität der Befunde neu angeregt (Petticrew et al. 2002, Brennan 2001). Durch

eine stärkere Fokussierung der personalen und sozialen Ressourcen sowie die Ausarbeitung subjektiver Krankheitstheorien in ihrer Bedeutung für den Verarbeitungsprozess werden neue Wege beschrieben (Folkman & Greer 2000, Merluzzi et al. 2001), deren Ergebnisse und forschungsmethodische Umsetzungen momentan noch nicht abschließend bewertet werden können.

3.3 Krankheitsverarbeitung und Salutogenese

Das Modell der Salutogenese ist mittlerweile zu einem übergeordneten Begriff für unterschiedliche Konzepte geworden ist. Ausgehend von der Leitfrage, welche Faktoren für die Aufrechterhaltung der Gesundheit verantwortlich sind, begründete A. Antonovsky (1987) das Konzept der Salutogenese und konzentrierte sich hierbei auf die personale Ressourcen, die in seinem Modell als sogenannte Widerstandsquellen bezeichnet werden. Zentrale personale Ressource in seinem Modell ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence SOC), das als globale Orientierung verstanden wird, die dem Menschen ein generalisiertes, überdauerndes, jedoch auch dynamisches Gefühl des Vertrauens vermittelt. Entsprechende Korrelate sind ein positives Selbstbild der Handlungsfähigkeit, der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen sowie dem Bestreben, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen (Verstehbarkeit, Machbarkeit, Sinnhaftigkeit) (Antonovsky 1987, S. 16 ff). Das Konzept der Salutogenese, bzw. des Kohärenzgefühls nach Antonovsky gilt als eines der am besten ausgearbeiteten Theorien zu Protektivfaktoren in der medizinischen Psychologie. Es ist als individualpsychologisches Persönlichkeitskonstrukt im Zusammenhang mit anderen Konstrukten zu sehen, die als Protektivfaktoren im Sinne von Stressresistenz oder Bewältigung von Belastungen diskutiert werden wie bspw. das Konzept der Widerstandskraft von Kobasa (1979), das Konzept der Kontrollüberzeugungen (Smith et al. 1995, Krampen 1989), das Konzept des Optimismus (Carver & Scheier 1999) oder das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura 1997). Allen diesen Konzepten ist gemeinsam die Ausrichtung auf die Identifikation von Ressourcen des Menschen (u.a. individuelle Problemlösekompetenz, Ich-Identität, soziale Unterstützungssysteme etc.), die sowohl protektiv im Sinne der Gesundheitsprävention wirken können, als auch verbesserte Bewältigungsstrategien in Krankheit oder anderen Lebenskrisen ermöglichen.

Die Grundgedanken des Salutogenesekonzeptes fügen sich problemlos in die Theorien zur Krankheitsverarbeitung ein und helfen die intrapsychische Verarbeitung einer Erkrankung im Kontext der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt besser zu verstehen und analysieren zu können. Die Zielsetzung, die Kompetenz des Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung zu verbessern und entsprechende Ressourcen zu vermitteln, liefert die Grundlage die Ausarbeitung entsprechender Schulungen oder psychoedukative Maßnahmen. Für Tumorpatienten zielen diese Schulungen weniger auf die Verbesserung der Compliance im Bezug auf erforderliche Selbstorgemaßnahmen (vergleichsweise bei Diabeteskranken), sondern sind stärker auf die psychische Verarbeitung sowie die Bewältigung der Erkrankung ausgerichtet. Die Orientierung an verbleibenden Fähigkeiten, die Selbstverantwortung des Patienten sowie die Ausarbeitung einer salutogenen Diagnostik sind wesentliche praktische Schlussfolgerungen, die sich aus diesen Überlegungen ergeben könnten.

3.4 Lebensqualität

Die Lebensqualität ist in den letzten Jahren neben somatischen Ergebniskriterien wie Heilungsrate und Überlebenszeit ein zentrales Zielkriterium der Medizin geworden. Der Begriff Lebensqualität wurde Anfang der 70er Jahre in die Onkologie eingeführt und hat seither zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Fortschritte in den Therapiemöglichkeiten durch aggressivere Verfahren waren durch höhere Nebenwirkungen und Toxizitäten gekennzeichnet, so daß die Verlängerung der Überlebenszeit sehr häufig durch eine verminderte Lebensqualität erkaufte war und daher als alleiniges Zielkriterium klinischer Studien zunehmend in Frage gestellt wurde. Nicht die Quantität der Überlebenszeit, sondern die Qualität der durch die Behandlung für den Patienten erreichten Zeit wurde zusehends stärker in den Mittelpunkt gerückt und hat den Einzug des Konzeptes der Lebensqualität in Klinik und onkologische Forschung ermöglicht (Bullinger 1997). Verschiedene Methoden zur Erfassung der Lebensqualität wurden entwickelt. Auf der Basis von Kosten-Nutzen Modellen werden Überlebenszeit und Lebensqualität miteinander verknüpft und zu einem einheitlichen Wert verrechnet, um Entscheidungshilfen für die Behandlung zu erhalten; Beispiele für diesen Ansatz sind das Modell der qualitätsadjustierten Zeit ohne Symptome und Toxizität (Q-TWiST) oder auch das Modell der qualitäts- adjustierten Lebensjahre (QaLY) (Fayers & Machin 2000). Psychometrische Ansätze fokussieren dagegen die individuelle Erfassung der Lebensqualität über eine direkte Befragung der Patienten. In diesem heute weitverbreiteten Ansatz wird die Bedeutung des subjektiven Krankheitserlebens und die subjektive Einschätzung der Funktionsfähigkeit in verschiedenen alltagspraktischen Lebensbereichen als gleichwertiges, teilweise sogar primäres Bewertungskriterium anerkannt (Cella & Tulsky 1993). Hierfür wird häufig auch die Bezeichnung gesundheitsbezogene Lebensqualität verwendet und wissenschaftlich als ein multidimensionales Konstrukt definiert. Die Lebensqualitätsforschung innerhalb der Onkologie ist sehr stark durch die Psychoonkologie bestimmt worden und hat durch die Weiterentwicklung der Methodik in den beiden letzten Jahrzehnten zahlreiche Instrumente hervorgebracht, die eine standardisierte Erfassung ermöglichen und gute Testgütekriterien aufweisen (Bullinger et al. 2000, Fayers & Machin 2000, Schumacher et al. 2003). In der Regel umfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität die vier Dimensionen körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und Funktionsfähigkeiten in Alltag und Beruf. Die Lebensqualität hat wie kaum ein anderes psychologisches Konstrukt Eingang in die somatische Medizin gefunden und kann als ein Beispiel einer gelungenen Integration eines psychologischen Konstruktes in die Medizin angesehen werden. Dennoch sind viele Aspekte wie die kulturelle Abhängigkeit der subjektiven Bewertung der Lebensqualität, ihre Zusammenhänge mit der Krankheitsverarbeitung sowie ihre Bedeutung in der palliativen Behandlungssituation noch ungelöst und bedürfen weiterer Forschungsanstrengungen.

4. Die Psychoonkologie in der medizinischen Versorgungsstruktur

Die Behandlung krebserkrankter Menschen basiert auf dem Zusammenspiel eines vielgliedrigen, interdisziplinären onkologisch-psychoonkologischen Versorgungssystems, das ambulant und stationär tätige Institutionen umfasst. Zentrale Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung sind die Information, Beratung und Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen (Weis et al. 2000).

Tabelle 1 zeigt die wichtigen Einrichtungen psychoonkologischer Versorgung im Überblick.

Tabelle 1: Institutionen psychoonkologischer Versorgung

<i>Ambulante Betreuung</i>	<i>Stationäre, teilstationäre oder krankenhausassoziierte Betreuung</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale Krebsberatungsstelle • Onkologische Praxen und Hausärzte • Hausbetreuungs- und Pflegedienste • Psychotherapeutische Praxen 	<ul style="list-style-type: none"> • Akutkrankenhäuser der verschiedenen Versorgungsstufen mit onkologischem Schwerpunkt, Tageskliniken, onkologische Ambulanzen, etc. • Rehabilitationskliniken mit onkologischer Indikation • Stationäre Hospize, Palliativstationen • Psychoonkologische Spezialeinrichtungen: z.B. Psychoonkologisch-psychosomatische Krankenstation in Rehabilitationseinrichtungen

Trotz vielfältiger Bemühungen der Etablierung psychoonkologischer Dienste besteht immer noch ein eklatantes Mißverhältnis zwischen dem wachsenden Kenntnisstand in der Psychoonkologie (vgl. Holland 1998) und der immer noch eingeschränkten Verfügbarkeit von psychoonkologischen Versorgungsangeboten für Patienten und deren Angehörigen. Die psychologische Betreuung in der **akuten Behandlungsphase** basiert in der Regel auf psychosomatischen Liaison- bzw. Konsiliardiensten und ist primär auf die aktuellen Probleme der Behandlung und Diagnoseverarbeitung ausgerichtet. Die Kliniken der **stationären Rehabilitation** sind in der Regel psychoonkologisch gut ausgestattet, wobei sich auch hier große strukturelle Unterschiede im Vergleich der Kliniken zeigen (Weis et al. 1998). Die **ambulante psychosoziale Nachsorge** wird in der Regel über verschiedene psychosoziale Beratungsstellen sowie niedergelassene Psychotherapeuten geleistet. Niedergelassene Psychotherapeuten beginnen sich zunehmend auch auf die Zielgruppe der Krebspatienten zu spezialisieren, genaue Zahlen zum Anteil der psychotherapeutisch behandelten Krebspatienten existieren nur für einzelne Versorgungsgebiete.

5. Konzepte und Strategien psychoonkologischer Behandlung

5.1 Diagnostik psychosozialer Belastungen und Behandlungsbedarf

Über den gesamten Verlauf einer Tumorerkrankung können Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit auftreten. Im Vordergrund stehen zumeist emotionale Befindlichkeitsstörungen, insbesondere Angststörungen oder depressive Verstimmungen, die als Ausdruck der Krankheitsverarbeitung und in der Regel als Reaktion auf die funktionellen Einschränkungen sowie körperlichen Beeinträchtigungen zu verstehen sind. Teilweise können diese Veränderungen der Befindlichkeit auch den Charakter von ausgeprägten Störungen im Sinne einer psychiatrischen Komorbidität annehmen. Die häufigsten Diagnosen sind aus Tabelle 2 zu entnehmen. Da auch die Partner und Familienangehörigen stark belastet sind, können in der Folge hier Probleme in der Kommunikation auftreten mit negativen Auswirkungen auf die soziale Unterstützung. Belastend kann sich auch eine entstehende oder drohende berufliche und soziale Desintegration erweisen.

Tabelle 2: Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen (ICD 10) bei Tumorerkrankungen

- Anpassungsstörungen (F43.2)
- Akute Belastungsreaktion (F43.0)
- Depression (F32)
- Angststörungen (F40, F41)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Nicht alle Krebspatienten benötigen eine psychoonkologische Unterstützung. Nach groben Schätzungen bewältigen etwa die Hälfte die auftretenden Belastungen mit ihren eigenen personalen oder sozialen Ressourcen. Empirisch ist der Betreuungsbedarf nur wenig gesichert, da er durch zahlreiche Einflussfaktoren bestimmt wird. In der Regel wird der Behandlungsbedarf über die betroffenen Patienten selbst oder das medizinische Personal festgestellt. Für die Indikationsstellung ist es dabei erschwerend, dass sich häufig Diskrepanzen hinsichtlich des Bedarfs aus der Sicht der Experten und der der Betroffenen zeigen. So äußern insbesondere im Akutkrankenhaus die betroffenen Patienten häufig keinen subjektiven Betreuungsbedarf, da sie eine Destabilisierung und zu starke Konfrontation mit der Problematik der Krankheit befürchten.

5.2 Psychoonkologische Behandlungsmöglichkeiten

Die Psychoonkologie als eigenständige Fachdisziplin hat innerhalb der letzten 20 Jahre psychologische Behandlungskonzepte für die Betreuung von Krebspatienten entwickelt und wissenschaftlich evaluiert (Tschuschke 2002, Holland 2002, Koch und Weis 1998). Das Spektrum psychoonkologischer Interventionen reicht von der Beratung über begleitende supportive Betreuung bis hin zur psychotherapeutischen Behandlung bei spezifischen Pro-

blemen. Psychoonkologische Unterstützungsangebote zielen vor allem auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und richten sich an Patienten und Angehörige (vgl. Koch & Weis 1998, Holland 1998).

Die psychologische *Einzeltherapie* dient dazu, Patienten im Umgang mit Neben- und Folgewirkungen ihrer Erkrankung und Therapie zu unterstützen, wie auch individuelle Problemlösungen für Konflikte im persönlichen oder sozialen Bereich im Zusammenhang mit oder unabhängig von der Erkrankung zu erarbeiten. Problemzentrierte Beratungsgespräche können als niedrig-schwellige Angebote den Patienten helfen, eine erste Orientierung zu finden und Fragen nach einem adäquaten Umgang mit der Erkrankungssituation beantworten. Im Sinne des Salutogenese Modells wird der Fokus auf die Wahrnehmung, Schaffung und Nutzung der personalen und sozialen Ressourcen ausgerichtet. Dadurch können Patienten lernen, ihre Stärken zu erkennen, konstruktiv zu nutzen und Selbsthilfemöglichkeiten zu entdecken.

Neben den einzeltherapeutischen Angeboten wurden verschiedene Konzepte der *Gruppentherapie* entwickelt. Die Gruppenangebote kombinieren psychotherapeutische Vorgehensweisen mit Methoden der Psychoedukation sowie der Gesundheitsförderung. In dem breiten Spektrum verschiedener Gruppenangebote lassen sich zwei wesentliche Ansätze unterscheiden: Ein eher auf psychodynamische Prozesse abzielender Ansatz (Spiegel et al. 1981) sowie ein stärker edukativ ausgerichtetes Konzept (Fawzy & Fawzy 1998). Wenngleich die Übergänge fließend sein können, lassen sich doch unterschiedliche Merkmale beider Gruppenkonzepte feststellen. Der erst genannte, psychotherapeutisch ausgerichtete Ansatz zeichnet sich durch längere Dauer (bis zu einem Jahr), geringerem Strukturierungsgrad und stärkerem Fokus auf psychodynamische Aspekte der Krankheitsverarbeitung aus. Psychoedukative Gruppenkonzepte sind in der Regel durch einen begrenzten zeitlichen Rahmen charakterisiert und haben in der Regel niedrigere Eingangsschwellen als die Einzelbehandlung. Bei den Konzepten psychoedukativer Gruppeninterventionen haben sich die Elemente emotionale und soziale Unterstützung, Information, kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte sowie Erlernen von Strategien der Selbstkontrolle bewährt.

Wichtige Elemente der psychoonkologischen Behandlung sind die verschiedenen Formen der *Entspannungstherapien*. Sie sind häufig Bestandteile von umfassenden Programmen zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Stressreduktion, können jedoch als übende Verfahren auch für sich alleine oder im Rahmen einer Einzeltherapie Anwendung finden. Neben den bekannten wissenschaftlich überprüften Entspannungstechniken wie dem Autogenen Training oder der Progressiven Muskelentspannung sind hier insbesondere die Verfahren der gelenkten Imagination zu nennen (Spiegel & Moore 1997). Unter den Imaginationsverfahren werden eine Reihe von verschiedenen Techniken subsummiert, deren gemeinsame Basis die Arbeit mit inneren Vorstellungsbildern ist. Hier sind Verfahren wie das katathyme Bildererleben ebenso zu nennen wie die Visualisierungsübungen nach Simonton oder die eher verhaltenstherapeutisch orientierten Strategien der gelenkten Imagination (Vaitl 1993). Mit Hilfe dieser Verfahren wird es den Patienten möglich, emotional belastende Themen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung gezielt und kontrolliert zu bearbeiten.

Die *Kunsttherapie* stellt einen Sammelbegriff für ein breites Spektrum verschiedener Therapierichtungen dar, wie die Mal-, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie (Rose et al. im Druck, Mannheim et al. 2000, Herrlen-Pelzer & Rechenberg 1998), das therapeutische Plastizieren

sowie die Poesie- und Bibliothherapie (Weis et al. 2002) Im Kontext der psychoonkologischen Behandlung ist die Kunsttherapie als im weitesten Sinne psychotherapeutisches Verfahren zu verstehen und zielt darauf ab, über verschiedene kreative Medien die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen sowie die Weiterentwicklung der Person zu fördern. Hierbei steht die Förderung der personalen Ressourcen des Individuums an erster Stelle. Die *funktionelle Ergotherapie* setzt an den krankheits- oder therapiebedingten Folgestörungen an und versucht über den Einsatz verschiedener künstlerischer Materialien und Techniken sensorische, perzeptive, kognitive oder motorische Funktionseinschränkungen gezielt zu behandeln.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Das vergleichsweise noch recht junge Fachgebiet der Psychoonkologie hat sich in den letzten Jahren zusehends als eigene Fachdisziplin etabliert und durch zahlreiche Forschungsergebnisse das Wissen über die individuellen Verarbeitungs- und Anpassungsprozesse der Patienten und deren Beeinflussung durch gezielte Interventionen bereichert. Die psychoonkologische Forschung liefert die Grundlage für die Entwicklung zahlreicher spezifischer Interventionen mit einem breiten Anwendungsspektrum sowohl im Akutbereich als auch im Bereich der Rehabilitation und Nachsorge. Die Einbeziehung des Patienten in medizinische Entscheidungen, seine Mitwirkung in der Behandlung und Rehabilitation, seine Befähigung zur kompetenten Mitverantwortung sind wichtige praktische Schlußfolgerungen. Gerade in Bezug auf die Zielgrößen der Selbstverantwortung der Patienten, Hilfe zur Selbsthilfe und der Ressourcenorientierung hat die Psychoonkologie neben anderen Fachdisziplinen mit dazu beigetragen, diese Konzepte zu schärfen und dadurch die Interventionsmöglichkeiten im Bereich der sekundären und tertiären Prävention deutlich zu verbessern. Durch die Umstrukturierungen im Gesundheitswesen und insbesondere durch die Einführung der Fallpauschalen (DRG) besteht die Befürchtung, dass die bisher erreichte Integration psychoonkologischer Dienstleistungen gefährdet ist und der dringend notwendige Ausbau aufgrund finanzieller Knappheit der Ressourcen nicht erfolgen kann. Ebenso zeichnen sich weitere Kürzungen im Bereich der ambulanten psychosozialen Krebsberatung ab. Auf der anderen Seite geben die als Modelle eingeführten Disease Management Programme am Beispiel des Mamma Karzinoms Hinweise für eine verstärkte Einbeziehung psychosozialer Aspekte in die Behandlung. Nicht zuletzt wird die Umsetzung dieser Zielvorstellungen jedoch auf Länderebene an den Finanzierungsmöglichkeiten entschieden werden und erfordert daher stärker als je zuvor eine gesundheitspolitische Positionierung der Psychoonkologie und ihrer Interessensvertreter. Hier sind die Fachgesellschaften gefordert, Synergien herzustellen. Erste wichtige Schritte waren die Gründung einer Dachorganisation der psychosozialen Fachgesellschaften für die psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus und ihr Engagement im Hinblick auf die Integration psychosozialer Dienstleistungen in das DRG Abrechnungssystem.

Literatur

- Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Arbeitsgemeinschaft Krebsregister in Deutschland (Hrsg.) (2002). *Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends*. 3. Erweiterte aktualisierte Ausgabe. Saarbrücken.
- Bahnsen C (1986). Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: T.v. Uexküll (Hrsg.) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*, S. 889-909. Urban & Schwarzenberg, München.
- Bandura A (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Balfour J. & Kaplan G (1998). Social class and socioeconomic factors. In: Holland, J. (ed) *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, S.78-90.
- Bovbjerg DH & Valdimarsdottir HB (1998). Psychoneuroimmunology: implications for psychooncology. In: J. Holland (ed) *Psychooncology*, S. 125-134. Oxford University Press New York.
- Brennan J (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition. *Psycho-Oncology* 10, S. 1-8.
- Brenner H (2002). Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: aperiod analysis. *Lancet*, 360, 12, S. 1131-1135.
- Bullinger M, Siegrist J, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) (2000). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*, Jahrbuch der medizinischen Psychologie Bd. 18. Hogrefe, Göttingen.
- Bullinger M (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychother Psychosom Med Psych* 47, S. 76-91.
- Carver CS & Scheier MF (1999). Optimism. In C.R. Snyder (ed.), *Coping. The psychology of what works* (pp. 182-204). New York, Oxford University Press.
- Cella DF, Tulsky DS (1993). Quality of Life in Cancer: Definition, Purpose, and Method of Measurement. *Cancer Investigation* 11(3), S 327-336.
- Fawzy F, Fawzy N (1998). Group therapy in the cancer setting. *J Psychosom Res* 45, 3, S. 191-200
- Fayers P & Machin D (2000). *Quality of life research*. Wiley & Sons, Chichester.
- Folkman S (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc. Sci. Med.* 45, 8: S. 1207-1221.
- Folkman S & Greer S (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, S. 11-19.
- Fox B (1998). Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In: J. Holland (ed) *Psychooncology*, p. 110-124. Oxford University Press New York.
- Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P, Vetter H (1982). Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis. *Psychother. Psychosom.*, 38, S. 284-302.
- Herrlen-Pelzer S & Rechenberg P (1998). *Malen mit Krebspatienten*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Holland JC (2002). History of Psycho-Oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, S. 206-221.
- Holland JC (1999). NCCN Practice guidelines for the management for psychosocial distress. *Oncology*, 13, S. 113-147.
- Holland JC (1998). *Psychooncology*. Oxford University Press, New York.
- Hürny C, Adler R (1991). Psycho-onkologische Forschung. In: F. Meerwein (Hrsg.) *Einführung in die Psycho-Onkologie*, 4. Auflage, S. 13-57. Huber, Bern.
- Krampen G (1989). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Hogrefe, Göttingen.
- Kiecolt-Glaser JC, Robbles TF, Heffner KL, Loving TJ & Glaser R (2002). Psycho-Oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*, 13 (Suppl. 4), S. 165-169.
- Kobasa S (1979). Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*; 37, S. 1-11.

- Koch U, Weis J (Hrsg.) (1998). Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation von Krebskranken. Schattauer: Stuttgart.
- Lazarus RS, Folkman S (1984). Stress, appraisal and coping. Springer: New York.
- Mannheim E, Liesenfeld M, Weis J (2000). Tanztherapie in der onkologischen Rehabilitation: Konzepte und empirische Ergebnisse zu Auswirkungen auf die Lebensqualität. Z. f. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 11, 2, S. 80-86.
- Merluzzi TV, Nairn RC, Hedge K, Martinez Sanchez MA & Dunn L (2001). Self-efficacy for coping with cancer. Revision of the Cancer Behavior Inventory (Version 2.0). Psycho-Oncology, 10, S. 206-217.
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (1999). Psychosocial Clinical Practice Guidelines. Information, support and counselling for women with breast cancer. Commonwealth of Australia (www.nhmrc.gov.au).
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (2003). Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer. Commonwealth of Australia (www.nhmrc.gov.au).
- Petticrew M, Bell R, Hunter D (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. British Medic J, 325, S. 1066-1075.
- Rose JP, Brandt K, Weis J (im Druck). Musiktherapie in der Onkologie. Konzepte und Stand der Forschung. Psychoth. Psychosom Med Psych.
- Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe, Göttingen.
- Schwarz R (1994) Die Krebspersönlichkeit: Mythos und klinische Realität. Schattauer, Stuttgart.
- Smith MS, Wallston KA & Smith CA (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. Health Education Research, 10, S. 51-64.
- Spiegel D, Bloom JR, Yalom I (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. Arch Gen Psychiatry 38 (5): S. 527-533.
- Spiegel D, Moore R (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. Oncology 11; S. 1179-1189.
- Tschuschke V (2002). Psychoonkologie. Schattauer Stuttgart.
- Vaitl D (2000). Imagination und Entspannung. In: Vaitl D & Petermann F (Hrsg.) Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd. 1: Grundlagen und Methoden (2. Aufl.), S. 77-100. Beltz Psychologie Verlags Union Weinheim.
- Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. Lancet, 354, 16, S. 1331-1336.
- Watson M, Greer S, Bruyn J & van den Borne B (1990). Locus of Control and adjustment to cancer. Psychological Reports, 66, S. 39-48.
- Weis J, Seuthe-Witz S, Nagel GA (Hrsg.) (2002). Das Unsagbare sagen - das Unbeschreibliche beschreiben: Poesie- und Bibliotherapie mit Krebskranken - Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Roderer Regensburg.
- Weis J, Blettner G, Schwarz R (2000). Psychoonkologische Versorgung in Deutschland. Qualität und Quantität. Z. f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 46, 1, S. 4-17.
- Weis J, Koch U, Matthey K (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland: Ein Ist-Soll Vergleich. Psychother Psychosom Med Psychol, 48, S. 417-425.

Anthroposophisch orientierte Onkologie

Wolfram Henn

Zusammenfassung

Als Beispiel für einen ganzheitlichen Ansatz in der Onkologie wird der Therapieansatz der Anthroposophischen Medizin dargestellt. Neben geschichtlichen Bezügen, anthropologischen Grundlagen, Krankheits- und Gesundheitsverständnis sowie der Darstellung der verschiedenen Therapieverfahren wendet sich der Artikel speziell der Krebserkrankung zu und arbeitet die Kunsttherapie in ihrer Bedeutung für das therapeutische Gesamtkonzept dieser Therapierichtung heraus. Die anthroposophisch orientierte Kunsttherapie in der Onkologie dokumentiert sich in der Literatur vornehmlich durch kunsttherapeutische Verlaufsbeschreibungen. Mit dem Blick auf Forschungsansätze werden schließlich zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten angesprochen.

Einführung

In dem vorliegenden Beitrag soll die anthroposophisch orientierte Onkologie als ein Beispiel für eine ganzheitliche Sichtweise dargestellt werden. Die anthroposophische Medizin, seit 1989 im Sozialgesetzbuch V, neben Phytotherapie und Homöopathie, unter dem Begriff „besondere Therapierichtung“ erwähnt, integriert die Künstlerischen Therapien als wichtigen Bestandteil ihres therapeutischen Ansatzes.

Geschichte der anthroposophischen Medizin

Die anthroposophische Medizin wurde in den 20iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts von Rudolf Steiner (*1861 - U1925) und der Ärztin Ita Wegman (*1876 - U1943) mit dem Anliegen einer Erweiterung der ärztlichen Kunst inauguriert. „Nicht um eine Opposition gegen die mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden der Gegenwart arbeitende Medizin handelt es sich. Diese wird von uns in ihren Prinzipien voll anerkannt“ (Steiner und Wegman 1991, S. 7). Neben der Primärliteratur (z.B. Steiner 1976, Steiner und Wegman 1991) existiert mittlerweile ein breites Spektrum an Beiträgen anthroposophischer Ärzte, die sich mit grundlegenden und fachbezogenen medizinischen Themen beschäftigen (z.B. Fintelmann 1988, Glöckler et al. 1993, Husemann und Wolff 1991, Koob 1988, Selg 2000, Sieweke 1982). Als periodisch erscheinende Fachzeitschrift sei ‚Der Merkurstab‘ erwähnt. Speziell zu dem Thema ‚Onkologie auf anthroposophischer Grundlage‘ wurde 2003 von Volker Fintelmann eine umfassende Darstellung herausgegeben.

Grundlage der anthroposophisch-medikamentösen Therapie ist die Wahrnehmung des Menschen in seiner Beziehung zu den drei anderen Naturreichen (Mineralien, Pflanzen und Tiere). Aus diesen wurden die sogenannten Anthroposophika entwickelt, von denen innerhalb der Krebsheilkunde besonders die Mistelpräparate (*Viscum album*) bekannt sind. Darüber hinaus wurden andere Therapieverfahren entwickelt, besonders die künstlerischen Therapien, die das leiblich-seelisch-geistige Gefüge des Menschen ansprechen mit der Zielsetzung, selbstregulierende Kräfte zur Gesundung anzuregen und die Krankheitsbewältigung zu unterstützen (kurze Übersicht bei Treichler 1998).

Für den vorliegenden Beitrag wird die Betrachtung auf die Kunsttherapie mit bildnerischen Medien fokussiert. Der Begriff „Kunsttherapie“ wird 1964 im deutschen Sprachraum von Siegfried Pütz (*1907 - U1979) geprägt (Dunkel und Rech 1991). Zuvor bereits finden sich bei der Ärztin Margarethe Hauschka (*1896 - U1980) erste Ausarbeitungen einer anthroposophischen Maltherapie, die sie in direkter klinischer Zusammenarbeit mit Ita Wegman entwickelt und ab 1962 mit Gründung der später nach ihr benannten Ausbildungsstätte in Bad Boll lehrend weitervermittelt (Hauschka 1971, Marbach 1996). Der Impuls des Künstlerhepaares Siegfried und Rose Maria Pütz (*1913 - U2002), die Kunst in Verbindung mit der anthroposophischen Menschenkunde für die Pädagogik und Therapie fruchtbar werden zu lassen, führte 1967 zur Gründung der Freien Kunst-Studienstätte, der heutigen Fachhochschule für Kunsttherapie in Ottersberg.

Obwohl in Deutschland die Kunsttherapie derzeit noch nicht berufsrechtlich anerkannt ist, wurde das Berufsbild schon 1977 in den Blättern zur Berufskunde formuliert (Pütz 1977, 1981).

Anthropologische Grundlagen am Beispiel der vier Wesensglieder

Wie bei jeder Therapierichtung lohnt sich ein einleitender Blick auf die zugrundeliegende Anthropologie. Im Hinblick auf die vorliegende Thematik seien die „vier Wesensglieder“ als den Menschen konstituierende Organisationen in den Vordergrund der Betrachtung gestellt.

Diese vier Bereiche des Menschen seien nachfolgend skizziert:

- 1. Physische Organisation (synonym: physischer Leib):** Organisationsstruktur, die sich im Räumlichen darlebt. In diesen Bereich fallen die physikalischen und chemischen Vorgänge.
- 2. Lebensorganisation (synonym: Lebensleib, Ätherleib, Bildekräfteleib, Zeitenleib):** Organisationsstruktur, die nicht physisch-räumlich zu verstehen ist. Sie charakterisiert sich im Wesentlichen durch die Organisation von zeitlichen Abläufen, von Zeitstrukturen. Daher findet sich auch die Bezeichnung Zeitenleib. Der Ausdruck Ätherleib entstammt einer traditionellen Bezeichnung, die nicht mit dem Konzept des Vitalismus verwechselt werden darf. Weitere Aufgabe dieser Lebensorganisation ist die Gestaltung der makroskopisch und mikroskopisch sichtbaren Formen des physischen Körpers. Die auf-, ab- und umbauenden Stoffwechselforgänge unterliegen damit nicht ausschließlich den physikalisch-chemischen Kräften der ersten Ebene, sondern werden integriert zu einem „lebendigen“ Organismus. In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass die Chronobiologie und Chronomedizin für praktisch alle bisher untersuchten Lebensvorgänge eigenständige (endogene) rhythmische

Abläufe nachweisen kann (Hildebrandt et al. 1998). Leben und Rhythmus sind untrennbar miteinander verknüpft.

3. Seelische Organisation (synonym: Seelenleib, Astralleib): Diese Organisationsstruktur verweist auf die seelische Innenwelt des Menschen mit seinen Gefühlen, Vorstellungen, Empfindungen, Willensimpulsen und umfasst damit die kognitiven, emotional-affektiven und motivational-aktionalen Bereiche des Menschen. Diese von Steiner als Astralleib bzw. Seelenleib bezeichnete Organisationsstruktur zeigt sich einerseits in den bewussten bzw. unbewussten seelischen Funktionen und andererseits in ihrer unterstützenden Funktion bei körperlichen Vorgängen wie z.B. Auf- und Umbau der Gewebe und Organe.

4. Ich-Organisation: Das Ich des Menschen äußert sich in seiner Selbstbewusstseinsfähigkeit, durchdringt aber als Kräfteorganisation gleichzeitig alle bisher benannten Ebenen und wirkt somit bis in die physische Organisation des Menschen hinein. Dem „Ich“ werden bewusste, unterbewusste sowie „überbewusste“ Anteile zugesprochen, wobei letztere auch als „höheres Ich“ bezeichnet und dem Alltags-Ich gegenübergestellt werden. Das „Ich“ in seiner Individualität verwirklicht sich in und durch die Gestalt der ureigenen Biographie des Menschen und spielt eine wichtige Rolle in der Frage des Umgangs mit einer Erkrankung.

Auf die vorbeschriebenen Organisationen bezogen wirkt das unbewusste „Ich“ als Impulsator und Hauptintegrator bis hin zu den leiborientierten Gestaltbildungsprozessen. Bildlich formuliert handelt es sich um einen kreativen Schaffensvorgang bei dem das Ich, vergleichbar einem Bauherrn, sich mit Hilfe eines Architekten (seelische Organisation) und Bauarbeitern (Lebensorganisation) eine irdische Behausung (physische Organisation) schafft.

Die Sichtweise der vier Wesensglieder ermöglicht einerseits eine Anknüpfung an geistesgeschichtliche Strömungen bis in die Antike hinein. So spielte in der hippokratischen Humorallehre das Verhältnis der vier Säfte (Humores) eine entscheidende Rolle für das Verständnis der Krankheiten und der Konstitution des Menschen.

Andererseits zeigen sich auch interessante Bezüge zu heutigen Sichtweisen der Psychosomatik. Als Beispiel hierfür sei das bio-psycho-soziale Modell nach Uexküll (Uexküll und Wesiak 1990, S. 5-36) im Vergleich zu den Ausführungen über die vier Wesensgliedern gewählt. Ausgehend von einer Kritik an der Aufspaltung der heutigen Medizin für „Körper ohne Seelen“ und „Seelen ohne Körper“ (Uexküll und Wesiak 1990, S. 8) entwickeln die Autoren eine Sichtweise, die von einem systemtheoretischen Ansatz ausgeht. Der Mensch wird als ein Wesen beschrieben, das vier Ebenen in einem hierarchischen Modell integriert. Der Übergang von einer Ebene zur nächsthöheren ist dadurch gekennzeichnet, dass neue Eigenschaften sprunghaft hinzutreten, die nicht aus der vorangegangenen Ebene erklärt werden können. Dies wird als Emergenz bezeichnet, vereinfacht formuliert: die Summe der Teile ergibt nicht das Ganze.

Es handelt sich um folgende Bereiche (Uexküll und Wesiak 1990, S. 8):

1. Physikalisch-chemische Ebene, 2. Biologisch-vegetative Ebene, 3. Animalische Ebene (lat. Anima Seele), 4. Ebene des Humanen und als weitere Systemebene die soziale Ebene.

Als Anwendungsmöglichkeit der Sicht der vier Wesensglieder unter Forschungsaspekten seien exemplarisch der Fragebogen zur Lebensqualität einer Forschungsgruppe an der Universität Witten/Herdecke (Kümmell und Schulte 1996, Schulte et al. 1999) sowie für den kunsttherapeutischen Bereich die dialogische Werkbegegnung (Henn und Keller 2002)

erwähnt, als Versuche, auf der Basis der vier Wesensglieder zu wissenschaftlich auswertbaren Erhebungen zu gelangen.

Bevor die Krebserkrankung im Speziellen betrachtet wird, bedarf es vorweg einer Klärung des anthroposophischen Krankheitsbegriffes.

Der Krankheits- und Gesundheitsbegriff in der Anthroposophischen Medizin

Krankheit und Gesundheit werden nicht als sich ausschließende Gegensätze sondern als dynamisches Geschehen aufgefasst. Das heißt, beide - auch die Gesundheit - tragen in sich ein polares Geschehen, das als ein Miteinander von Auf- und Abbauprozessen, von Prozessen der Verfestigung und Auflösung verstanden werden kann mit Schwerpunktbildung in bestimmten Organbereichen. In diesem Sinne sind Krankheit und Gesundheit natürliche, nicht wesensverschiedene Prozesse, sie unterscheiden sich nur insofern, dass im Krankheitsgeschehen das Ausmaß, die Geschwindigkeit oder das räumliche Auftreten von den üblichen Vorgängen abweichen. Überspitzt formuliert könnte man sagen: Krankheiten sind gesunde Prozesse am falschen Ort, zur falschen Zeit oder mit zu starker oder zu schwacher Ausprägung (Sieweke 1967).

Demzufolge ist der Mensch nicht als Ganzes krank oder gesund, sondern befindet sich in einem permanenten Ringen zwischen Krankheitsprozessen und selbstregulierenden Gesundheitsprozessen. Auf unser Thema übertragen, entspricht dies der These, dass jeder Mensch die Tendenz zur Krebserkrankung sowie zu ihrer aktiven Überwindung in sich trägt.

Auch unter diesem Aspekt lassen sich Querbezüge herstellen zwischen der anthroposophischen Medizin und modernen Auffassungen in der Naturheilkunde und Psychosomatik, die unter Begriffen wie Hygiogenese (gr. Hygieia Gesundheit, Hildebrandt 1977, 1999) und Salutogenese (lat. Salus Gesundheit, Antonovsky 1997) das aktive Hervorbringen von Gesundheit und Gesundung fokussieren.

Krebserkrankung

In jedem Bereich der oben dargestellten Wesensglieder können Gründe vorhanden sein, die die Tendenz der Ausbildung einer Krebsgeschwulst fördern können. Bereits bei Steiner finden sich verschiedene Hinweise für physische als auch seelisch-geistige Faktoren der Krebsentstehung (Steiner 1976, S. 138-176, Steiner 1989, S. 11-37, 304-320).

Drei Aspekte zur Krebserkrankung des Erwachsenen sollen nachfolgend ausgeführt werden:

1. Krebs als räumlicher und zeitlicher Autonomisierungsprozess,
2. Krebs und Entzündung
3. Krebserkrankung und Metamorphose seelisch-geistiger Kräfte.

Zugunsten einer besseren Nachvollziehbarkeit wird auf eine weitere Ausdifferenzierung der sich klinisch sehr unterschiedlich darstellenden Krebserkrankungen verzichtet.

1. Krebs als räumlicher und zeitlicher Autonomisierungsprozess

Auf der Ebene der Zelle betrachtet, stellt sich das Krankheitsgeschehen folgendermaßen dar: Der Krebskranke entwickelt in sich Zellverbände, welche sich in einem oft jahrelangen Prozess aus den Gestaltungsprinzipien und Zeitrhythmen des Gesamtorganismus herauslösen. Schon in der physiologisch vorhandenen Eigentendenz der Einzelzelle sieht Steiner die fortwährende Notwendigkeit zur aktiven Integration in den Gesamtorganismus. „Die Zelle ist eigentlich dasjenige, was sich eigensinnig geltend macht mit einem Eigenwachstum, mit einem Eigenleben gegen dasjenige, was der Mensch ist“ (Steiner 1976, S. 151).

Die Malignität eines Tumors findet ihren Ausdruck in dem Grad der Entdifferenzierung der Tumorzellen, in der Wachstumsgeschwindigkeit und in der Infiltration d. h. Grenzüberschreitung von Nachbargewebe sowie in dem Vorgang der Metastasierung. In der Tatsache der Ausbildung eines bösartigen Tumors zeigt sich somit, dass der Bildeprozess sich an dieser Stelle des Organismus aus den üblichen Gestaltungsprinzipien herauslöst, was einer Autonomisierung sowohl in räumlicher wie zeitlicher Hinsicht entspricht. Als Beispiel für die zeitliche Autonomie seien Untersuchungen erwähnt, die zeigen, dass der Stoffwechselrhythmus bei schnellwachsenden Tumoren sich von dem - praktisch alle Stoffwechselvorgänge prägenden 24-stündigen Tagesrhythmus (Hildebrandt et al. 1998) löst und desynchronisierte z.B. 22-stündige Rhythmen aufweist (Gautherie und Gros 1977). Zudem gibt es ernstzunehmende Hinweise, dass fortlaufende Störungen der mit dem kosmischen Geschehen synchronisierten Tagesrhythmen z. B. bei Flugpersonal zur Entstehung von Krebserkrankungen beitragen können (Moser und Schaumberger 2003). Das Geschehen entzieht sich somit dem Einfluss der oben charakterisierten Ich-Organisation in ihrer Wirksamkeit bis in die physische Leiblichkeit. Die physische Krebsgeschwulst löst sich teilweise aus dem organisierten Zusammenhang aller vier oben aufgeführten Organisationsstrukturen.

2. Krebs und Entzündung

Die Krebserkrankung wird in der anthroposophischen Medizin, bezogen auf die westliche Welt, als eine der typischen Zeiterkrankungen charakterisiert. Sie wird in Polarität zu akut entzündlichen Erkrankungen betrachtet, welche in den vergangenen Jahrhunderten für unsere Vorfahren bzw. auf die gesamte Lebenszeit des einzelnen Menschen bezogen vor allem in der Kindheit eine wichtige Rolle spielen. Entzündungsprozesse, meist mit hohem Fieber einhergehend, führen zur Überwindung organismusfremder Strukturen wie z.B. Mikroorganismen, abgestorbene Zellen und teilweise sogar Tumorzellen. Diese Abwehrbereitschaft des Organismus nimmt im Verlauf des Lebens ab und wird durch zunehmende Abbauvorgänge ersetzt. Die postulierte Gegenteilstendenz akuter Entzündungsvorgänge (chronische Entzündungen können allerdings Krebs auslösend sein) ist verschiedentlich dokumentiert worden (z.B. Abel 1986, Albonico 1996). Von Cooley wurden schon Ende des 19. Jahrhunderts künstlich erzeugte, mit Fieber einhergehende Entzündungen erfolgreich in der Krebsbehandlung eingesetzt, indem er seinen Patienten abgetötete Bakterienlysate injizierte (vgl. Kienle und Kiene 2003, S. 178-192).

3. Krebserkrankung und Metamorphose seelisch-geistiger Kräfte.

Die Krebserkrankung ist zwar eine seit Alters her beschriebene Diagnose, gewinnt aber in den letzten Jahrzehnten durch die deutlich angestiegene Lebenserwartung in unserer Kultur zunehmend an Bedeutung, da sie sich in der Regel zu einem Zeitpunkt manifestiert, an dem

das Wachstum des Organismus bereits abgeschlossen ist und Zellteilungen nur noch im Sinne von Regeneration und Organerhaltung ablaufen. Dies bedeutet, dass die Häufigkeit der Krebserkrankung mit dem Alter ansteigt. Während sich im gesunden Organismus die Gestaltungskräfte im Verlauf ihrer Biographie von ihrem Bezug zum Organisch-Stofflichen zunehmend lösen mit Hinwendung ihrer Aktivität zum seelisch-geistigen Bereich, geht man davon aus, dass bei der Krebserkrankung eine partielle Regression der Gestaltungskräfte auf die organisch-körperliche Ebene stattfindet.

Diese Sichtweise auf die Krebserkrankung begründet für die Therapie, v. a. die kunsttherapeutische Begleitung den Ansatz, durch künstlerische Betätigungen diese brachliegenden oder regredierten seelisch-geistigen Kräfte wieder anzuregen im Sinne einer Integration in die Ich-Organisation (Stalhammar et al. 1997, Born und Treichler in diesem Band S. 217-232).

Diesem mehrdimensionalen Krankheitsverständnis entsprechend versucht die anthroposophisch fundierte Therapie durch Kombination verschiedener therapeutischer Zugangswege, unter Berücksichtigung der individuellen Gewichtung, das leiblich-seelisch-geistige Gefüge anzusprechen.

Dabei kommt den klassischen onkologischen Therapieansätzen wie Operation, Bestrahlung und Chemotherapie die Rolle zu, auf *physischer* Ebene eine Reduktion bzw. im günstigsten Fall eine Zerstörung der Tumormasse zu erreichen.

Mit Blick auf die *Lebensorganisation* werden immunologische Therapien angewandt, wie die inzwischen weitverbreitete Misteltherapie (*Viscum album*), deren immunmodulierende Eigenschaften dazu genutzt werden, die Abwehrfunktionen und die Integrität des Gesamtorganismus zu stärken. Dementsprechend äußert sich die Wirksamkeit dieser Therapien auch in Befindlichkeitsänderungen mit Steigerung der Lebensqualität (z.B. Dold et al. 1991). Die nachgewiesenen zytotoxischen Eigenschaften der Mistelpräparate unterstützen die genannten Wirkmöglichkeiten. Die Misteltherapie ist ein gutes Beispiel für einen intensiven fächerübergreifenden Forschungsprozess, der allerdings erst mit der Entdeckung der sogenannten Mistellektine (1973) in Gang kam. Damit war ein Inhaltsstoff gefunden, dessen weitere Erforschung die Wirkungen der Misteltherapie auch dem naturwissenschaftlichen Denken nachvollziehbar machte. Die aktuelle umfassende Monographie zur Misteltherapie und Forschung umfasst ca. 3000 Quellenangaben (Kienle und Kiene 2003).

Neben der Misteltherapie zielen auch ergänzende anthroposophisch-homöopathische Arzneimittel sowie physiotherapeutische Vorgehensweisen, z. B. rhythmische Massagen, darauf ab, funktionelle Abläufe zu verbessern und autoregulative Vorgänge anzuregen (Fintelman 2003).

In der klinischen Behandlungssituation spielen zudem pflegerische und pflegetherapeutische Maßnahmen eine wichtige Rolle. Nicht zuletzt werden durch verschiedene äußere Anwendungen wie Einreibungen und Wickel auch therapeutisch relevante Bezüge aufgebaut (Fintelman 2003).

Obwohl der gesunden Ernährung in der Situation einer Krebserkrankung ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, handelt es sich dabei nicht um eine spezielle Krebsdiät (Werner 1996).

Aus der Bedeutung, die dem Seelisch-Geistigen des Menschen in der Anthroposophie zukommt, folgt die therapeutische Aufgabe, diesen Bereich in das ärztliche Gespräch einzu beziehen und spezielle Ansätze wie Biographiearbeit (Wais 1992) anzuregen.

Psychoonkologische Interventionsansätze wie beispielsweise das Selbstregulationstraining

nach Grossarth-Maticsek oder imaginative Verfahren nach Simonton sowie gesprächs- und psychotherapeutische Angebote werden teilweise mit dem anthroposophischen Therapieangebot kombiniert (Treichler 1996, S. 101-103, Wagner 2003, S. 53-68).

Wie oben bereits erwähnt, kommt, ergänzend zu den bereits dargestellten Therapiemaßnahmen, den künstlerischen Therapien mit ihren Bereichen Musiktherapie, therapeutische Sprachgestaltung, Heileurythmie und Kunsttherapie im Sinne der bildenden Künste (Maltherapie, Formenzeichnen und therapeutisches Plastizieren) eine wichtige Rolle zu. Einen umfassenden Einblick vermittelt das vierbändige Werk „Anthroposophische Kunsttherapie“ (Arbeitsgruppe der Kunsttherapeuten 2000).

Anthroposophisch orientierte Kunsttherapie in der Onkologie

Nach Gründung der ersten Ausbildungsstätten in den 60iger Jahren des 20ten Jahrhunderts haben sich anthroposophische Ansätze mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen entwickelt. Bezüglich der Anwendung der Kunsttherapie in der Arbeit mit an Krebs erkrankten Menschen wird die anthroposophisch orientierte Kunsttherapie wahrscheinlich 1971 erstmals in den Mitteilungen des Vereins für Krebsforschung kurz ausgeführt (Durrer 1971, Suchantke 1971). Ebenfalls in der Schweiz wird 1982 ein weiterer Artikel (Wagner 1982) publiziert, der die Bedeutung der Kunsttherapie als integrativer Bestandteil des Therapiekonzeptes einer anthroposophischen Spezialklinik für Tumorerkrankungen hervorhebt.

Erst in den 90iger Jahren nimmt die Zahl der Publikationen zur anthroposophisch orientierten Kunsttherapie in der Onkologie deutlich zu: Für den Zeitraum von 1990 bis 1997 können 15 Artikel (Daumüller et al. 1998, S. 11-13, Jakabos 2000, S. 46-48), von 1998 bis 2002 weitere 8 Artikel (Schmidt 2004, S. 17-21) ausfindig gemacht werden. Bei den genannten Zahlen sind integrative oder richtungsübergreifende Arbeiten nicht berücksichtigt. Für den gesamten recherchierten Zeitraum von 1967 bis 2002 können 26 von insgesamt 145 Artikeln zum Thema Kunsttherapie in der Onkologie dem anthroposophischen Therapieansatz zugeordnet werden. Bei der Mehrzahl der Artikel werden Verläufe aus der Kunsttherapie geschildert und veranschaulicht. Ein wissenschaftlicher Anspruch wird dabei eher selten formuliert (z.B. bei Marian et al. 2002).

Als verbindende Grundannahme der künstlerischen Therapien gilt, „dass sich der Mensch aus den gleichen Kräften leiblich, seelisch und geistig aufgebaut hat, mit denen er später in freier Weise seine Kulturleistungen vollbringt“ (Golombek 2000, S. 11). Aus den analogen Prozessqualitäten, bezogen auf den Menschen selbst und sein künstlerisches Schaffen, eröffnen sich kunsttherapeutisch-diagnostische und damit eng verknüpft therapeutische Interventionsmöglichkeiten. Die geschaffenen Werke werden als Ausdruck gesundheits- und krankheitsbezogener Prozesse aufgefasst und intensiv nach ihrer Gestaltungsweise, weniger nach thematisch-inhaltlichen oder symbolischen Aspekten befragt (Altmaier 2000, S. 163-272, Frieling und Auer 2002, S. 379-447). Hieraus werden kunsttherapeutische Interventionen abgeleitet und künstlerische Entwicklungswege angeregt, selbstverständlich unter Einbeziehung der Begegnung und Wahrnehmung des Patienten.

In verschiedenen Artikeln werden der Tumorbildung entsprechende Tendenzen in den Bildgestaltungen beschrieben z.B. „fremdkörperartige, hartkonturierte Einschlüsse“ (Suchantke

1971, S. 13). Mit der Situation der Krebserkrankung einhergehende Verunsicherung, Ängste, Hilflosigkeit und Erstarrung manifestieren sich beispielsweise als „stereotype und von der Farbe ganz unabhängige Formelemente“ (Matthiessen 1997). Aktuelle Untersuchungen geben Hinweise auf unterschiedliche Gestaltungsmerkmale in spontanen Erstbildern von Patientinnen mit Krebs im Vergleich zu Patientinnen mit Rheuma (Gruber et al. 2002). Die Komplexität adäquater wissenschaftlicher Zugänge zur Frage der Bildanalyse zeigt der Beitrag von Harald Gruber (siehe S. 33-45 in diesem Band).

Markus Treichler benennt vier kunsttherapeutische Wirkprinzipien:

- „1. Ressourcenaktivierung leiblicher und seelischer Kräfte
 2. Positive Selbsterfahrung durch künstlerisches Tun
 3. Kreative Erweiterung des Erlebens und Verhaltens aus den künstlerischen Erfahrungen
 4. Aktivierung und Innovation von Ich-Stärke und Selbstgestaltungskompetenz“
- (Treichler 1996, S. 107)

Diese allgemeinen Wirkprinzipien können vielgestaltig modifiziert an diversen Beispielen wiedergefunden werden, Treichler selbst schildert eine Patientin mit Brustkrebs, bei der eine intensive künstlerische Selbsterfahrung im Formenzeichnen mit Farbstiften entscheidend dazu beiträgt, aus einer seelischen Abkapselung herauszukommen und ihre neu errungenen Gestaltungsmöglichkeiten biographisch zu erproben (Treichler 1996, S. 101-104, vgl. den Beitrag von Rhoda Born und Markus Treichler S. 217-232 in diesem Band).

In einer Einzelfallstudie über eine, mehrere Jahre durchgeführte, maltherapeutische Begleitung einer Patientin mit Brustkrebs wird das Phänomen der Wandlung als wesentliche Prozessphase auf künstlerischer und therapeutischer Ebene herausgearbeitet (Marian et al. 2002). Hierbei wird von einem autonomen therapeutischen Prozess mit übergeordneter Struktur (Petersen 2000) ausgegangen, Wandlung ist in diesem Sinne „weder voraussehbar, planbar noch machbar“ (Marian et al. 2002, S. 381).

Das kunsttherapeutische Plastizieren mit an Krebs erkrankten Menschen scheint im anthroposophischen Kontext häufiger angewandt zu werden als bei anderen Therapierichtungen (Daumüller et al. 1998, S. 142). Von 1998 bis 2002 stammen die zugehörigen drei Publikationen (Golombek 2000, Heiligttag 1999, Solheim 2002) ausschließlich aus dem anthroposophischen Kontext (Schmidt 2004, S. 31). Das Plastisch-Therapeutische Gestalten wird hier zu einem eigenen Fachbereich der Kunsttherapie zusammengefasst.

Beispielhaft für eine künstlerische Tätigkeit, die es ermöglicht, eine ungeformte Masse zum Träger einer individuellen Gestaltungskraft zu transformieren, sei eine spezielle Methode, die Methode des „Wiederholens und Wandeln“ von Stalhammar in der Arbeit mit Krebspatienten beschrieben (Stalhammar et al. 1997). Nach dem Gestalten einer Anfangsform wird in der nächsten Sitzung versucht, diese aus der Erinnerung nochmals zu wiederholen, um dadurch gemäß dem sich zeigenden Gestaltungsimpuls die kopierte Plastik zu verwandeln. Dieses Vorgehen wiederholt sich über mehrere Sitzungen, so dass eine Metamorphosenreihe entsteht, in der sich allmählich ein Ich-haftes Thema abzeichnet.

Abrundend betrachtet kann die Kunsttherapie als wichtiger Bestandteil einer Gesamtkomposition von Heilmitteln und Heilverfahren verstanden werden, um dem einzelnen an Krebs erkrankten Menschen gerecht zu werden. Die anthroposophisch orientierte Kunsttherapie betont die Integration seelisch-geistiger und lebendig-physischer Prozesse und geht von einer Wirksamkeit künstlerischer Prozesse bis ins Physische aus, ohne damit den Anspruch

zu erheben, direkt auf die Krebserkrankung heilend einzuwirken. Die Auswertung der bisher zugänglichen Literatur berechtigt aber zu der Annahme, dass Kunsttherapie wesentlich zur Krankheitsbewältigung bzw. zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann. Im Erleben der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten kann Kunsttherapie den Weg unterstützen, die ureigene Lebensmelodie (wieder) zu finden.

Ausblick

Aus dem dargelegten Grundverständnis der Anthroposophischen Medizin resultiert ein individualisiertes, therapeutisches Konzept, das aus der Vielfalt der therapeutischen Möglichkeiten die für die jeweilige Situation sinnvolle Komposition auswählt. Dieses Vorgehen erschwert allerdings die Beurteilungsmöglichkeit der Wirkungen der Einzelkomponenten. Konsequenterweise ist es daher, die Anwendung der Anthroposophischen Medizin als Ganzes praxisnah zu evaluieren, wie dies derzeit im Rahmen von Modellprojekten auch durchgeführt wird (Kiene und Hamre 1999, vgl. Beitrag von Hamre u. a., S. 139-156 in diesem Band).

Für die weitere Entwicklung der Erforschung therapeutischer Einzelverläufe sind durch die Ausarbeitung wissenschaftsmethodischer Aspekte und Kriterien (Kiene 2001, Jakobos und Petersen 2002) wichtige Grundlagen vorhanden. In dem Bereich der anthroposophisch orientierten Kunsttherapie bietet sich die Möglichkeit an, bereits bestehende qualitative Forschungsansätze einzubeziehen (wie z.B. bei Born 2002).

Die Erfahrungen des Projektverbundes „Kunsttherapie in der Onkologie“ zeigen, dass die Begegnungen und der Austausch verschiedener Therapierichtungen für die weitere Entwicklung und Implementierung wissenschaftlicher Ansätze sehr anregend sein kann.

Literatur

- Abel U (1986). Infekthäufigkeit und Krebsrisiko. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 111, S. 1978-1981.
- Albonico H U (1996). Häufigkeit fieberhafter Infektionskrankheiten im Kindesalter in der Vorgeschichte von Karzinompatienten. Der Merkurstab 1, S. 1-19.
- Altmaier M (2000). Farbe – Seele der Natur und des Menschen. Zum therapeutischen Malen. In: Arbeitsgruppe der Kunsttherapeuten (Hrsg.): Anthroposophische Kunsttherapie, Band 2, S. 163-272, Stuttgart: Urachhaus.
- Arbeitsgruppe der Kunsttherapeuten (Hrsg.), (2000): Anthroposophische Kunsttherapie. 4 Bände, Stuttgart: Urachhaus.
- Antonovsky A (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Born R (2002). Der kompetente Patient: Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik (Pilotstudie). Dissertation Universität Witten-Herdecke.
- Daumüller A, Broich C, Olearius S (1998). Kunsttherapie in der Onkologie. Diplomarbeit Fachhochschule Ottersberg.
- Dold U, Edler L, Mäurer H Ch, Müller-Wening D, Sakellariou B, Trendelenburg F, Wagner G (Hrsg.), (1991). Krebszusatztherapie beim fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom. Stuttgart: Thieme.
- Dunkel J, Rech P (1991). Zur Entwicklung und inhaltlichen Bestimmung des Begriffes „Kunsttherapie“ und verwandter Begrifflichkeiten. In: Petzold H Orth I (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien.

- Handbuch der Kunsttherapie. 2. Aufl., Band 1, S. 73-92. Paderborn: Junfermann.
- Durrer H (1971). Das Plastizieren als künstlerische Therapie. Mitteilungen aus der Behandlung maligner Tumoren mit Viscum Album. 3, S. 14-17. Arlesheim: Verein für Krebsforschung.
- Fintelmann V (1988). Intuitive Medizin. Einführung in eine anthroposophisch ergänzte Medizin. Stuttgart: Hippokrates.
- Fintelmann V (Hrsg.), (2003). Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Stuttgart: Mayer.
- Frieling E, Auer S (2000). Künstlerisch-Malerische Elemente in ihrer Beziehung zur Menschenkunde. In: Arbeitsgruppe der Kunsttherapeuten (Hrsg.): Anthroposophische Kunsttherapie, Band 2, S. 379-447. Stuttgart: Urachhaus.
- Glöckler M, Schürholz J, Walker M (1993). Anthroposophische Medizin. Ein Weg zum Patienten. Beiträge aus der Praxis anthroposophischer Ärzte. Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Gruber H, Frieling E, Weis J (2002). Kunsttherapie: Entwicklung und Evaluierung eines Beobachtungsinstruments zur systematischen Analyse von Patientenbildern aus der Onkologie und der Rheumatologie. Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde, 9, S. 138-146.
- Gautherie M, Gros C (1977). Circadian rhythm alteration of skin temperature in breast cancer. Chronobiologia 4, S. 1-17.
- Hauschka M (1971). Zur Künstlerischen Therapie. Band 1. Boll: Schule für Künstlerische Therapie.
- Henn W, Keller P (2002). Dialogische Werkbegegnung – Wenn das Objekt Subjekt wird. Ein Forschungsansatz in der Kunsttherapie. In: Petersen P (Hrsg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. S. 286-297. Stuttgart: Mayer.
- Hildebrandt G (1977). Hygiogenese. Grundlagen einer therapeutischen Physiologie. Therapiewoche 27, S. 5384-5397.
- Hildebrandt G (1999). Physiologische Grundlagen der Hygiogenese. In: Heusser P (Hrsg.): Akademische Forschung in der Anthroposophischen Medizin. Beispiel Hygiogenese. Natur- und geisteswissenschaftliche Zugänge zur Selbstheilungskraft des Menschen. S. 57- 82. Bern: Lang.
- Hildebrandt G, Moser M, Lehofer M (1998). Chronobiologie und Chronomedizin. S. 20-24. Stuttgart: Hippokrates.
- Husemann F, Wolff O (Hrsg.) (1991). Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst. 3 Bände. 5. Auflage, Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Jakobos Ch E (2000). Kunsttherapie in der Onkologie – Eine Literaturstudie. Dissertation Medizinische Hochschule Hannover.
- Jakobos Ch, Petersen P (2002). Kunsttherapie in der Onkologie. Ergebnisse einer Literaturstudie. In: Petersen P (Hrsg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. S. 232-340. Stuttgart: Mayer.
- Kiene H, Hamre H J (1999). Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes Anthroposophische Medizin. In: Heusser P (Hrsg.): Akademische Forschung in der Anthroposophischen Medizin. Beispiel Hygiogenese. Natur- und geisteswissenschaftliche Zugänge zur Selbstheilungskraft des Menschen. S. 283-289. Bern: Lang.
- Kienle G S, Kiene H (2003). Die Mistel in der Onkologie. Fakten und konzeptionelle Grundlagen. Stuttgart: Schattauer.
- Koob O (1988). Gesundheit – Krankheit – Heilung. Frankfurt am Main: Fischer.
- Kümmell H-Ch, Schulte M (1996). Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität auf der Grundlage des anthroposophischen Menschenbildes. Der Merkurstab, Heft 2, S.109-122.
- Marbach I (1996). Heilende Malerei. Dokumentation zum 100. Geburtstag der Maltherapeutin Dr. Margarethe Hauschka. Boll: Margarethe Hauschka-Schule.
- Marian F, Voigt W.und Petersen P (2002). Die Wandlung im maltherapeutischen Prozess, Der Merkurstab, Heft 5, S. 380-392.
- Matthiessen P F (1997). Der Krebs entwächst einem seelischen Mutterboden. Zur künstlerischen Therapie bei Krebskranken. Perspektiven, Nr.1, S. 62-67.
- Moser M, Schaumberger K (2003). Hat die Tagesrhythmik einen Einfluss auf die Krebsentstehung und deren Behandlung? Iscador News, Ausgabe 2, Weleda, Schwäbisch Gmünd.

- Petersen P (2000). Der Therapeut als Künstler. Ein integrales Konzept von Künstlerischen Therapien und Psychotherapien. Mayer: Stuttgart.
- Pütz R M (1977). Der Kunsttherapeut. Blätter zur Berufskunde, Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg.
- Pütz R M (1981). Kunsttherapie. Eine Alternative zur Regeneration des Menschen. Bielefeld: Bertelsmann.
- Schmidt N (2004). Kunsttherapie in der Onkologie. Diplomarbeit Fachhochschule Ottersberg.
- Schulte M, Heckmann Ch, Kümmell H-Ch (1999). Der Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität (HLQ): Entwicklung, Ergebnisse, Verwendungsmöglichkeiten. In: Heusser P (Hrsg.): Akademische Forschung in der Anthroposophischen Medizin, Peter Lang: Bern, S. 249-253.
- Schwarz R (1994). Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität. Stuttgart: Schattauer.
- Selg P (2000). Vom Logos menschlicher Physis. Die Entfaltung einer anthroposophischen Humanphysiologie im Werk Rudolf Steiners. Dornach: Verlag am Goetheanum.
- Sieweke H (1982). Anthroposophische Medizin. Studien zu ihren Grundlagen. Dornach: Philosophisch-Anthroposophischer Verlag.
- Sieweke H (1967). Gesundheit und Krankheit als Verwirklichungsformen menschlichen Daseins. S. 304-320. Dornach: Philosophisch-Anthroposophischer Verlag.
- Stalhammar D, Henn W, Keller P (1997). Kunsttherapeutisches Plastizieren mit Krebskranken. In: Baukus P, Thies J (Hrsg.): Kunsttherapie. S. 249-260, Stuttgart: G. Fischer.
- Steiner R (1976). Geisteswissenschaft und Medizin. zwanzig Vorträge, gehalten 1920. 5. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Steiner R (1989). Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft. 3. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Steiner R, Wegman I (1991). Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. 7. Aufl. (1. Aufl. 1925) Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Suchantke C (1971). Zum therapeutischen Malen. Mitteilungen aus der Behandlung maligner Tumoren mit *Viscum Album*. 3, S. 11-13. Arlesheim: Verein für Krebsforschung.
- Treichler M (1996). Mensch – Kunst – Therapie. Anthropologische, medizinische und therapeutische Grundlagen der Kunsttherapien, Stuttgart: Urachhaus.
- Treichler M (1998). Das Therapieangebot in der anthroposophischen Medizin. Stuttgart: Mayer.
- Wagner R (1982). Kunst als Therapie zur Behandlung geschwulstkranker Patienten. Schweizer Spital, 46, Nr. 12, S. 11-14.
- Wagner R (2003). Krebs – den Lebensfaden wiederfinden. Stuttgart: Meyer.
- Wais M (1992). Biographiearbeit und Lebensberatung. Stuttgart: Urachhaus.
- Werner H (1996). Fragen zur Ernährung bei Krebserkrankung. In: Glöckler M, Schürholz J (Hrsg.): Krebsbehandlung in der anthroposophischen Medizin. S. 151-177. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Uexküll Th von und Wesiak W (1990). Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann J M, Köhle K, Schonecke, O W, Uexküll Th von, Wesiack W (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg.

3 Forschungsprojekte

Der kompetente Patient: Zusammenfassung einer Patientenbefragung zur Kunsttherapie*

Rhoda Born

Zusammenfassung

Die im Rahmen einer Doktorarbeit entstandene Studie ist eine Patientenbefragung zur Kunsttherapie und umfasst die Meinungen und Ansichten von 38 Personen zur Kunsttherapie (Fachrichtung Bildende Künste), die in einem Leitfadenterview erhoben werden. In dem Gespräch vor und nach der Therapie werden fünf Kernbereiche der Kunsttherapie abgefragt. Die Daten werden mit qualitativen Forschungsmethoden ausgewertet und modifiziert. Die Ergebnisse weisen sowohl positive als auch negative Therapieverläufe auf. Sie lassen ein enges Beziehungsdreieck zwischen Therapeut, Patient und dem gestalteten Objekt erkennen. Anhand des Dreiecks und Kriterien der Therapiezufriedenheit werden die neuen Begriffe der Werkbindung (WB), der fördernden therapeutischen Beziehung (FTB) und der Werk-Wertschöpfung (WWS) vorgestellt. Zusammen mit dem entwickelten WWS-Modell zeigen sie Gründe für positive und negative Therapieverläufe auf und führen zu einer Neubewertung der Rolle der Kommunikation und des Therapeuten innerhalb der therapeutischen Beziehung.

Problemstellung

Ausgangspunkt für die Studie war die Frage, wie anthroposophische Kunsttherapie vom „Endverbraucher Patient“ selbst wahrgenommen und erlebt wird, denn ein Großteil der Patienten hat keine künstlerischen Vorkenntnisse. Bei der Suche nach relevanter Literatur stellte sich heraus, dass Patientenbefragungen oder ähnliche Studien zur Kunsttherapie nicht existieren und die vorhandene Fachliteratur primär die Sicht des behandelnden Arztes oder Therapeuten darstellt. Grawe wies bereits 1995 in seinem Gutachten darauf hin, dass Belegarbeit für positive Resultate der Kunsttherapie dringend vonnöten sei (Grawe 1995, S. 164). Als ein Resultat seiner Aufforderung entbrannte eine intensive Diskussion über angemessene Forschungsmethoden in der Kunsttherapie, die bis heute in unverminderter Vehemenz anhält. Das Thema Forschung ist aktueller denn je, denn der Mangel an selbstständiger Grundlagenforschung und die damit verbundene, fehlende Konsolidierung macht sich jetzt durch zunehmenden Druck von außen bemerkbar. Eine Ausnahme bildet die Musiktherapie, die von ihren Anwendern bereits seit längerem wissenschaftlich untersucht wird (Aldridge 1994, 2002, Danner und Oberengelsbacher 2001). Durch die Reform des Gesundheitswesens wer-

* Der vorliegende Beitrag basiert auf einer Dissertation an der Universität Witten-Herdecke (Born 2002). Die Arbeit wurde von Prof. Dr. David Aldrige, Lehrstuhl für Musiktherapie und Qualitative Forschung in der Medizin angenommen und 2003 abgeschlossen.

den von Therapieformen wie der Kunsttherapie zunehmend Nachweise für positive Effekte gefordert, trotzdem gibt es in Deutschland bislang keine neueren empirischen Erhebungen über die Wirkung von Kunsttherapien (Ingeln 2002, S. 307).

Die Wirkungen der anthroposophischen Kunsttherapie, welche die Grundlage der Arbeit bildet, werden als komplexes System auf allen Ebenen des menschlichen Daseins angenommen (Treichler 1996, Glöckler et al. 1999). Daher stehen Forschungsarbeiten zunächst vor der Frage, ob es eine Primärwirkung der Kunsttherapie gibt, worin sie besteht und wie sie sich am besten dokumentieren lässt. Ansatzpunkte zur Erforschung des kunsttherapeutischen Prozesses und seiner Wirksamkeit bieten die entstandenen Objekte, medizinische Resultate (wobei Kunsttherapie in der Regel in einem Therapiekomplex verordnet wird, was die Auswertung erschwert), Fremdbeobachtungen der Therapie (Ball 2003, S. 74) oder die Aussagen der Beteiligten (Ingeln 2002).

Parallel zu der geschilderten Situation in der Kunsttherapie findet sich in der Medizin vermehrt der Begriff des „kompetenten Patienten“ (Nagel 1998, 2001). Er besagt, dass der Patient nicht nur informiert wird, sondern aktiv an Entscheidungsfindungen für z.B. Therapiemaßnahmen teilnimmt. Der Patient wird als gleichberechtigtes Gegenüber und Experte seiner selbst gesehen. Dementsprechend enthält die Studie keine Informationen über die Ansichten der behandelnden Therapeuten oder Ärzte. Aufgrund persönlicher Praxiserfahrungen und der Überzeugung, dass Kunsttherapie hilfreich und heilend sein kann, sind Vertrauen und Sicherheit in das erlernte Medium und Respekt vor dem „kompetenten Patienten“ entstanden, dessen Meinung im Mittelpunkt der Arbeit steht. Vor diesem Hintergrund entstand die forschungsleitende Fragestellung:

„Wie wird die anthroposophische Kunsttherapie (Fachrichtung Bildende Kunst) von Patienten an einer Klinik wahrgenommen und verarbeitet?“

Aufbau der Arbeit

Die Dissertation besteht aus fünf Kapiteln. **Kapitel 1** der Arbeit befasst sich mit der gegenwärtigen Situation der Kunsttherapie in Deutschland. Dabei werden rechtliche und wirtschaftliche Aspekte sowie der Stand der Forschung betrachtet. Es stellt unterschiedliche Ansätze in der Kunsttherapie vor, insbesondere den anthroposophischen Ansatz und erklärt die Bedeutung des Begriffs des „kompetenten Patienten“ sowie den für die Arbeit relevanten Begriff der Wahrnehmung. **Kapitel 2** stellt den Aufbau der Studie und die Auswertungstechnik vor. Nach einer kurzen Betrachtung qualitativer Forschung folgt die Erläuterung der daraus gewählten Interviewtechnik. Im Anschluss daran wird die Entwicklung des Interviewleitfragebogens sowie der angewandten Auswertungsmethodik nach Legewie (1994) und Mayring (2000) vorgestellt. **Kapitel 3** präsentiert die sowohl fragenbezogene als auch die kategorienbezogene Ergebnisdarstellung. Es werden allgemeine Antworttendenzen aufgezeigt und mit Einzelziten der Patienten belegt. Eine erneute Betrachtung der Ergebnisse im Zusammenhang mit den Kategorienschwerpunkten und der Therapiezufriedenheit führt zu der Bildung von drei neuen Begrifflichkeiten, die in **Kapitel 4** erläutert und in einem Modell verdeutlicht werden. Das **5. Kapitel** fasst die Ergebnisse der Studie zusammen und gibt einen kritischen Forschungsausblick.

Methodik

Die gewählte Erfassungsmethodik aus dem Bereich der qualitativen Forschungsmethoden ist das problemzentrierte Interview. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und alle beteiligten Patienten waren über die weitere Verwendung ihrer Angaben informiert; ausgenommen von der Befragung waren Kinder und Jugendliche. In Anlehnung an standardisierte Fragebögen (Lebensqualität, Kreativität, Expertenmeinungen) wird ein Interviewleitfragebogen entwickelt, so dass für alle Teilnehmer gleiche Rahmenbedingungen herrschen. Er fragt in einem Erst- und Abschlussinterview vor und nach der Therapie in fünf Kategorien Kernpunkte des künstlerischen und therapeutischen Erlebens (körperliche Wahrnehmungen, seelische Eigenwahrnehmung, künstlerische Präsenz, Therapieverständnis, individuelle Motivation) ab. In einer Kompletterfassung über 4 Monate werden 38 erwachsene Patienten (29 Frauen, 9 Männer) eines Akutkrankenhauses interviewt, denen Kunsttherapie verordnet wird. Der Kreis der befragten Personen setzt sich primär aus den Abteilungen Innere Medizin, Psychosomatik und Frauenheilkunde zusammen. Das Durchschnittsalter liegt bei 45,8 Jahren. Die Befragung wird auf Tonband dokumentiert. Um das vorhandene Datenmaterial zu strukturieren, wird zwischen drei Ansätzen der Ergebnisdarstellung unterschieden:

- Die **Zusammenfassung aller Antworten** bezüglich einer Frage und einer Kategorie. Dadurch bilden sich übergreifende Antworttendenzen heraus. Durch die Zusammenfassung aller Antworten auf eine Frage bekommt der Betrachter einen Überblick, wie die Frage im Allgemeinen aufgefasst und beantwortet wurde.
- Die **themenbezogene Darstellung** basiert auf der Zusammenfassung aller Antworten und zieht aus der Gesamtdatenmenge alle, auf einen Themenkomplex bezogenen Angaben heraus.
- Die individuelle **patientenbezogene Falldarstellung**. Einzelfallbetrachtungen sind detaillierter und geben mehr Aufschluss über das diffizile Beziehungsgefüge in einer Therapie. Weiterhin können Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsbild und den entsprechenden therapeutischen Anwendungen besser herausgearbeitet werden (Aldridge 1994).

Die Autorin hat sich aufgrund der forschungsleitenden Fragestellung für die Zusammenfassung aller Antworten und die themenbezogene Darstellungsweise entschieden. Die Entscheidung gegen eine Einzelfalldarstellung beruht auch auf fehlenden Daten (z.B. Berichte der behandelnden Ärzte, der zuständigen Therapeuten, Bildmaterial). Zudem existieren bereits zahlreiche, gut recherchierte und dokumentierte Einzelfalldarstellungen. Die transkribierten Gespräche werden in einer Kombination der Ansätze von Heiner Legewie (Globalauswertung, Legewie 1994) und Phillip Mayring (qualitative Inhaltsanalyse/Textverarbeitung, Mayring 2000) ausgewertet.

Ergebnisse

Die Erstinterviewaussagen zeigen, dass beim Einstieg in die Kunsttherapie eine hohe emotionale Hemmschwelle aus Versagensängsten und Unsicherheit sowie meist negativen (schulischen) Vorerfahrungen besteht. Dennoch weisen die weiteren Ergebnisse auf eine überraschend intensive und emotionale Bindung der Patienten zu ihrem geschaffenen Werk hin. Gleichzeitig zeigt sich, dass auch der Therapeut durch Material- und Themenwahl starken Einfluss auf

das Patientenwerk nimmt. Es zeichnet sich anhand der komprimierten Patientenaussagen ein enges Beziehungsdreieck zwischen Therapeut, Patient und Werk ab.

- Körperliche (I. Kategorie) und seelische Wahrnehmung (II. Kategorie) weisen als Schwerpunkt Aktivität oder Passivität auf.
- Im Bereich der künstlerischen Präsenz (III. Kategorie) kristallisiert sich als übergeordnetes Thema die prozessuale Beziehung des Patienten zu seiner Tätigkeit, bzw. zu dem Werk heraus.
- Das Therapieverständnis (IV. Kategorie) der Interviewpartner war primär geprägt von Äußerungen zum Verhältnis von Therapeut und Patient.
- Die verschiedenen Bezugssysteme der Therapie konzentrierten sich bei der individuellen Motivation (V. Kategorie) schließlich nur noch auf die Veränderung des Selbst.

Es finden nicht alle Gesprächspartner einen Zugang zur Kunsttherapie, einige Patienten setzen ihre Wirkung mit der eines Hobby-Malkurses gleich oder verstehen den Sinn ihrer Tätigkeit nicht. Markantestes Unterscheidungskriterium bei den Schilderungen war das beim Patienten entstandene Gefühl, er habe Nutzen für sich aus der Therapie ziehen können. Dann war die Therapie positiv verlaufen. Ein weiteres Merkmal war ein „neutraler Verlauf“, d.h. aus Sicht des Patienten passiert fast nichts. Im schlimmsten Fall verlief die Kunsttherapie negativ und hinterließ beim Patienten ein ungutes Gefühl. Was aber waren die Faktoren, die das Ergebnis beeinflussten? Nach den vorliegenden Daten spielen weder Alter noch Krankheitsbild eine wesentliche Rolle. Am ehesten thematisiert wurde der Zeitfaktor in Form der erhaltenen Therapiestunden. Woran konnte es also aus Patientensicht liegen, dass die eine Therapie als erfüllend und positiv empfunden wird und die andere nur als „nett“?

Bei einer Modifizierung der Forschungslinie werden die vorhandenen Datenmengen zu einem „fiktiven Kurzinterview“ komprimiert. Die Untersuchung des Beziehungsdreiecks Therapeut–Patient–Objekt anhand der konzentrierten Angaben unter Berücksichtigung der Therapiezufriedenheit führt zu folgenden, neuen Begriffen, die mit dem zugehörigen Modell den Schwerpunkt der Forschungsarbeit darstellen:

- Die „Werkbindung“ (WB) bezeichnet das Vorhandensein einer emotionalen Beziehung des Patienten zu seinem Werk.
- Die „fördernde therapeutische Beziehung“ (FTB) beschreibt eine nondirektive, gemeinschaftliche Entscheidungs- und Handlungsbasis zwischen Therapeut und Patient. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die gemeinsame verbale Kommunikationsebene, die drei unterschiedliche Qualitäten aufweisen kann.
- Die „Werk-Wertschöpfung“ (WWS) bezeichnet den individuellen Zugewinn des Patienten durch seine künstlerische Tätigkeit in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten, den er durch und an seinem Werk erlebt.

Die drei Begrifflichkeiten und ihr Zusammenspiel werden in einem, anhand der erhobenen Daten entwickelten Werk-Wertschöpfungsmodell verdeutlicht und erklärt.

Das Modell beinhaltet zwei Phasen und fünf Ebenen. Es zeigt Gründe für positive oder negative Therapieverläufe auf, die in der Studie ausführlich dargelegt werden. Negative Therapieverläufe enden nach Phase 1 und werden laut Patientenaussagen in der Regel als „Malkurs“ oder wegen unbefriedigender Aufgabenstellungen sogar als deprimierend erlebt. Ein positiver Abschluss von Phase 1 ist aber Voraussetzung für Phase 2, die den Einstieg in die therapeutische Dimension der künstlerischen Tätigkeit darstellt. Der größte individuell-therapeutische Zugewinn durch Kunsttherapie vollzieht sich am Ende der 2. Phase. Die

Patienten beschreiben dann u.a. eine eigenständig am Werk wahrgenommene, erkannte und durchgeführte Handlung, z.B. eine Wandlung an ihrem Werk.

Fazit und Ausblick

Die Arbeit hat die Patientenangaben zur Wirkung und Verarbeitung der Kunsttherapie ausgewertet und anhand der Ergebnisse drei neue Begrifflichkeiten und ein Modell entwickelt.

Alle drei Begriffe stellen aus Patientensicht spezifische Kriterien der Kunsttherapie dar. Es ist davon auszugehen, dass die entwickelten Begriffe allgemeine Aspekte des kunsttherapeutischen Prozesses darstellen, obwohl sie aus einem anthroposophischen Ansatz resultieren; dies wäre in weiteren Studien zu überprüfen. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Begriffe und das Werk-Wertschöpfungsmodell positive und negative Therapieverläufe aufzeigen und verständlich machen. Sie bewerten das Patientenwerk neu und ermöglichen dem Therapeuten eine bessere Evaluation des aktuellen Standortes während der Therapie sowie eine optimalere Förderung der individuellen Patienten Anliegen.

Kunsttherapie, so die Patientenangaben, bestätigt, stützt und fördert den kompetenten Patienten. Sie stellt eine Therapieform dar, die ihm entspricht und Zukünftiges anspricht, wenn sie in Zusammenarbeit entsteht. Bezugnehmend auf die Fragestellung der Arbeit lässt sich zusammenfassend sagen, dass Kunsttherapie von den Patienten im Sinne der Salutogenese (Bengel et al. 2000) als gesundheitsförderlich wahrgenommen und erlebt wird. Sie berührt alle, von der Weltgesundheitsorganisation und Antonovsky (Antonovsky 1997) als gesundheitsförderlich angesehenen Komponenten:

- Sie sensibilisiert die Umfeld- und Eigenwahrnehmung,
- fördert Selbstverantwortung
- und bedingt Urteils- und Handlungskompetenz.

Schlusswort

Im persönlichen Schlusswort der Dissertation bezieht sich die Autorin noch einmal auf die anthroposophische Kunsttherapie und den kompetenten Patienten. Sie sieht Schwierigkeiten im zweifachen Anspruch der Kunsttherapie auf eine organ-formende und andererseits eine bewusstseinsbildende, aktivierende Wirkung, da die Teilnehmer dieser Studie darauf hinweisen, dass sich der organisch-orientierte und der psychotherapeutische Anspruch gegenseitig nahezu ausschließen. Die Autorin weist darauf hin, dass es fraglich ist, ob die organische Wirkung gegen den Willen der Patienten überhaupt auftritt.

Weiterhin fordert die Arbeit eine genauere Differenzierung der kunsttherapeutischen Interventionen: Es muss Klarheit bestehen zwischen einer heilsamen Konfrontation auf der Basis einer Werkbindung oder dem stringenten Durchsetzen systematischer oder subjektiver Werkvorstellungen durch den Therapeuten.

Die neue, selbstbewusste Patientenidentität bedingt für die Autorin eine kritische Reflexion des derzeitigen therapeutischen Selbstverständnisses und eine Abklärung des Patientenbil-

des in der anthroposophischen Kunsttherapie. Die Anthroposophie erwartet vom mündigen Patienten aktive Selbstverantwortung im Heilungsprozess. Diese Selbstverantwortung muss sie ihm aber auch ermöglichen. Die Pilotstudie möchte dazu beitragen, dass der Patient von Beginn an als gleichwertiger Teilnehmer des therapeutischen Prozesses gesehen wird und entsprechend sich „selbst-verstehender“ und kompetenter entlassen wird.

Kunsttherapie kann unabhängig vom ideologischen Hintergrund und den differenten Einsatzfeldern viel bewirken. Durch die Bereitschaft der Patienten, alle gestellten Fragen zu beantworten, sind überraschende und bislang unbemerkte Aspekte angesprochen worden; Gesichtspunkte, die wahrscheinlich weder der Arzt noch der Therapeut so wahrgenommen und betrachtet hätten. Schon allein diese Erkenntnis sollte als Ansporn genommen werden, auch in Zukunft besser hinzusehen, zuzuhören und nachzufragen.

Literatur

- Aldridge D (1994). Single-case research designs for the creative art therapist. In: *The Arts in Psychotherapy*, Jg. 1994, H. Vol. 12, S. 333-342. USA.
- Aldridge D (2000). It's not what you do but the way that you do it. In: Aldridge, D.(Hrsg.): *Music therapy in dementia care*. London: Jessica Kingsley Publishers 2000: 9-32.
- Antonovsky A (1997). *Salutogenese*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Ball B (2003). *Der kunsttherapeutische Prozess unter der Lupe: Ein qualitativer Forschungsansatz in der Kunsttherapie*. In: Dannecker K (Hrsg.). *Internationale Perspektiven in der Kunsttherapie*. Graz: Nausner & Nausner.
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2000). Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese. 5. Auflage. Köln: BzGA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung) Bd 6.
- Born R (2002). *Der kompetente Patient: Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik (Pilotstudie)*. Dissertation Universität Witten-Herdecke, Fachbereich Medizin.
- Danner B, Oberegelsbacher D (2001). Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie - Katamnestische Erhebung an psychosomatischen Patienten einer Psychiatrischen Klinik. In: *Nervenheilkunde*, 8/2001. Jg. (2001), H. 20. S. 434/30 - 441/40. Stuttgart: Schattauer.
- Glöckler M, Schürholz J, Walker M (Hrsg.) (1999). *Anthroposophische Medizin - Ein Weg zum Patienten. Beiträge aus der Praxis*. Stuttgart: Freies Geistesleben und Urachhaus.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1995). *Psychotherapie im Wandel*. 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Ingeln C (2002). Überlegungen zu Forschungsfeldern der Kunst- und Gestaltungstherapie. S. 306-322. In: Petersen P (Hrsg.). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Stuttgart: Mayer.
- Legewie H (1994). Globalauswertung von Dokumenten. In: *Texte verstehen, Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. In: *Schriften zur Informationswissenschaft* Bd. 14, 1994a, S. 177- 182, Konstanz.
- Mayring P (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse*. 7. Auflage. Deutscher Studienverlag Weinheim: Beltz.
- Nagel GA (1998). Kompetente Berater für kompetente Patienten. Eine Patientengeneration verlangt nach neuen Formen der Kooperation von Ärzten, Apothekern und Patienten. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 98. Jg. 2001 H. 9, S. B 436. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nagel GA (2001). im Vorwort von: Brückenschlag-Aktuelles aus Klinik und Forschung: Patientenkompetenz, 9. Jahrgang Nr. 27/ Juni 2001a; S. 1.
- Petersen P (Hrsg.) (2002). *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Stuttgart: Mayer
- Treichler M (1996). *Mensch – Kunst – Therapie*. Stuttgart: Urachhaus.

Malen als Heilung im Lichte von Dasein und Existenz – ein phänomenologisch orientierter Versuch der systematischen Beschreibung von Heilungsprozessen des Bewusstseins im Vollzug künstlerischen Gestaltens

Frank Fischer

Zusammenfassung

Im Hinblick auf die Frage nach der Heilung durch Malen möchte ich im Folgenden einige Ergebnisse meiner Dissertation (Fischer 2002) zusammentragen. Meine Arbeit versucht zunächst, die allgemeinen Voraussetzungen eines qualitativen Forschungsansatzes (n=1) zu klären und greift dazu auf die phänomenologische Methode insbesondere Merleau-Pontys zurück, dessen Auseinandersetzung mit dem Maler Cézanne als exemplarisch rekapituliert wird. Aus dieser Methode werden acht Regeln für eine qualitative Forschung abgeleitet. An ihnen orientiert sich die anschließende Untersuchung des Lebens-Werkes der an Morbus Hodgkin erkrankten Malerin Elke Borchert. Die Künstlerin verstarb im Februar 1997 nach siebenjähriger Krebserkrankung und hinterließ ein sich stetig entwickelndes Oeuvre aus Bildern, Gedichten und Tagebucheintragungen, die während kunsttherapeutischer Begleitung entstanden. An ihnen versucht meine Untersuchung beispielhaft zentrale Bewusstseinsphänomene zu beschreiben, die im Vollzug künstlerischen Gestaltens die Qualität von Heilungsprozessen gewinnen können. Es zeigt sich, dass eine Vielzahl solcher Phänomene zusammenwirkt und es kaum möglich ist, einzelne zu isolieren und zu Hauptmerkmalen zu befördern. Jedoch zeigt sich im Lichte einer existentiellen Phänomenologie, die sich methodisch am ganzen Dasein des Menschen ausrichten will, wie die Malerin durch die Kunst ihre Freiheit zur Wandlungsfähigkeit gegen die Herrschaft der Erkrankung als Krise der ganzen Persönlichkeit verteidigt. Die Kunst zeigt sich somit als Verteidigerin der Voraussetzung geistiger Heilung überhaupt und weist auf ein Vermögen hin, das ein Menschenleben in aller Absurdität sinnvoll erscheinen lässt.

1. Existentielle Phänomenologie als Grundlage eines qualitativen Forschungsansatzes

Zu der Herausforderung einer Arbeit, die sich mit einem qualitativen Forschungsansatz zu arrangieren vornimmt, gehört, dass es ein eindeutiges Ergebnis, auf das man sämtliche Bemühungen reduzieren und festlegen könnte, nicht geben kann und nicht geben soll. Es liegt im qualitativen Aspekt der (hier gewählten) Methode selbst begründet, dass eine bestimmte Haltung notwendig wird, sowohl für den Beschreibenden, wie für den, der diese Beschreibung zu verstehen versucht. Der Forschende und somit Beschreibende setzt die Bereitschaft zum zunächst möglichst voraussetzungslosen, aber kritischen Nachvollziehen und Einfühlen in eine fremde Welt voraus, damit es möglich werden soll, die wesentliche Vielschichtigkeit und Vieldeutigkeit einer menschlichen Existenz auch nur annähernd ihr gerecht werdend darzustellen. Diese paradox anmutende Notwendigkeit wird in der existentiellen Phänomenologie formuliert und methodisch begründet. Sie stellt sich die für meine Arbeit methodisch entscheidende Frage, wie man eine subjektive Innenwelt eines Menschen und deren Wandlung in ihren Wesenszügen allgemeingültig, d.h. möglichst objektiv darstellen kann, ohne ihre Einzigartigkeit und Unhintergebarkeit in Frage zu stellen. Es zeigt sich im Sinne der Phänomenologie, dass es beide Extreme isoliert voneinander nicht geben kann. Es gibt keine reine Subjektivität ohne Welt und keine reine Objektivität in Bezug auf Bewusstsein. Subjekt und Welt sind stets aufeinander bezogen und bringen in ihrer ständig sich erneuernden einzigartigen Verbindung das hervor, was Merleau-Ponty *In-der-Welt-sein* nennt. Es geht für ihn darum, das Verhältnis zwischen Bewusstsein und Natur, zwischen Innerem und Äußerem zu beschreiben, *oder auch, anders ausgedrückt, die Perspektive des Idealismus, in der nichts ist, es sei denn als Gegenstand für das Bewusstsein, ins Verhältnis zu setzen zur Perspektive des Realismus, der gemäß alles Bewusstsein verwoben ist ins Geflecht der objektiven Welt und der Geschehnisse an sich; oder endlich, nochmals anders ausgedrückt, zu begreifen, wie es kommt, dass Welt und Mensch zweierlei Wesen der Forschung zugänglich sind, der erklärenden und der reflexiven.* (Merleau-Ponty 1966, S. 174, 487).

Die Herausforderung liegt also darin zu zeigen, wie sich *zwischen* Realismus bzw. Objektivismus auf der einen und Idealismus bzw. Intellektualismus ein Spannungsfeld auftut, ein Zwischenreich, aus dem heraus die Phänomenologie argumentiert. Außerdem zeigt sich in einem weiteren Schritt, dass aus dieser Perspektive der Kontakt zu dem Faktum der menschlichen Existenz gewahrt bleibt, die weder als reines Bewusstsein noch als bloßes Ding verklärt werden kann, sondern nur durch den Einblick in den Prozess der Wechselwirkung beider verstehbar und deutbar sein kann.

Die Phänomenologie, so argumentiert sie, geht außerdem von einem die ganze Existenz des Menschen betreffenden Menschenbild aus: Der Mensch definiert sich als *Zur-Welt-sein*, weil alles, was er tut (oder unterlässt), seinen Niederschlag findet in der Geschichte, weil er *zum Sinn verurteilt* ist, wie Merleau-Ponty es ausdrückt. Um herauszufinden, wie sich in einer je eigenen Bewusstseinswelt Sinn verwirklicht, ist es notwendig, sich einführend und nachvollziehend auf eine *Sinngenesis* einzulassen, die auf allen Ebenen, ohne eine zu isolieren oder zu verabsolutieren, zugleich erlebt wird. Erst wenn die wesentlichen Motive, die in einem eigenen Stil des bewusstwerdenden Nachvollziehens erfahrbar sind, erkennbar werden, wenn ich mich sozusagen im Innern der Seinsweise eines Denkens niedergelassen habe, darf ich annehmen, den Anderen und den ganz eigenen *Sinn* seiner Existenz verstanden zu haben.

Versucht man aus diesem Kernanliegen der Phänomenologie den Ansatz einer Qualitativen Forschung zu generieren, ergeben sich schließlich einige Regeln, die ganz allgemein bei der Auseinandersetzung mit Leben und Werk eines Menschen zur Anwendung kommen können.

Acht Regeln für eine Qualitative Forschung aus phänomenologischer Sicht

I. Beschreibung

Durch die Konzentration auf die Beschreibung soll eine größtmögliche Neutralität erreicht werden. Die Sprache soll sich ganz ihrem beschriebenen Phänomen annähern können, bis sich etwas ausspricht, das dem Phänomen unabhängig vom Untersucher wesentlich ist. Ziel ist es, die untersuchte Lebenswelt mittels Beschreibung schließlich zu bewohnen.

II. Natürliche Einstellung

Gemeint ist das bewusste Absehen von Vorurteilen, Vorannahmen, Zielvorstellungen und Erklärungsmodellen, um eine neutrale Einstellung einnehmen zu können. Was als wesentliche Intentionalität immer schon im Bewusstsein vorgängig geschieht, soll sich ohne Verstellung aussprechen können.

III. Stil

Der Stil resultiert aus Beschreibung und natürlicher Einstellung. Man kann ihn allgemein als meditativ, kontemplativ, intuitiv, deskriptiv, variierend, einfühlend, andächtig oder konzentrativ bezeichnen. Gemeint ist ein sich stilistisch anpassendes Denken, das teilnehmend und sich hineindenkend eine Bewegung des vorsichtigen Vorantastens im Sinne eines genauen Wahrnehmens von besonderen Qualitäten der Wahrnehmung vollzieht.

IV. Zirkularität und Multiperspektivität

Die Unabgeschlossenheit des phänomenologischen Fragens führt zur Notwendigkeit der ständigen Rückkehr zu Ausgangspunkten. Es entwickelt sich daher im Gang der Untersuchung ein hermeneutisch kreisendes Fragen, bei dem Gedanken, Zitate, Vergleiche und Fragen mehrfach wiederholt auftauchen können, doch geschieht dies in einem veränderten Kontext, bzw. aus einer anderen Perspektive. Dies entspricht der Vielschichtigkeit der Lebensbezüge.

V. Vergleich und Material

Bezüge zu verschiedenen Theorien, Studien oder wissenschaftlichen Aussagen dienen der „Erdung“ der eigenen Ergebnisse, dem Abgleich an einem anderen Denken, von dem aus gleichwohl zur natürlichen Einstellung zurückgekehrt werden muss. So bleibt die Differenz zwischen erklärendem und auslegendem Denken erhalten, und gleichzeitig wird eine Offenheit zu anderen Auslegungsweisen der Wirklichkeit erhalten.

VI. Die Wesensstrukturen der Erfahrung

Die Phänomenologie orientiert sich immer an der Frage: Wo sind die wesentlichen Elemente der Erfahrung in der Kunst wie im Leben anzutreffen? Dies betrifft die Themenwahl (hier Ausdruck und Wahrnehmung, Raum- und Zeiterleben, Licht und Farbe), wie auch die Suche nach wesentlichen Strukturen: Als solche treten besonders Momente hervor, in denen ein existentieller Sinn entsteht, bzw. in denen elementare Vorgänge erkennbar werden, die Existenz und Lebenswelt betreffen.

VII. Zwischen Subjekt und seiner Welt

Die untersuchende Beschreibung folgt den gegenläufigen Bewegungen von Subjekt, das sich immer wieder zur Welt hin öffnet und sie entwirft, und Welt, die gleichzeitig dem Subjekt als immer schon strukturierte Welt entgegentritt. Beide Seiten müssen wechselwirkend in die Beschreibung Eingang finden, die Gegebenheitsweise der Dinge wie auch die Auffassungsweise des Subjekts. Deshalb sind verschiedene Materialien relevant, die sich auf Leben und Werk beziehen.

VIII. Sinnstiftung

Ziel der Untersuchung ist es, Augenblicke der Sinnstiftung ins Bewusstsein zu heben und als solche erkennbar zu machen. Die stets wiederkehrende Frage lautet: Wie stehen Subjekt, Welt und Werk zueinander, damit in bestimmten Momenten etwas Sinnvolles geschieht? Die Frage zielt auf Phänomene, die wesentlich das Menschsein als ein nach Sinn suchendes Geschöpf ausmachen, unter Berücksichtigung der Existenz.

2. Existenz und die Frage nach Heilungsprozessen im Bewusstsein eines Menschen

Das bedeutsame am Existenzbegriff¹ in der existentialistischen Phänomenologie ist ein besonderes Verständnis von der Situation des Menschen: Dass ein Mensch existiert, heißt nicht, dass er oder sie einfach „da“ ist, sondern dass sich jeder einzelne zu seinem Dasein verhalten kann. D.h. es liegt dem Begriff der Existenz ein Freiheitsverständnis zugrunde, das in der hier zusammengefassten Untersuchung in Bezug auf die Frage nach Heilungsprozessen im Bewusstsein eines Menschen eine große Rolle spielt. In der Untersuchung von Leben und Werk der 1997 verstorbenen Malerin Elke Borchert habe ich mich bemüht zu zeigen, dass Erkrankung (sowohl physisch als auch psychisch) zunächst eine die ganze Existenz umfassende Krise bedeutet. In der Krise gerät die Haltung zum Dasein in eine bedrohliche Situation: Dies betrifft sowohl die eigene Identität, Beziehungen zu Menschen, soziale Rollen und Verhaltensweisen, als auch den bisher als selbstverständlich geglaubten Lebenssinn überhaupt. Die Krise besteht darin, dass solche Voraussetzungen ins Wanken geraten und plötzlich im Lichte ihrer Endlichkeit höchst fragwürdig und sinnentleert zu sein scheinen. Die Krise kennzeichnet den Bruch all jener bisher kontinuierlichen Strukturen, die als Sinnträger fungierten. Dazu gehören auch Weltanschauungen und religiöse Annahmen, die, wie auch immer sie beantwortet werden, unbewusst stets zu gewissen Voraussetzungen drängen. Geht die fest geglaubte Haltung zum Dasein in der Krise verloren, versagen auch bisher gut funktionierende Coping-Strategien. Die ganze Vergangenheit wird wieder aktuell, und nicht selten geraten Beziehungskonflikte mit nahestehenden Menschen ins Zentrum des Kampfes um eine Neuorientierung im Dasein, um ein erneuertes Verständnis der eigenen Existenz.

Bei Elke Borchert brachen zudem unbewältigte Konflikte und Verletzungen auf. Es zeigte sich, dass die Auseinandersetzung mit den eigenen Eltern und die Loslösung von ihnen unabgeschlossen geblieben war. Besonders die Figur des Vaters, der sich künstlerische Ambitionen rigoros verbat und sich schließlich selbst das Leben nahm, bleibt im Werk Elke Borcherts von entscheidender Bedeutung im Ringen um die Wiederfindung einer neuen Identität als

Malerin. Gleichwohl versucht die Untersuchung die Existenz der Malerin Elke Borchert nicht auf den Konflikt mit den Eltern, bzw. mit dem Vater zu reduzieren. Die isolierte Betrachtung und Erklärung dieses Konflikts ist die Aufgabe der Psychoanalyse. Für die phänomenologisch orientierte qualitative Untersuchung soll es dagegen um die Frage gehen, was aus dem Konflikt für die existentielle Situation der Malerin abzuleiten ist. Die biographische Situation ist Ausgangspunkt und sehr relevant für die gesamte Untersuchung, aber dennoch lässt sich die *Lebenswelt* Elke Borcherts nicht darauf reduzieren. Es entspricht der oben dargestellten 4. Regel für qualitative Forschung, dass immer eine Entsprechung zur Vielschichtigkeit der Lebensbezüge gewahrt bleiben soll. Elke Borchert ringt mit ihrem Malen nicht nur um eine erneute Hinwendung zum tragisch verstorbenen Vater, sondern sie sucht zugleich nach ihrer eigenen Identität, nach einem Menschenbild, nach einem neuen Verständnis von Kreativität, Leben, Tod und Liebe, nach ihrer persönlichen Bindung an die Welt, aus der sie durch die Krankheit als vom Tod Gezeichnete gefallen ist.

Wie aber kann Malen bei dieser Suche helfen?

Wie kann Malen ein Halt im Durchgang durch die Krankheit, durch die Krise sein, in der sich alles aufzulösen droht in einem sinnlosen Nichts?

Malen ist meine Heilung,

hat Elke Borchert gesagt (Küwen und Borchert 2000, S. 43) und uns dankbarer Weise mit Leben und Werk ein Beispiel für die Bedeutung dieses Satzes gegeben. Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, das Beispiel der Malerin zu deuten und zu exemplifizieren. Dabei soll nicht nur idealer Weise ein erweitertes Verständnis von Krankheit, sondern auch von Heilung zutage treten. Verkürzt formuliert komme ich zu zwei folgenden möglichen Definitionen: Mit *Krankheit* ist, wie gesagt, der Verlust des selbstverständlichen Aufgehobenseins im Dasein mit all seiner daraus resultierenden existentiellen Haltlosigkeit assoziiert. *Heilung*, so zeigt sich, bedeutet schließlich eine Wandlung in der Haltung zum Dasein auf vielen Ebenen, welche komplexe, vielschichtige Veränderungen existentieller Sinnstrukturen zur Voraussetzung hat. Die Krise als ein Zerschneiden dieser Strukturen wird umgewandelt in die Chance eines erneuten Zugangs zur Welt und zu Menschen. Elke Borchert, die in ihrer Erkrankung an Morbus Hodgkin zunächst alle Sinnhaftigkeit ihrer gewohnten Lebensbezüge verliert, wird dazu gezwungen, sich zum Dasein verhalten zu müssen. Ihrer Endlichkeit plötzlich schmerzlich bewusst geworden, lastet auf ihr die *Herrschaft der Zeit*² und sie nutzt die Leidenschaft zu Malen als eine Möglichkeit, allmählich Schmerz, Angst, Isolation, Orientierungslosigkeit und Sinnentleerung der eigenen Existenz zu überwinden.

3. Bewusstseinsphänomene während einer Wandlung im Malprozess

Eine wesentliche Schlußfolgerung meiner Untersuchung lautet, dass es kein einzelnes Moment im Malprozess gibt, auf das sich die Wirkung des Malens zuspitzen ließe. Tatsächlich wird deutlich, dass es eine Vielzahl von Phänomenen gibt, die im Ablauf des bildnerisch-schöpferischen Geschehens eine wichtige Bedeutung haben. Sie stehen in enger Wechselwirkung zueinander und bilden ein organisches Geflecht menschlicher Fähigkeiten, das sich kaum systematisieren lässt. Das Besondere am Malen ist aber, dass es als Wahr-

nehmungs- und Ausdrucksleistung in unvergleichlicher Weise Phänomene ermöglicht, die eine hohe sinnliche Qualität besitzen und Eingang finden in existentielle Tiefenstrukturen, die einer reflektierenden Betrachtungsweise nicht vollständig zugänglich sind. Das Malen berührt also unsere präreflexive Existenzweise und moduliert offenbar unbewusste Vorgänge, indem es der Reflexion voraus geht. Es wird selbst zum Erlebnis, zur Erfahrung eines schöpferischen Moments, der erst in einem zweiten Schritt eine Sprache provoziert. Die malende Kunst beeinflusst außerdem das Erleben von Zeit und Raum und verändert somit die Wahrnehmung hinsichtlich eines Vermögens, die Welt in einem neuen Licht zu sehen. Viele Phänomene, die einen solch veränderten Blick möglich machen, kann man nur metaphorisch beschreiben, weil hinter ihnen weniger Gedanken, als vielmehr erlebte Erfahrungen stehen, denen sich die/der Malende aussetzt. Wie in jeder Kunst begegnet uns auch beim Malen das Phänomen der Schönheit, das kaum zu hintergehen ist. Die Schönheit ist unmittelbar und wird in einem kreativen Augenblick als eine besondere Qualität von Daseinsfülle erlebt. Und die Kunst ermöglicht eine Öffnung zum Fremden hin, sie lädt ein, die Erfahrung des Nicht-Identischen zu nutzen.

Ziel einer qualitativen Studie zum Thema Kunsttherapie sollte es sein zu zeigen, wie vielschichtig Bewusstseinsphänomene während eines Malprozesses verlaufen können. Ihr Zusammenwirken gleicht einem Erkenntnisprozess, von dem schließlich nicht mehr gesagt werden kann, wo der entscheidende „Erkenntnisprung“ stattfand. Auch hier gilt das Prinzip der Emergenz: Das Ganze ist mehr als seine Teile.

Es lässt sich aber zur Orientierung eine Übersicht gewinnen, die stichwortartig die meisten Phänomene umfasst, die im Verlauf der Untersuchung dargestellt wurden:

Übersicht der Phänomene

- sich selbst in den Bildern voraus sein (veränderte Zeitlichkeit des Selbst)
- Zeichen finden (zur Sprache kommen: Von Bildsprache zu Sprachbildern)
- den Moment des Schöpferischen erleben (Daseinsfülle: da ist nicht nichts)
- biographische Wandlung (Umdeutung der eigenen Geschichte)
- fallen und fliegen (Wiederentdeckung des kindlichen Urvertrauens)
- zu sich selbst kommen (Umgang mit den eigenen Phantasien)
- sich für Fremdes öffnen (Erleben des Nicht-Identischen im Selbst)
- etwas Schönes erschaffen (Lust am Unmittelbaren)
- ergriffen werden von einem Begreifen (Gespür für ein Übergeordnetes)
- sich für den sinnlichen Augenblick öffnen (im gedehnten Jetzt leben)
- Sichtbares im Unsichtbaren wahrnehmen (Aufbrechen des Gewohnten)
- die Imagination als unendlich freisetzen (Entmächtigung der Realität)
- in die Angst hineingehen (Kunst als ursprünglich angstfreier Ort)
- den Moment des Außer-sich-seins erfahren (Geborenwerden, sich erneuern)
- den Schmerz ausdrücken (physisches Erleben von Licht und Farbe)
- gehalten werden in der Haltlosigkeit (Erfahrung des Geführtwerdens)
- eine Welt entwerfen (Beziehung von Subjekt und Welt erspüren)
- etwas noch nicht Sichtbares erahnen (Wahrnehmung einer Gestalt)
- sich an einen Moment heranmalen (der Punkt des Hinausgelangens)
- loslassen lernen (der freie Farbauftrag, der gedrehte Blick)
- eine ursprüngliche Weltbeziehung erfahren (die Urbeziehung zum Licht)

- Licht-Farbräume bewohnen (Einheit von inneren und äußeren Räumen)
- spielerisch sich vergessen (lustvolles Erleben des Möglichkeitssinns)
- sich in inneren Räumen bewegen (Kinetik des Blicks, Tanz, Rhythmus)

Viele der hier stichwortartig markierten Bewusstseinsphänomene hängen eng zusammen und bilden verschiedene Perspektiven auf ein Grundphänomen, das nur in der Umkreisung zu fassen ist, die *Kreativität*, die Fähigkeit, scheinbar aus dem Nichts heraus etwas Neues zu schaffen. An dieses Vermögen knüpfen sich im Grunde alle oben aufgeführten Phänomene, die wiederum jedoch für sich genommen auch eigene Qualitäten besitzen. Wir können kaum beschreiben, woher eine plötzliche Idee kommt, warum von einem Augenblick zum anderen etwas sichtbar wird, was zuvor nur erahnt oder erhofft wurde. Warum geschieht tagelang nichts und dann erscheint uns in einer einzigen Sekunde schlagartig etwas ganz klar?

Viele Künstler haben davon berichtet, wie sich in einem solchen Moment das ganze Leben zusammenballt, sich wendet oder in einem veränderten Licht erscheint, weil es von einer Erkenntnis überstrahlt wurde, die sich oftmals an scheinbar unspektakulären, eher handwerklichen Problemen der Kunst entzündete³. Oftmals besteht zuvor ein großer existentieller Druck⁴, der in einer schöpferischen Lösung gleichsam selbst zur Lösung kommt.

Eine solche Lösung gleicht einer sehr heilsamen Wendung, wie bei Elke Borchert in einer erstaunlichen Weise deutlich wird. Wenn sie sagt:

*Kunst hat mich ganz geöffnet.
Eine Offenbarung durch Erkrankung,*

(Borchert und Küwen 2000, S. 43) gerät die Erkrankung als existentielle Krise schließlich in ein neues Licht: Die existentiell *nichtende*⁵ Bedrohung wird gewendet in eine positive Kraft, sie wird zur Voraussetzung einer positiven künstlerisch-produktiven Fülle, die wiederum eine veränderte Lebenserfahrung und Lebenshaltung ermöglicht. Diese Möglichkeit der Wendung negativer Eingengtheit des Lebens in ein positives Aus-sich-herausgehen meint auch der Satz von Paul Celan in seiner Rede über den „Meridian“: *Die Kunst erweitern?/ Nein. Sondern geh mit der Kunst/ in deine allereigenste Enge. Und setze dich frei.* (Celan 1960, S. 105) Immer mehr steht Elke Borcherts Leben im Zeichen des sich unerwartet öffnenden Augenblicks, des gedehnten Jetzt, wie Hannah Arendt (1981, S. 217) sagt, der im Prozess des Malens geschieht. Die Malerin gewinnt daraus die Kraft, der Resignation zu widerstehen. Es widerfährt ihr in der Kunst das Aufbrechen des gewohnten Blicks. Sie beginnt, das ihr als eindeutig vor die Augen tretende zu hinterfragen und entdeckt andere Wahrnehmungen einer Welt, der sie schon durch ihre Krebserkrankung entfallen gewesen zu sein schien. Somit gelingt ihr die Transzendierung einer als auswegslos bezeichneten Realität durch eine Wandlung der Wahrnehmung im Prozess der künstlerischen Entwicklung.

Was an der Entwicklung der Bilder abzulesen ist, eine Entwicklung von realistisch-gegenständlicher Darstellungsweise zu sich auflösenden, flüchtigen Formen, freien Farbspielen, Überlagerungen und Transparenz (siehe Abb. 1 bis 5), ist gleichzeitig auch repräsentativ für eine innere Entwicklung: Die Bauzeichnerin begreift, dass der Weg zur Künstlerin auch der Weg zu einer neuen Möglichkeit ist, die in die Enge geratene Wirklichkeit (der Erkrankung zum Trotz) wieder zu öffnen und zu *bewohnen*⁶. Und zwar kompromissloser, wahrhaftiger und intensiver als zuvor. Doch bleibt diese neue Hoffnung zunächst Träger einer Utopie. Womit die Hoffnung nähren?

Elke Borchert spürt, dass der Weg durch den Schmerz, über die bedingungslose Konfrontation mit der als grausam empfundenen Realität führen muss. Und das heißt für sie zum einen das Wiederaufsuchen der Schatten der Vergangenheit (Elternhaus, Suizid des Vaters) und zum anderen der eigenen Endlichkeit, dem Nahen des sich ankündigenden Todes, den Schrecken zu nehmen. Sowohl das Wiederaufsuchen wie auch die Konfrontation mit dem Schrecken der Endlichkeit geschehen über das Medium der Malerei. Zunächst tastend und am Gegenständlichen orientiert, dann zielstrebig und sich einlassend auf Eingebungen der Fantasie und den Eigenwillen der Farben und des Materials.

Es ist beeindruckend zu sehen, mit wieviel Hoffnung und Vertrauen sich die Malende auf Farben und Formen warf. Ebenso faszinierend scheint mir allerdings auch die hier behauptete Tatsache zu sein, dass die Kunst der Malerin etwas zu versprechen in der Lage war, das bis zum Tod eingelöst und nicht enttäuscht wurde.

4. Das Versprechen der Kunst

Ziel meiner hier zusammenfassend dargestellten Untersuchung ist es, mit Hilfe eines qualitativen Ansatzes (und ich glaube, dies ist auch nur mit einem qualitativen Ansatz möglich) zu zeigen, dass das *Versprechen der Kunst* über die reine Freude am unmittelbar Schönen, über die sinnliche Kraft der Farben hinaus weist. Es lockt die Versuchenden in eine Offenheit hinaus, in einen einzigartigen und angstmodulierenden Ort der Weite und unbegrenzten Potentialität, wo das Vertrauen auf die eigene Schöpferkraft zum einzigen Halt in der Haltlosigkeit wird. Was wird erscheinen? Was wird sich formen? Wohin?

Der Blick gerät außer sich in einem perspektivlosen Weiß. In dieses Unbegrenzte einen bedeutungsvollen Strich zu setzen, kann einem Menschen plötzlich als etwas absolut Unmögliches erscheinen. Er muss ins Voraussetzungslose und scheut doch vor dem Moment des Loslassens zurück. Was für einen gefestigten Menschen albern klingt, kann für einen Menschen in der Krise als Zeichen der eigenen Situation und als eine unüberwindliche Aufgabe erscheinen. Dass es aber dennoch einen Weg gibt, der nur über das Selbst führen kann, muss er erst wieder erlernen. Die sich hinaus wagende Malerin wird, wie sie sagt, von einem Begreifen ergriffen. Sie begreift, dass sie in der Haltlosigkeit auf ein Geführtwerden vertrauen kann. Indem sie das Fallen riskiert, erlebt sie das Getragenwerden im Sturz und der Fall wird zum Flug. Es geschieht eine Art Wiedereinübung eines erschütterten kindlichen Urvertrauens, das durch das Trauma des väterlichen Suizids und der eigenen Erkrankung zerstört worden war.

Elke Borchert entdeckt jedoch nicht nur die Möglichkeit, innere Bildwelten ausdrückend zu entfalten, sondern sie entdeckt ebenso die Flüchtigkeit dieser Bilder. Sie werden im künstlerischen Prozess zunehmend durchlässiger für Licht, erhalten eine Transparenz, die ein ständiges sich Entziehen der Bilder vor dem Festhalten des Bewusstseins veranschaulichen. Was Maurice Merleau-Ponty in Bezug auf Cézanne beschreibt, nämlich, dass die Flüchtigkeit der wahrgenommenen Eindrücke, aus denen sich unsere Welt zusammen setzt, in Cézannes multiperspektivischer Maltechnik zum Ausdruck kommt, scheint mir auch in Bezug auf Elke Borchert in eingeschränktem Maße zutreffend zu sein, obgleich ihre Malweise eine andere ist.



Abb 1: „Erntedank“, 1992

Folgt man der an Morbus Hodgkin erkrankten Künstlerin in ihre Bildwerke hinein, und macht man sich die Mühe und folgt dem Tasten ihres Blicks, so bemerkt man, dass der nach innen gerichtete Blick durch die Figuren und Farben hindurch dringt, ohne sich daran halten oder etwas greifen zu können. Statt dessen überlagern sich die durchsichtigen Farbformen zu neuartigen Konturen und werden zu Chiffren, die der freigesetzte Blick erst noch zu deuten hat.

Das Interessante daran ist, dass es der Malerin selbst wie dem von außen hinzutretenden Betrachter ergeht: Sie lernt, auf Vorentwürfe oder Skizzen zu verzichten und lässt sich von den Farben tragen, von denen sie nicht weiß, was sie bedeuten sollen oder wohin sie führen werden. Die Malerin betrachtet stundenlang Farbflächen auf der Leinwand, bis plötzlich in der Tiefe eine Gestalt oder eine Form wahrnehmbar wird. Ohne zu zögern malt sie das Gesehene, das eigentlich noch nicht da war, heraus. Doch das Gesehene bleibt flüchtig, transparent und erscheint irgendwo in der Tiefe der Farbräume, ein aus wenigen hauchzarten Konturen bestehender „Schmerzensmensch“ zum Beispiel, durchstrahlt wie ein Körper in einem Röntgenbild.

Die Zeit scheint sich in diesen Gemälden zugleich zu entziehen und in den Überlagerungen der transparenten Formen abzulagern. Die Chiffren, an denen das Auge Halt sucht, entwickeln ihre eigene Sprache. Es entsteht im Nachhinein eine Bildsprache, die von der Malerin in der Betrachtung ihrer Gemälde zu Sprachbildern transformiert wird. Die Sprachbilder tauchen in Gedichten oder Reflexionen im Tagebuch wieder auf, wo sie der Reflexion über die eigene Identität, die Frauen- oder Mutterrolle in der Gesellschaft und in der Natur dienen. Die Erfahrung des Malens und die Deutung der Bilder bilden die tief verankerte Grundlage einer weltanschaulichen Symbolik, deren Quelle schließlich das Erlebnis des Schöpferischen wird.



Abb. 2: „Ziegentraumpfad“, 1993

Auch an der metaphorisch-symbolischen Transformation der Weltanschauung lässt sich eine Wandlung der Haltung zum Leben und zum Tod ablesen. Elke Borchert begreift ihre gewandelte weibliche Identität aus einer spirituell empfundenen Wirklichkeit, deren Kraft sich aus der künstlerischen Erfahrung ableitet. Das Schöpferische wird zu einem Prinzip der Natur, die gebiert und vernichtet. Die als weiblich und männlich definierte Natur bringt immer neue Formen hervor, die genauso vergehen müssen, wie ihre schillernd aufblühenden Farben. Auch die Erscheinungen der Natur sind flüchtig und wo das Weibliche neues Leben zur Welt bringt, ist es auch schon in einen Zyklus von Werden und Vergehen eingetreten.

In ihrem vielleicht beeindruckendsten Werk „Lebenszyklus“, das aus 7 Einzelbildern zusammengesetzt ist, taucht diese philosophische Vision eines in einem übergeordneten Zusammenhang eingebetteten Lebens zum ersten Mal in aller Dringlichkeit auf. Faszinierend ist, dass die Zusammengehörigkeit der 7 Bilder keinesfalls geplant war, sondern von Elke Borchert plötzlich entdeckt wurde. Die Bilder entstanden unabhängig von einander und ließen sich völlig unerwartet zusammenbringen. Diese Entdeckung sowie die Vision der Einbettung einzelner Wesen in den großen Strom von Werden und Vergehen trafen die Malerin unerwartet und wie ein Schock. Die sich im Malen vollziehende Suche nach der Erkenntnis vom Sinn des Schicksals ihrer Erkrankung hatte sich hier scheinbar wie ein emergenter Sprung vollzogen. Doch tatsächlich hatte sich Elke Borchert malend langsam auf eine Erfahrung zu bewegt, die mit der Idee des „Lebenszyklus“ lediglich eine begriffliche Entsprechung findet. Voraus geht ein künstlerisches Sich-finden, die Entdeckung ihrer weiblichen Identität sowie die tiefe Erfahrung des Schöpferischen. Die Erfahrung des Flüchtigen war integrativer Bestandteil ihrer Wahrnehmung der Wirklichkeit geworden.



Abb. 3: „Lichtgestalten“, 1994

5. Die Möglichkeit einer Wandlung in der Haltung zum Dasein verteidigen

Die organische Ganzheit vieler dieser einzelnen Bewusstseinsphänomene führt schließlich zu einem existentiellen Topos, der meine Ansicht nach einen Kernbegriff meiner Bemühungen darstellt, und den ich begrifflich wie folgt fassen möchte:

Im Zusammenwirken der oben aufgereihten Phänomene wird eine Wandlung in der Haltung zum Dasein ermöglicht, worin sich die Rückgewinnung der existentiellen Freiheit ausdrückt, die durch die *Herrschaft* der Krebserkrankung als eine das Bewusstsein *nichtende* Bedrohung verloren zu sein schien.

Es gelang Elke Borchert durch

ihre bildnerische Kunst, in der Auseinandersetzung mit der ihre Existenz beherrschenden Bedrohung, zu neuen Sinnstrukturen vorzudringen, die ihren Halt in den scheinbar haltlosen Momenten schöpferischen Erlebens fanden. In der Krise gelang ihr die Transzendierung eines geistigen Zustands, der, beherrscht von der Übermacht der Endlichkeit, seine Zukunft und damit seine Hoffnung eingeüßt hatte.

Es ist erstaunlich, dass es Elke Borchert im Prozess der Überwindung dieses Schreckens reiner Endlichkeit, des Unterworfenenseins der *Herrschaft der Zeit* ebenfalls gelang, ihr Verhältnis zu den verstorbenen Eltern zu erneuern. Diese Wandlung kann als ein Ergebnis des Heilungsprozesses angesehen werden und bildet gleichsam den Indikator für das Vorankommen der Malerin hinsichtlich der Bewältigung zurückliegender Traumatisierungen. Auch hier sind Tod und Leben zentrale Themen. Schon früh zeichnete sie in einer Collage das Grab des am Suizid verstorbenen Vaters als das Grab eines anonymen Kriegssoldaten. Es war das Grab eines fremd gebliebenen, strengen Menschen, der Gedichte schrieb und sich gleichzeitig der Kunst versagte. Mit ihm, der im Krieg einen Durchschuss des Ellenbogens erlitt, hatte sich die Tochter identifiziert und wurde doch abgewiesen. In dem scheinbar harmlosen Bild eines vor dem Fenster vorbeilaufenden nächtlichen Laternenumzuges, in dem zum ersten Mal die räumlichen Ebenen und Figuren ineinander kippen, malt Elke Borchert plötzlich einen Lichtkreis um den Ellenbogen einer farbenfrohen Gestalt. Erst viel später erkennt sie den Zusammenhang mit dem kriegsverletzten Ellenbogen des verstorbenen Vaters. In diesem licht- und farbvollen Bild taucht unerwartet das Lebensthema von Verletzung und Heilung auf und kommt überraschend zu einer Lösung: Ein Lichtkreis versucht der Verletzung des Vaters ihren Schrecken zu nehmen und erscheint als das Motiv einer Wandlung des Schmerzes in Licht. Die unbewusste Imaginationskraft erlaubt hier das Wiederaufsuchen alter, aber noch



Abb. 4: „Lebensbaum“, 1995

unverschlossener Wunden und zugleich ihre Transformation in das symbolische Geschehen einer Heilung, die sich am Bild ganz konkret vollziehen kann.

Aus dieser Perspektive betrachtet kann man sagen, dass sich Elke Borchert in ihren Bildern selbst voraus war. Sie entdeckte erst nachträglich die bedeutsamen Inhalte ihrer Bilder, die möglichst voraussetzungslos und frei entstehen sollten. Das unbewusste Sichselbst-voraus-sein im Malen ließ die Künstlerin mit ihren Bildern in einen Dialog treten, in dem sie sich selbst etwas über sich selbst mitteilen konnte, ohne die Dimension sinnlicher und lebensbezogener Erfahrung verlassen zu müssen. Über die Bilder holte sie sich wieder selbst ein und konnte nachträglich deuten, was ihr im Fluss der Farben plötzlich vor Augen getreten war. Als Elke Borchert zu schwach zum Malen geworden war, versammelte sie im Sterbezimmer ihre Bilder um sich und ließ sie bis zu ihrem Tod für sich und miteinander sprechen. Sie starb in dem Bewusstsein, dass die Bilder auch noch nach ihrem Tod für das Rätsel ihres Daseins eintreten würden. Sie starb eineinhalb Jahre nach der von Spezialisten prognostizierten Zeit.

Die Kunst hielt bis zum Schluss, auch im Anblick der *Majestät des Todes* (Petersen 1997, S. 33) ihr Versprechen: Sie forderte die Malerin auf, an der gelebten Erfahrung festzuhalten, an der Sinnlichkeit und an dem, was sich über sie mitteilt. Und im Mittelpunkt der gelebten



Abb. 5: „Im Schmerz Licht sein“, 1995/1996

Erfahrung, so lehrt uns das existentialistische Denken, steht nicht die Sinnlosigkeit der Welt, sondern das Absurde. Das Absurde in der gelebten und unmittelbaren Erfahrung entspringt dem Konflikt zwischen dem Verlangen nach Sinn und der Enttäuschung dieses Verlangens im Leben. Man kann sagen, dass die Kunst Elke Borchert geholfen hat, dem Absurden treu zu bleiben, d.h. im Bewusstsein der Enttäuschung am Verlangen nach Sinn festzuhalten.

Aus dieser Perspektive wird vielleicht besser verständlich, warum Elke Borchert trotz ihrer sie zunehmend verzehrenden Krebserkrankung sagen konnte: *Malen ist meine Heilung*.

Ein Satz, der in der gegebenen Lebenssituation als absurd erscheinen muss, wird zum Symbol einer aus der Erkrankung heraus geschehenden Wandlung in der Haltung zum Dasein im Sinne einer Befreiung der in die tödliche Enge geratenen Existenz. Heilung meint das Aufbrechen einer depressiven Struktur, der Herrschaft der Zeit als reine Endlichkeit, die Überwindung einer Traumatisierung im Zuge der Entdeckung einer neuen Wahrnehmung und einer neuen Identität, die die Erkrankung zu integrieren und in etwas Übergeordnetem aufzuheben vermag.

Die Malerin verteidigt mit der Kunst die Freiheit der Wandlungsfähigkeit gegen die Herrschaft der Erkrankung als Krise der ganzen Persönlichkeit, gegen Angst, Haltlosigkeit, Depression und Schmerz. Es handelt sich dabei um eine Freiheit, die Voraussetzung jeglicher geistigen Heilung ist.

Der Philosoph Merleau-Ponty sagte über den Zusammenhang von Leben und Krankheit: *Wenn es eine wirkliche Freiheit gibt, dann nur im Laufe des Lebens, durch die Überwindung unserer Ausgangssituation, ohne dass wir jedoch aufhörten derselbe zu sein...* (Merleau-Ponty 2000, S. 487). Dieser Satz drückt schließlich das ganze Kernanliegen meiner Untersuchung

in Bezug auf Heilung durch Kunst aus, nämlich zu zeigen, wie die Kunst die Freiheit der Wandlungsfähigkeit als Voraussetzung der geistigen Heilung verteidigt und ein Vermögen behauptet, das ein Menschenleben in aller Absurdität sinnvoll erscheinen lässt. Es geht schließlich um die Bewahrung eines Vertrauens, an das niemand eindrucksvoller appellierte als Ovid (Ovid 1990, S. 386):

*„Keines verbleibt in derselben Gestalt, und Veränderung liebend
Schafft die Natur stets neu aus anderen andere Formen,
Und in der Weite der Welt geht nichts - das glaubt mir - verloren.“*

Anmerkungen

1) Siehe z.B. Jean-Paul Sartre, der ein radikales Konzept menschlicher Freiheit mit dem Begriff der Existenz verband (s. „Das Sein und das Nichts“). Merleau-Ponty ist da zurückhaltender, er sieht unser Bewusstsein mit dem Vermögen der Unterbrechung ausgerüstet, es kann den Ablauf der Zeit, in den es eingebettet ist, unterbrechen. Freiheit ist bei M.-P. also kein in erster Linie transzendentes Vermögen der Abstandnahme, sondern eine in unsere konkrete Existenz eingreifende Wirklichkeit. Sie kann nicht absolut sein, weil sie auf einem vorgängigen Erwerb beruht, sie bleibt aber trotzdem Freiheit, weil sie diesen Erwerb verwandelt und eine neue Tradition stiftet. Sie besteht im Vermögen zur Initiative, in dem Austausch von Möglichkeit und Wirklichkeit.

Ohne den Namen von Sartre eigens zu erwähnen, übt Merleau-Ponty Kritik an Sartres Freiheitsbegriff: Wir seien kein Nichts, das sich selber erst ins Sein bringen müsste, wir seien keine Wesen, die sich im Ausgang vom Nichts ständig neu wählen müssen. Es gebe kein freies Schweben im Nichts, *immer sind wir in der Fülle, im Sein*. Freiheit sei nie absolut, *ihr unaufhörliches Vermögen des Entzuges stützt sich auf mein universales Engagement in der Welt* (Phän.d.Wahrn., S. 513). Es gebe *jenen natürlichen Vorentwurf einer Subjektivität, jene in sich selbst gegründete vorpersönliche Zeit* (ebd. S. 514). Die Rede vom *Feld der Freiheit* meint, dass Freiheit immer auf nahen oder fernen Möglichkeiten beruhe und somit verwiesen auf Situationen stets bedingte Freiheit bleibe. Der Mensch sei insofern eine *geschichtliche Struktur*, eine bestimmte Weise der Existenz, ein eigener Stil, welcher der Natur und der Geschichte seine Bedeutung gibt, keine beliebige, sondern jene aufgrund seines Zugangs zur Welt notwendige Bedeutung.

2) Siehe Manfred Theunissen: „Zeitenwende und Wende der Zeit“, dort eine zentraler Begriff für die Fremdbestimmtheit des Menschen durch eine übergeordnete zeitliche Ordnung, die der Mensch zu transzendieren versucht, um sich zu befreien. (Berlin 2001, s. Titel)

Auf einem Symposium in der Berliner Akademie der Künste problematisierte Theunissen diesen Begriff von sich aus, machte dann jedoch auch deutlich, dass es keinen besseren Begriff gebe, um das Machtverhältnis einer Unterwerfung und ihre Überwindung darzustellen. Ein solches Verhältnis scheint mir im Falle Elke Borcherts zwischen Individuum und Krankheit ebenfalls vorzuliegen. Die Krebserkrankung beherrscht nicht nur selbst, sie erlegt außerdem eine *Herrschaft der Zeit* auf, indem sie das Bewusstsein der Endlichkeit verstärkt. Es handelt sich sozusagen um eine depressive Struktur, die es zu transzendieren gilt. In seinem Werk „Negative Theologie der Zeit“ (Frankfurt 1992) beschreibt der Autor dieses Phänomen wie folgt: *Die Zeit herrscht über uns, über uns Menschen ebenso wie über die Dinge: Und zwar richtet sie eine entfremdende, keine befreiende Herrschaft über uns auf. ... Das die uns beherrschende und durchherrschende Zeit auch durch uns herrscht, haben wir Menschen zwar den Dingen voraus, aber das Subjekt, durch das die Zeit ihre Herrschaft ausübt, ist sich entfremdet*. Hinderk M. Emrich zitiert diese Stelle in seinem Artikel „Erinnerung, Vergessen und Depression“ (in „Fortschritte Neurologischer Medizin“, Thieme, Stuttgart/NY 2000, S. 151), um auf die Herrschaft der Zeit als fundamental existentielle Dimension für die Psychopathologie hinzuweisen. Das Subjekt gerate unter den Druck der Notwendigkeit von *Widerstand gegen die Herrschaft der Zeit*, woraus sich *ein Leiden unter der Herrschaft der Zeit* ergebe. Wie Theunissen meint: *Das Krankmachende ist die*

Zeit selbst. Sie ist es in dem Sinne, dass ihre Herrschaft durch den Abbau der Gegenmacht des Subjekts ungehindert zur Geltung kommt. ... Prototyp dieser Pathologie des Daseins in der Zeit ist die Melancholie, das melancholische Leiden unter der Herrschaft der Zeit. Ich führe diese Begriffe hier auf, da ich meine, dass sich Elke Borchert mit ihrer Malerei gegen diese Herrschaft der Zeit gewehrt hat. Sie war durch eine tödliche Krankheit in Gefahr, in einen vorzeitigen *inneren Stillstand im Werden der Persönlichkeit* zu verfallen. Die Zeit ging durch sie hindurch, sie hatte am normalen Leben keinen Anteil mehr. Die Kunst ermöglichte ihr die Lösung aus einer Erstarrung und ein *Mitgehen mit der Zeit*. Es wurde ihr schließlich sogar eine Wandlung möglich, weil die Zeit sich wendete: Die Herrschaft der Zeit wurde transzendiert, eine andere Erfahrung von Zeit, der *Eigenzeit des Kunstwerkes*, wurde für das Leben der Künstlerin bestimmend. Es geschah eine Lösung durch die Kunstzeit des Werkes, *eine Eigenzeit, die es uns sozusagen auferlegt.* (Gadamer, „Die Aktualität des Schönen“, 1977, S. 59)

3) Samuel Beckett, um ein Beispiel zu nennen, lief über die Quaimauer am Hafen von Dun Loughaire in Dublin entlang, als ihm plötzlich, während er in den Anblick des wolkenverhangenen Himmels über der Bucht versunken war, klar wurde, wie er sein nächstes Buch zu schreiben hatte. In einem einzigen Augenblick sei ihm deutlich geworden, wie sein Stil sich verändern musste, um dem auf den Grund zu gehen, was er wirklich sagen wollte. Was wollte er denn wirklich sagen? Auch das wurde ihm in diesem Moment vor Augen geführt. Es ist die Eigenart solcher kreativen Sekunden, dass in ihnen vieles zusammenfällt. Ich habe den Hafen von Dun Loughaire selbst auf der Quaimauer umwandert und kann nur bestätigen, dass es ein sehr inspirierender Ort ist. Nur warum, das kann ich nicht wirklich behaupten erklären zu können.

4) Der an Epilepsie erkrankte Dostojewski schrieb seine Erzählung „Der Spieler“ im Sog einer plötzlichen Idee innerhalb weniger Tage fast ohne Unterbrechungen. Seine existentielle Situation war allerdings verheerend, er hatte hohe Schulden aufgrund einer Spielsucht. Die Idee, genau darüber zu schreiben, kann als ein Phänomen der Befreiung durch Kreativität verstanden werden, als eine Möglichkeit, sich zum Dasein zu verhalten. Im Roman „Der Idiot“ schrieb Dostojewski über einen an Epilepsie erkrankten jungen Mann.

5) Meint hier: Die Bedrohtheit der Existenz durch eine völlige Sinnentleerung, durch den nichtenden Tod. Die Formulierung des *Nichtens* kommt ursprünglich vom Philosophen Martin Heidegger, der sich die Frage stellte: Warum *ist* irgend etwas, wenn da *nichts sein* könnte? Diese Alternative existentieller *Nichtsheit* ist für Heidegger keine bloße Leere oder grammatische Fiktion. Er ist buchstäblich von dem Begriff *ist* (griechisch *on*) überwältigt und erstaunt über die Tatsache der Existenz. Heidegger entdeckt die aktive Kraft des Nichts und bedient sich eines Beispiels aus der Musik: Sein hat im Heideggerschen Sinn wie Musik eine Geschichte und eine Bedeutung. In der Musik sind Intervalle mit Sinn geladen. Diese Analogie hilft das Verhältnis zu verstehen, in dem bei Heidegger eine aktive *Nichtsheit (das nichtende Nichts)* (bei Sartre *le néant*) zum Sein steht.

6) *Die Kunst bewohnt die Welt.* Ausdruck von Merleau-Ponty, s.o.

Zu den Bildern

Die Bilder sind ausgewählte Werke der Künstlerin Elke Borchert und erscheinen in chronologischer Reihenfolge, welche auch die künstlerische Entwicklung der Künstlerin repräsentieren soll (siehe auch Kapitel 3, S.119).

Die Bilder wurden entnommen aus: Küwen M und Borchert E (2000). Heilendes Malen. Bremen: Donat. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

Literatur

- Arendt H (1981). *Vita activa*. 4. Aufl. München.
- Bermes C (1998). *Maurice Merleau-Ponty*. 1. Aufl. Hamburg: Junius V.
- Bloch E (1985). *Experimentum Mundi*. Werkausgabe Band 15. Frankfurt a. M.: Suhrkamp V.
- Celan P (1960). *Der Meridian*. Rede zur Verleihung des Büchner Preises. 3. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp V.
- Emrich HM (2000). *Fortschritte Neurologischer Medizin*. 1. Aufl. Stuttgart/ NY: Thieme.
- Fischer F (2002). „Malen ist meine Heilung“. Eine phänomenologisch orientierte Untersuchung über Bewusstseinsvorgänge in der Maltherapie am Beispiel einer Morbus Hodgkin erkrankten Frau. Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover.
- Good P (1998). *Merleau-Ponty*. 1. Aufl. Düsseldorf: ParErga V.
- Husserl E (1963). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie*. 1. Buch. Den Haag: Reclam.
- Küwen M, Borchert E (2000). *Heilendes Malen*. 1. Aufl. Bremen: Donat Verlag.
- Merleau-Ponty M (1966/1974). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. 4. Aufl. Berlin.
- Merleau-Ponty M (2000). *Sinn und Nicht-Sinn*. 1. Aufl. München: Wilhelm Fink V.
- Petersen P (1997). *Unsere Wahrnehmung des Todes*. Schriftenreihe Gesundheitspflege initiativ. Esslingen
- Petersen P (2002). *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien*. 1. Aufl. Stuttgart: Mayer V.
- Theunissen M (1992). *Negative Theologie der Zeit*. 1. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp V.
- Ovid (1990). *Metamorphosen*. Frankfurt a. M.: Insel V.

Effekte kunsttherapeutischer Interventionen auf die Befindlichkeit von Krebspatienten

*Norbert Grulke, Stephanie Stähle, Alexandra Juchems,
Vera Heitz und Harald Bailer*

Zusammenfassung

Trotz der langen Tradition von künstlerischen Therapieverfahren gibt es nur wenige Studien, die den Fokus nicht auf das Produkt (das Bild), sondern auf den Patienten richten. Im onkologischen Bereich existieren keine kontrollierten Studien, die Effekte von Kunsttherapie psychometrisch erfassen.

Im Rahmen einer kontrollierten Pilotstudie zur Wirksamkeit kunsttherapeutischer Interventionen bei Krebspatienten in einem Akutkrankenhaus haben wir untersucht, inwieweit die Interventionen einen Einfluss haben auf Symptome, Stimmung und Krankheitsbewältigung der Patienten. Hierfür wurden von 21 Patienten jeweils vor und nach den einzelnen Sitzungen mittels POMS (Profile of Mood States) und zehn visuellen Analogskalen Daten erhoben. Die psychometrischen Instrumente erfuhren seitens der Patienten eine hohe Akzeptanz.

Sowohl im Fragebogen als auch auf allen erfassten Skalen konnte bei den Patienten im „vorher-nachher“-Vergleich eine Besserung festgestellt werden. Für die Ergebnisse aus dem Fragebogen ist ein positiver Trend über die Zeit ersichtlich, der sich in den visuellen Analogskalen nicht im selben Maße findet. Trotz zurückhaltender Interpretation wegen kleiner Fallzahl und potentiellen anderen intervenierenden Variablen gehen wir davon aus, dass Kunsttherapie für eine bestimmte Gruppe von Patienten (eher jünger, weiblich und besser gebildet) eine wirkungsvolle Intervention darstellt.

Einleitung

An Krebs zu erkranken, bedeutet eine immense Herausforderung für die Betroffenen. Die verschiedenen Belastungen, die existenzielle Bedrohung durch die Erkrankung selbst und die sehr belastenden Nebenwirkungen der Therapie verursachen häufig psychische Symptome. Sehr viele Patienten leiden unter Depressionen, multiplen Ängsten und eingeschränkter Lebensqualität. Deshalb stellt die Forschung auf dem Gebiet der supportiven psychotherapeutischen Interventionen einen wichtigen Faktor zum Erhalt bzw. Verbesserung der psychischen

Besonderen Dank für die exzellente Arbeit, der guten, fruchtbaren Kooperation und der Unterstützung bei der Datenaufnahme an die beiden Kunsttherapeutinnen Karin Blaul und Brigitte Hirlinger und an Frau Dr. Sibylle Herren-Pelzer, die sich stets für den Erhalt kultureller und künstlerischer Angebote an unserer Universitätsklinik einsetzt.

Gesundheit und der Lebensqualität dieser hoch belasteten Patientengruppe dar.

Kunsttherapie ist eine Form der psychotherapeutischen Intervention mit langer Tradition. Ihre Anfänge liegen etwa 100 Jahre zurück und haben ihren Ursprung in psychiatrischen Einrichtungen. Gerade in diesem Bereich gibt es zahlreiche Kasuistiken und qualitative Analysen vor allem der Kunstwerke, nicht jedoch der Patienten (Tretter 1997). Neben der Vielzahl an Veröffentlichungen in der Psychiatrie gibt es auch einige wenige Untersuchungen in anderen Bereichen wie z. B. in der Gynäkologie bei Patientinnen mit vorzeitiger Wehentätigkeit (Klapp et al. 1998) und bei Risikoschwangeren (Bartsch et al. 2002), bei TBC-Patienten (Rosner-David und Illusorio 1995) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Klosinski 1998).

In den relativ seltenen kunsttherapeutischen Studien mit Krebspatienten wurden ebenfalls schwerpunktmäßig die Bilder der Patienten und nicht die Patienten selbst analysiert (Gabriel et al. 2001, Günter 2000, Luzzatto und Gabriel 1998).

Erst Deane et al. (2000) änderten den Blickwinkel und legten den Fokus auf das Erleben der Betroffenen. Sie berichten über 21 Patienten, die an einem komplexen kunsttherapeutischen Programm über 16 Wochen teilgenommen haben und im Anschluss befragt wurden. Die inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews weisen darauf hin, dass die Patienten in erster Linie im Hinblick auf ihre Gefühle und deren Ausdruck in positiver Art und Weise profitierten und so in ihrem persönlichen Wachstum und Umgang mit den ihnen nahe stehenden Personen gefördert wurden.

Bislang gibt es nach unseren Literaturrecherchen jedoch keine Studie, die die Effekte von Kunsttherapie auf Krebspatienten mit Hilfe von standardisierten psychometrischen Messverfahren einer quantitativen Analyse unterzieht.

Bereits 1991 wurden auf den hämatologisch-onkologischen Stationen der Uniklinik Ulm wöchentliche Maltherapiestunden angeboten (Herrlen-Pelzer 2003). Eine 1995 auf diesen Stationen durchgeführte Studie basierte auf der Frage von Zusammenhängen des bildnerischen Ausdrucks mit Krankheitsverlauf und –bewältigung (Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998). Die Ergebnisse, die anhand von Fremd- und Selbsteinschätzungen und Bildanalysen gewonnen wurden, ließen den Rückschluss zu, dass während der Maltherapiesitzungen Bewältigungsprozesse stattzufinden scheinen.

Dieser Eindruck motivierte uns zur Durchführung einer kontrollierten Pilotstudie mit der Fragestellung, ob Kunsttherapie für Krebspatienten ein erfolgreiches psychosoziales Begleitprogramm darstellt. Weiterhin wollten wir überprüfen, ob die Effekte von Kunsttherapie mit bewährten psychometrischen Standardinstrumenten erfasst werden können.

Patienten und Methode

Zwei Kunsttherapeutinnen bieten schon länger zweimal wöchentlich für Patienten der hämatologisch-onkologischen Stationen der Abteilung Innere Medizin III (Hämatologie / Onkologie) des Universitätsklinikums Ulm über jeweils 1¹/₂ Stunden eine offene kunsttherapeutische Gruppe an. Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen 0 bis 5 Patienten¹. Aufgrund des offenen Charakters der Veranstaltung wurde kein bestimmtes Thema gestellt, vielmehr konnten sich die Patienten je nach Stimmungslage selbst entfalten. Die entstandenen Bilder wurden nicht bewertet und nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten mit ihm besprochen.

Da die Verwendung von Buntstiften, Wachsmalkreiden und Kohle eher Perfektionsansprüche der Patienten an sich selbst und ihre Werke anregt, wurden sie nur am Rande angeboten; schwerpunktmäßig setzten die Therapeutinnen die Nass-in-Nass-Technik ein. Hierbei wird ein leicht saugfähiges Papier beidseitig angefeuchtet und auf der Unterlage glatt gestrichen. Die mit einem breiten Pinsel aufgetragenen Wasserfarben können nun übergangslos ineinander verfließen, wodurch unterschiedliche Farbübergänge meist Stimmungsbilder entstehen lassen. Diese Methode kann ohne Vorkenntnisse schnell erlernt werden und führt im vorgegebenen Zeitrahmen zu einem abgeschlossenen Bildergebnis. Nach Aussage vieler Patienten ist ihnen dies wichtig, weil sie ihre eigenen Ergebnisse gleich sehen können.

Studiendesign

Im Rahmen einer Pilotstudie mit Kontrollgruppendesign zur Wirksamkeit von Kunsttherapie bei onkologischen Patienten wurden von Oktober 1998 bis März 2000 alle Patienten, die eine Therapiestunde besuchten, direkt im Anschluss an die erste Sitzung befragt, ob sie an einer begleitenden Untersuchung zur Wirkung der kunsttherapeutischen Interventionen teilnehmen möchten. Sie wurden darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und keinen Einfluss auf die Behandlung oder auf weitere Teilnahmemöglichkeiten am kunsttherapeutischen Angebot hat. Nach dem schriftlichen informed consent wurden die Studienteilnehmer befragt und gebeten, verschiedene Fragebögen auszufüllen. Parallel dazu wurden Kontrollgruppenteilnehmer, die das kunsttherapeutische Angebot nicht in Anspruch nahmen, von denselben Stationen, von denen die Studienpatienten kamen, zufällig rekrutiert. Beide Patientengruppen erhielten die gleichen Fragebögen, Fremdratings und Interviews zur Krankheitsbewältigung. Der erste Messzeitpunkt lag am Beginn der Kunsttherapiesitzungen, der zweite Messzeitpunkt lag für beide Gruppen ca. drei Monate nach der ersten Befragung (vgl. Stähle 2002).

Um eventuelle Änderungen während den einzelnen Kunsttherapiestunden zu dokumentieren, wurden, eingebettet in das obige Design, die Studienteilnehmer zusätzlich vor und nach jeder Sitzung mittels POMS „Profile of Mood States“ (McNair et al. 1981) und VAS „Visuelle Analogskalen“ befragt:

- Beim POMS handelt es sich um eine Selbstbeurteilungsskala mit 35 Items, die zu vier Skalen (Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Missmut und Tatendrang) zusammengefasst werden und die vorübergehende, wechselnde Stimmungszustände über Adjektive erfassen. Die Befragten geben dabei auf einer 7-stufigen Skala an, inwieweit das jeweilige Adjektiv ihrem Empfinden entspricht.
- Die VAS wurden von uns entwickelt und bestehen aus insgesamt 10 Skalen. Der Patient markiert auf einer 100 mm langen Linie zwischen zwei Ankerpunkten wie er sein Befinden und seine Situation im Hinblick auf zehn Themen (z.B. psychische und physische Belastungen, Schmerz, Angst und Krankheitsbewältigungsmechanismen²) einschätzt. In der Auswertung wird als Skalenwert der Abstand in mm vom linken Ankerpunkt (= 0) bis zur Markierung (maximal 100 = rechter Ankerpunkt) erfasst. Es resultiert ein Range von 0 bis 100.

Die Studiengruppe, über deren Verlaufsergebnisse wir hier berichten, setzte sich aus 21 Patienten zusammen, die folgende Einschlusskriterien erfüllten: maligne Erkrankung, deutschsprachig, Mindestteilnahme an insgesamt drei Therapiestunden.

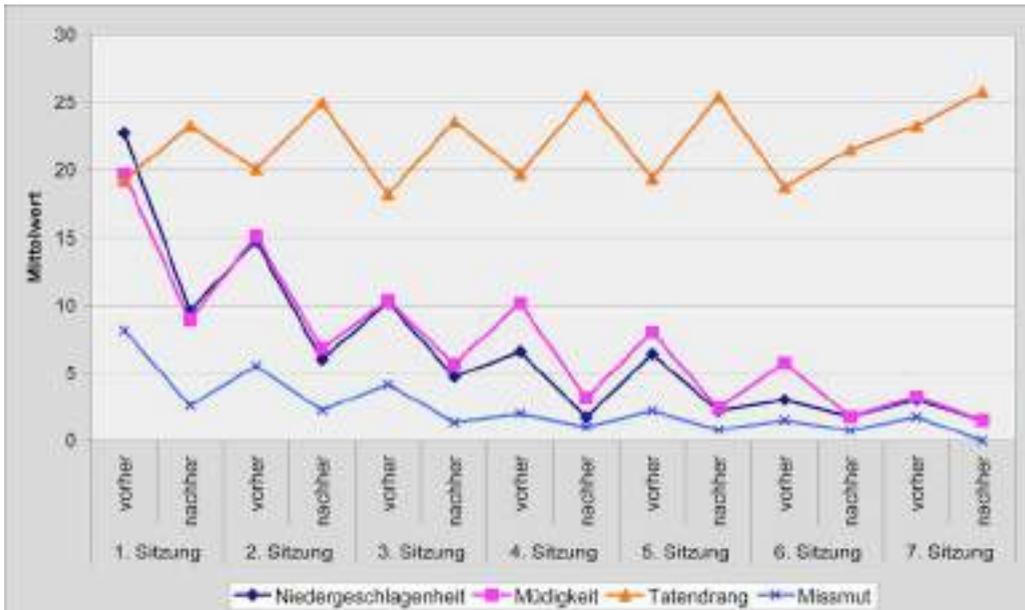


Abb. 1: Stimmungszustände (POMS) vor und nach den kunsttherapeutischen Sitzungen

Ergebnisse

Stichprobe

Im Untersuchungszeitraum erfüllten 21 Patienten die Einschlusskriterien. Alle diese Patienten waren bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Zum Zeitpunkt t2 konnten allerdings nur noch 16 Probanden befragt werden. Drei Patienten waren in der Zwischenzeit verstorben, zwei weitere konnten nachstationär nicht mehr erreicht werden (lost to follow up).

Soziodemographische Daten

57% der Studienteilnehmer waren weiblich (n = 12), über die Hälfte lebten in einer festen Partnerschaft (n = 12), ein Drittel war jünger als 36 Jahre (n = 7) und nur 14% über 55 Jahre alt (n = 3). Mit 33,3% waren Abiturienten (n = 7) gegenüber der Gesamtbevölkerung überrepräsentiert. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Kunsttherapie Teilnehmer eher weiblich, jünger und besser gebildet sind als das Patientenkollektiv insgesamt.

Medizinische Daten

Patienten mit akuten Leukämien stellten die größte Einheit dar (n = 9), Lymphome (n = 6) und solide Tumore (n = 5) waren nachgeordnet. Ein Patient litt an einer Osteomyelofibrose.

Fragebogenergebnisse

Die Datenerhebung der soziodemographischen und medizinischen Daten fand im Intervall zwischen erster und zweiter Sitzung statt, die Fragebogendaten „vorher-nachher“ wurden ab der 2. Sitzung erhoben. Es liegen für insgesamt 17 Patienten Daten der ersten und zweiten gemessenen Sitzung vor, von der dritten Sitzung noch von 14, von der 4. bis zur 7. Sitzung nimmt das n kontinuierlich von 7 über 5 auf 4 ab. Mehr als 7 Sitzungen innerhalb von drei Monaten hatten nur 2 Patienten.

Wie aus Abb. 1 (S. 132) zu ersehen ist, zeigt der POMS im Vergleich „vorher-nachher“ einen Rückgang der negativ konnotierten Emotionen Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und des Missmutes nach jeder Therapie. Zu Beginn der nächsten Stunde ist der Stimmungszustand wieder schlechter als am Ende der letzten Therapie, dennoch fällt er im Allgemeinen nicht auf das Niveau des Ausgangswertes zurück. Vergleichbares gilt auch für die Skala Tatendrang, der, wie gewünscht, nach den Stunden höher war als zuvor.

Die Ergebnisse der Visuellen Analogskalen (Abb. 2) sind in der Gestalt den Ergebnissen des POMS ähnlich. Auch hier bildet sich der positive Verlauf der einzelnen kunsttherapeutischen Sitzungen ab. Obwohl es für die meisten Items einen Trend in die richtige Richtung gibt, lässt sich eine positive Tendenz über die Zeit vergleichbar zu dem der negativen Emotionen beim POMS nicht mit derselben Eindeutigkeit ablesen.

Diskussion

Wir untersuchten im Rahmen einer kontrollierten Studie 21 Patienten, die an einem offenen kunsttherapeutischen Angebot auf den hämatologisch-onkologischen Stationen des Universitätsklinikums Ulm in einem 3-Monats-Zeitraum wenigstens dreimal teilnahmen.

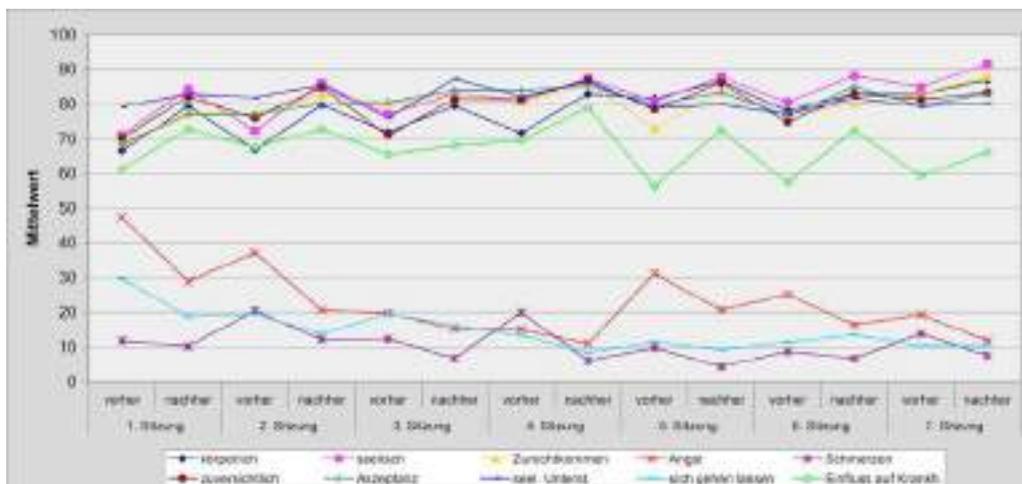


Abb. 2: Selbsteinschätzungen (VAS) vor und nach den kunsttherapeutischen Sitzungen

Den Patienten wurden jeweils zu Beginn und am Ende der 90-minütigen Sitzung POMS und VAS vorgelegt. Im Gegensatz zu den meisten vorliegenden Studien richteten wir den Fokus unserer Aufmerksamkeit nicht auf die Veränderungen in den Produkten (Bilder) der Patienten, sondern auf die psychischen Veränderungen auf Seiten des Patienten selbst. Zusätzlich wollten wir zeigen, dass die Effekte der Kunsttherapie mit herkömmlichen standardisierten Instrumenten psychometrisch erfasst werden können.

Ein klares Ergebnis unserer Erhebungen stellt dar, dass vom Beginn bis zum Ende einer kunsttherapeutischen Sitzung Effekte auf psychischer Ebene aufzuzeigen sind. Es überrascht, dass sich so gut wie auf allen untersuchten Skalen sowohl des POMS als auch der VAS über alle Sitzungen hinweg eine Veränderung im Sinne einer symptomatischen bzw. stimmungsmäßigen Verbesserung abbildet.

Es ist zunächst nahe liegend, diesen Effekt auf die Intervention zurückzuführen, da erste und zweite Messung unmittelbar vor und nach der Sitzung durchgeführt wurden. Offen jedoch ist, ob es sich um einen für die kunsttherapeutische Intervention spezifischen Effekt handelt oder sich in diesem Setting unspezifische Effekte zeigen. So könnte z.B. die soziale Interaktionsmöglichkeit bzw. andere unspezifische Gruppeneffekte das entscheidende Moment darstellen, das sich in einem offenen musiktherapeutischen Angebot oder aber auch in einem offenen Bastelkreis – wie er an unserer Klinik für Patienten angeboten wird (vgl. Herrlen-Pelzer et al. 1993) – ebenso auswirken könnte.

Auch besteht die Notwendigkeit einer hinreichenden Motivation auf Seiten des Patienten aktiv an einem Angebot teilzunehmen, d.h. der Patient muss sich entschlossen haben, etwas zu tun. Dieses aktive Tun von Seiten des Patienten im Sinne eines aktiven Krankheitsbewältigungsstils (Heim 1998) stellt ein weiterer potentieller Wirkfaktor dar.

Weiterhin muss der Patient körperlich in der Lage sein, den Patientenaufenthaltsraum aufzusuchen (auf derselben Etage wie die Patientenzimmer mit einem geringen Fußweg; bei Bedarf können Patienten im Sitzwagen gebracht werden), um das kunsttherapeutische Angebot wahrnehmen zu können. Insofern spiegelt sich hier die körperliche Verfassung der Studienpatienten wider.

Zur Klärung der spezifischen Wirkung der kunsttherapeutischen Interventionen sind detaillierte Untersuchungen, am besten im Rahmen vergleichender kontrollierter und randomisierter Studien nötig.

Der optische Verlauf der Kurven suggeriert, dass zusätzlich eine Tendenz im Hinblick auf eine Verbesserung über die Zeit besteht. Der durchschnittliche Patient profitiert von jeder einzelnen Sitzung, seine Situation scheint sich aber insgesamt auch über die Abfolge der Sitzungen hinweg zu verbessern.

Zum einen könnte hier eine Dosis-Wirkungs-Beziehung angenommen werden: je höher die Dosis (= häufigeres Wahrnehmen der kunsttherapeutischen Angebote) desto größer der positive Effekt auf Befinden und die persönliche Situation. Wegen den zum Teil großen Abständen zwischen den einzelnen Sitzungen und der Vielzahl der unkontrollierten potentiellen Einflussgrößen scheint uns diese Interpretation im Rahmen unserer Ergebnisse sehr spekulativ. Es ist genauso gut möglich, dass sich in der kontinuierlichen Verbesserung primär der somatische Verlauf der Erkrankung widerspiegelt. Für weitere Aufklärung potentieller Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge wären Einzelfallanalysen und eine gezielte, erheblich umfangreichere Studie notwendig.

Unsere Ergebnisse basieren insgesamt auf einer niedrigen Fallzahl. Insofern kann kein

Anspruch auf Generalisierbarkeit erhoben werden. Ein besonderer Punkt in dieser Hinsicht stellt die hohe Selbstselektion der Teilnehmer dar (eher weniger als 1% aller Patienten der Stationen nahmen das Angebot wahr). Auch in unserer Studie – wie allgemein aus der Psychotherapieforschung bekannt – sind die Teilnehmer eher weiblichen Geschlechts, jünger und verfügen über eine höhere Schulbildung als das Patientenkollektiv insgesamt. Unbestritten ist das Faktum, dass (psycho-) therapeutische Interventionen wirksam sind. Wer von Kunsttherapie profitiert und inwieweit Kunsttherapie gleich wirksam oder wirksamer ist als andere psychotherapeutische Interventionen bei Krebserkrankungen, ist eine noch ungeklärte Frage. Nach unseren vorläufigen Ergebnissen scheint, dass Kunsttherapie eine Intervention darstellt, die zumindest im Akutsetting nur von wenigen Krebspatienten angenommen wird, für diese Patienten sie jedoch eine wirksame Therapie darstellt. Deshalb sind wir zuversichtlich, dass unsere Ergebnisse in einer umfangreicheren Studie repliziert werden können.

Der zweite Fokus unserer Untersuchung belegt, dass eine psychometrische Vorgehensweise zu inhaltlich plausiblen Ergebnissen führt und somit für die weitere kunsttherapeutische Forschung nützlich ist.

Die visuellen Analog-Skalen und der POMS sind geeignete Instrumente zur Erfassung von Symptomen, Befindlichkeiten und Stimmungen und auch deren kurzfristige Veränderungen, wie sich in den Unterschieden zwischen Beginn und Ende der kunsttherapeutischen Sitzungen zeigt.

Von Seiten der Patienten sind uns keine Schwierigkeiten hinsichtlich der Akzeptanz der eingesetzten Messinstrumente bekannt geworden. Auch die ursprünglichen Befürchtungen der Kunsttherapeutinnen, der Einsatz von Fragebögen könnte die Patienten abschrecken, zu den Sitzungen zu kommen bzw. den gestalterischen Prozess negativ beeinflussen, haben sich als unbegründet erwiesen. Selbst das umfangreiche Fragebogenpaket, das den Patienten zu Beginn und Ende der Studie vorgelegt wurde, rief anfangs eher bei den beteiligten Kunsttherapeutinnen Skepsis hervor als bei den Patienten.

Mit Untersuchungen von Effekten nonverbaler psychotherapeutischer Interventionsmethoden bei körperlich Kranken wird ein junges, möglicherweise sehr lohnendes Forschungsfeld bearbeitet. Künftige Studien zur Kunsttherapie bei Krebserkrankungen sind in verschiedenen Richtungen denkbar, die folgenden Vorschläge sollen eine Idee über zukünftige Projekte geben:

- Einzelfallstudien: Umfangreich dokumentierte Einzelfälle in ihrem Verlauf könnten Informationen und Hypothesen liefern über die Wechselwirkungen von körperlichem und seelischem Zustand und inwieweit die Kunsttherapie diese moderiert.
- Randomisierung: Spezifische Effekte müssten im Rahmen kontrollierter und randomisierter Studien mit höheren Fallzahlen untersucht werden. Ein wesentliches Problem wird jedoch darin bestehen, wie angemessen randomisiert werden kann. Hier stellt sich u.a. die Frage, wann randomisiert werden soll (vor oder nach Selbstselektion) und was gegenüber der kunsttherapeutischen Intervention eine angemessene Placebo- oder Vergleichsbedingung darstellt.
- Indikation: Für wen sind kunsttherapeutische Interventionen geeignet? Welche Patienten profitieren eher, welche nicht? Gibt es differentielle Indikationen für mal-, musik-, gestaltungs- und tanztherapeutische Angebote? Gibt es ein für viele Patienten passendes kunsttherapeutisches Angebot? Oder bleibt dies den eher jüngeren, gebildeten weiblichen Patienten vorbehalten? Welche Angebote wären für die älteren, weniger gebildeten Männer notwendig?

- Persönlichkeitsvariablen: Wer nimmt an kunsttherapeutischen Interventionen teil? Zeichnen sich diese Patienten durch ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil aus?
- Rahmenbedingungen: Hier ist primär an eine Bestandsaufnahme zu denken, in welchen Kontexten Kunsttherapie für wen angeboten wird um in einem zweiten Schritt Auswirkungen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu beschreiben.

Auch die künstlerischen Therapieangebote werden sich eben so wie die verbal orientierten Psychotherapien den Fragen nach wissenschaftlicher Begründbarkeit und Effizienz stellen müssen. Ein Baustein zu den Antworten liegt im Einsatz von anerkannten und bewährten psychometrischen Instrumenten in der kunsttherapeutischen Forschung.

Nach unseren positiven Erfahrungen ermutigen wir ausdrücklich dazu, die Grenzen der oft sehr unterschiedlichen Welten der (schul-)medizinischen Wissenschaften und kunsttherapeutischen Ansätze zum gegenseitigen Nutzen und zum Nutzen für unsere gemeinsamen Patienten zu überwinden.

Anmerkungen

- 1) Ein Hauptproblem war von Anfang an, dass nur wenige Patienten spontan zu den Stunden kamen. Oft hatten sie, geschwächt durch die Krankheit und die körperlich belastenden Behandlung, zu viel Angst („Ich kann doch nicht malen“), Mutlosigkeit und Müdigkeit, um sich auf etwas Neues einzulassen. Doch bei denjenigen, die sich überwinden konnten, stellten sich ziemlich schnell positive Erfahrungen und Begeisterung ein.

Dem Charakter einer Akutklinik der Maximalversorgung entsprechend, verhinderten Funktionsuntersuchungen und die oft sehr invasive organmedizinische Behandlung allerdings fast zwangsläufig die regelmäßige Teilnahme, welche für die therapeutische Wirkung bei anderen Verfahren eine wichtige Voraussetzung darstellt.

Die aufgezeigten Hindernisse erklären, weshalb es so schwierig ist, an einem Akutkrankenhaus eine künstlerische Therapieform einzuführen (und wissenschaftlich zu untersuchen). Am ehesten findet man diese Angebote bisher an psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken, Kurkliniken oder auch privaten Häusern, bei denen Kunsttherapie oft einen hohen Stellenwert innerhalb des therapeutischen Angebots besitzt.

- 2) Skalen in der von uns verwendeten Formulierung mit Ankerpunkten: 1. Körperlich geht es mir: sehr schlecht vs. sehr gut; 2. Seelisch geht es mir: sehr schlecht vs. sehr gut; 3. Mit meiner Krankheit komme ich zurecht: sehr schlecht vs. sehr gut; 4. Ich habe Angst: keine vs. sehr viel; 5. Ich habe Schmerzen: keine vs. sehr viel; 6. Ich fühle mich: niedergeschlagen vs. zuversichtlich; 7. Ich kann meine Krankheit akzeptieren: überhaupt nicht vs. vollkommen; 8. Ich erhalte seelische Unterstützung: überhaupt nicht vs. vollkommen; 9. Ich habe mich im Griff vs. Ich lasse mich gehen; 10. Ich habe Einfluss auf den Krankheitsverlauf: überhaupt nicht vs. vollkommen.

Literatur

Bartsch S, Kauffels W, Neises M, Kruse-Freund A (2002). Kunsttherapie bei Risikoschwangeren. S. 177-182, in: Brandenburg U, Leeners B, Petermann-Meyer A, Schwarte A, Dohmen C und Neises M (Hrsg.): Psychosomatische Gynaekologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPGF. Giessen: Psychosozial-Verlag.

- Deane K, Fitch M, Carman M (2000). An innovative art therapy program for cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal* 10: S. 147-151/152-147.
- Gabriel B, Bromberg EJV, Walka P, AB K, Luzzatto P (2001). Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psychooncology* 10: S. 114-123.
- Günter M (2000). Art therapy as an intervention to stabilize the defenses of children undergoing bone marrow transplantation. *Arts in Psychotherapy* 27: S. 3-14.
- Heim E (1998). Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 48: S. 321-337.
- Herrlen-Pelzer S (2003). Maltherapie bei Krebspatienten im Rahmen von Kunst im Krankenhaus. Ein Beitrag zur Krankheitsbewältigung. S. 225-241 in Bauer-Mehren R, Kopp-Breinlinger, Rechenberg-Winter P (Hrsg.). *Kaleidoskop der Trauer*. Regensburg: Roderer.
- Herrlen-Pelzer S, Bloedt D, Brümmer H, Burg E, Leichtle H, Sannwald E et al. (1993). Musische Angebote im Krankenhaus - Zukunftsmusik? *Kliniker* 22: S. 476-482.
- Herrlen-Pelzer S, Rechenberg P (Hrsg.) (1998). *Malen mit Krebspatienten*. Ulm Stuttgart: Gustav Fischer.
- Klapp C, Herborn E, Rose M, Beck S, Dudenhausen JW & Klapp BF (1998). Funktionelle Entspannung und Maltherapie in der Behandlung der vorzeitigen Wehentätigkeit. S. 189-202 in Richter D, Schuth W & Müller K (Hrsg.). *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe - Beiträge der Jahrestagung 1997*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Klosinski G (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Kunsttherapie bei Pubertierenden und Adoleszenten aus der Sicht des Jugendpsychiaters. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 9: S. 17-24.
- Luzzatto P, Gabriel B (1998). Art psychotherapy. S. 743-757 in Holland, JC (Hrsg.): *Psycho-oncology*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- McNair DM, Lorr M, Droppelman LF (1981). POMS Profile of Mood States. Ein Verfahren zur Messung von Stimmungszuständen. In *Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS)* (Hrsg.). Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Rosner-David I, Illusorio S (1995). Tuberculosis: art therapy with patients in isolation. *Art Therapy* 12: S. 24-31.
- Stähle S (2002). Pilotstudie zur Evaluation gestaltungstherapeutischer Interventionen bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen. Dissertation. Universitätsklinikum Ulm.
- Tretter F (1997). Kunsttherapie in der Psychiatrie. S. 317-333, in: Kruse O (Hrsg.). *Kreativität als Ressource für Veränderung und Wachstum. Kreative Methoden in den psychosozialen Arbeitsfeldern: Theorien, Vorgehensweisen, Beispiele*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Wirksamkeitsbeurteilung der Anthroposophischen Kunsttherapie: Einzelfallstudien eingebettet in eine prospektive Kohortenstudie

Harald Johan Hamre, Anja Glockmann und Helmut Kiene

Zusammenfassung

Hintergrund: Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall

Ursache-Wirkungszusammenhänge, wie die Verursachung der Heilung oder Linderung einer Krankheit durch eine Therapie, können oft aufgrund von zeitlichen oder räumlichen Korrespondenzmustern zwischen Therapie und Krankheitsverlauf am Einzelfall eindeutig beurteilt werden. Es muss allerdings geklärt werden, inwieweit andere Faktoren als die betreffende Therapie zu einem positiven Krankheitsverlauf geführt haben können. Die Wirksamkeitsüberprüfung am Einzelfall hat gegenüber herkömmlichen Wirksamkeitsuntersuchungen (Vergleich zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe) mehrere Vorteile: Sie ermöglicht eine höhere Flexibilität und Individualisierung der Dokumentation, sie vermeidet das ethische Problem der Schlechterbehandlung von Kontrollgruppe-Patienten und sie kann im therapeutischen Alltag zur Überprüfung der eigenen Therapieergebnisse eingesetzt werden.

Methodik: Einzelfallstudien, eingebettet in Kohortenstudie

Aus einer prospektiven Kohortenstudie zu anthroposophischen Therapieverfahren wurden 16 Patienten für Einzelfallstudien ausgewählt. Für diese Patienten wurden die Studiendaten durch eine zusätzliche systematische retrospektive Befragung von Arzt, Therapeut und Patient ergänzt. Zuletzt wurden die Daten von einem Wissenschaftler systematisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Beispiel einer Einzelfallanalyse

Bei einer 41-jährigen Patientin bestand seit 3 Jahren ein depressives Syndrom mittelschwerer bis schwerer Ausprägung (Allgemeine Depressionsskala-Langform (ADS-L): 36 Punkte) mit deutlicher negativer Beeinträchtigung bei 7 von 8 abgefragten Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand). Die Patientin erhielt 12 Sitzungen Anthroposophische Kunsttherapie (Malen und Plastizieren); die Therapie erstreckte sich über 8 Wochen. Nach Beginn der Therapie verbesserte sich die Symptomatik; zum Zeitpunkt der ersten Follow-up-Befragung, 4 Monate nach Beginn der Kunsttherapie, war keine bedeutsame depressive Symptomatik mehr vorhanden (ADS-L: 10 Punkte); 6 der 7 anfangs negativ beeinträchtigten SF-36-Skalen waren nunmehr unauffällig. Diese starke

Besserung wurde im weiteren Verlauf noch ausgeprägter und blieb stabil bis zum letzten Befragungszeitpunkt 4 Jahre nach Studienaufnahme. Nach systematischer Analyse des Krankheitsverlaufs konnte die eingetretene Besserung mit der durchgeführten Kunsttherapie kausal verknüpft werden.

Einleitung: Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall

Wirksamkeitsbeurteilung durch Vergleich

In der medizinischen Forschungswelt ist die Meinung verbreitet, der Wirksamkeitsnachweis für eine Therapie sei nur durch den Vergleich zwischen einer behandelten Patientengruppe und einer Kontrollgruppe möglich – und streng genommen nur dann, wenn die Zuordnung der Patienten zur Interventions- oder Kontrollgruppe durch ein Zufallsverfahren (Randomisierung) erfolgt. Für die Dokumentation der Kunsttherapie wurde die Methode der randomisierten Studie bislang kaum angewandt, sondern es wurden überwiegend Einzelfallberichte und Fallserien veröffentlicht. Am Einzelfall kann man aber – so die vorherrschende Lehrmeinung – keinen Wirksamkeitsnachweis erbringen. Der vorliegende Artikel stellt dar, dass und wie eine vergleichsunabhängige verlässliche Wirksamkeitsbeurteilung doch möglich sein kann.

Das Prinzip des singulären Kausalerkennens

Schon 1935 beschrieb der Gestaltpsychologe Karl Duncker das Prinzip des singulären Kausalerkennens: Ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang kann am Einzelfall erkannt werden, wenn die Gestalt (Struktur, Qualität) der Ursache sich in die Gestalt (Struktur, Qualität) der Wirkung hinein erstreckt und dort erkennbar ist (Duncker 1935): Der Rhythmus der Fingerbewegungen wird zum Rhythmus der Klopfgeräusche; das Profil der Wagenräder findet sich in der zurückgelassenen Reifenspur auf dem Feld; die Folge der Trompetentöne bildet sich ab in Rhythmus und Melodie des Echos. Ursache-Wirkungszusammenhänge können oft aufgrund von zeitlichen oder räumlichen Korrespondenzmustern oder aufgrund von erkennbaren Kausalgestalten eindeutig beurteilt werden. Dies gilt, unter entsprechenden Bedingungen, auch für den Zusammenhang zwischen Behandlung und therapeutischer Wirkung. Beispiele für derartige Wirksamkeitsbeurteilungen am Einzelfall in der Medizin (Kiene 2001) und bei der Kunsttherapie (Kiene 2002) wurden von uns dargestellt und die den Beispielen zugrunde liegenden Urteilkriterien analysiert.

Starke Urteilkriterien – z. B. unverkennbare zeitliche Gestaltmuster bei wiederholten Auslassversuchen einer schnell aber nur kurzfristig wirksamen Arzneimitteltherapie – haben oft Beweischarakter. Ein *schwaches Urteilkriterium* liegt zum Beispiel dann vor, wenn nach länger andauernder Krankheit eine deutliche Besserung der Krankheitsbeschwerden relativ kurz nach Behandlungsbeginn eintritt. Das Adjektiv „*schwach*“ besagt hier, dass die zeitliche Korrespondenz zwischen Therapie (Ursache) und Besserung (Wirkung) auf eine wenig komplexe zeitliche Nähe zwischen Ursache und Wirkung reduziert vorliegt. Diese Korrespondenz ist nunmehr nicht komplex und nicht unverkennbar. Die Verursachung der Krankheitsbesserung durch die Therapie ist somit nicht zwingend gegeben; es kommen auch Alternativerklärungen für die eingetretene Wirkung in Frage. Zu den anderen Faktoren,

die ebenfalls zu einem positiven Therapieverlauf geführt haben könnten („Biasfaktoren“) gehören z. B. Begleittherapien, äußere Lebensereignisse, Spontanverlauf der Erkrankung. Schließlich ist bei jeder Wirksamkeitsbeurteilung die Vortäuschung einer Krankheitsverbesserung in Erwägung zu ziehen, z. B. durch ungenaue, falsch interpretierte oder gar gefälschte Beobachtungen.

Vorteile der Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall

Die Methode der Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall ermöglicht die Überprüfung und gegebenenfalls den Nachweis der Wirksamkeit einer Therapie auch bei sehr kleinen Patientenzahlen. Gegenüber konventionellen Studiendesigns, insbesondere gegenüber der gegenwärtig als Goldstandard angesehenen randomisierten Studie, hat diese Einzelfall-Methode mehrere Vorteile. Sie lässt eine größere Flexibilität und Individualisierung in der Dokumentation zu. Da keine unbehandelte oder anders behandelte Kontrollgruppe benötigt wird, entfallen die ethischen Probleme einer eventuellen Schlechterbehandlung eines Teils der Patienten (Kiene 1996). Für Forschung im Bereich der Kunsttherapie dürfte besonders wichtig sein, dass keine zufallsbedingte Zuordnung der Patienten (Randomisierung) zur Prüftherapie erfolgt, welche die Motivation der Patienten und somit die Rekrutierung zu Therapiestudien gefährden könnte. Auch können die Prinzipien der Einzelfallmethode im therapeutischen Alltag zur Überprüfung der eigenen Therapieergebnisse eingesetzt werden, was bei konventionellen Designs mit Kontrollgruppen nicht durchführbar ist.

Die Einzelfallanalyse: Therapeutic Causality Report

Aus der bisherigen Darstellung geht hervor, dass eine wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapie am Einzelfall (Therapeutic Causality Report, Kiene 2001) zwei Elemente beinhalten sollte:

1. die Darstellung der am jeweiligen Fall erkennbaren Urteilkriterien für einen Kausalzusammenhang
2. die Überprüfung des Falls im Hinblick auf Biasfaktoren.

Probleme bei narrativen Einzelfallberichten

Kunsttherapieverläufe werden traditionell aus dem Gedächtnis sowie anhand von Aufzeichnungen während des Therapieverlaufes narrativ dargestellt. Die narrative Darstellung ermöglicht u. a. eine differenzierte Darstellung des individuellen Therapieprozesses. Die Überprüfung der *Wirksamkeit* einer Therapie anhand von rein narrativen Einzelfallberichten des Therapeuten oder des Arztes ist möglich, allerdings mit mehreren potentiellen Problemen behaftet:

1. *Dokumentationslücken*: Der Einzelfallbericht wird meist retrospektiv, d. h. erst nach der Beobachtung des Therapieverlaufes ausgearbeitet, wobei häufig im nachhinein Dokumentationslücken sichtbar werden.

2. *Unstrukturierte Beobachtung*: Eine systematische Auswertung mehrerer Fallberichte zur gleichen Erkrankung und/oder Therapie erschwert sich oft durch wechselnde Darstellungen (unterschiedliche Beschreibung von Vorgeschichte, Therapie und Krankheitsverlauf, unterschiedlich lange Beobachtungszeit usw.).
3. *Eventuelle Voreingenommenheit der Beurteilung*: Da der Therapeut seine „eigene“ Therapie beschreibt, kann die Beobachtung des Verlaufs und die Beurteilung der Wirksamkeit durch persönliche oder berufliche Motivationsfaktoren getrübt werden.

Lösungsansatz: prospektive, strukturierte Dokumentation und Beurteilung der Wirksamkeit

Diese Probleme können weitgehend eliminiert werden, wenn die Wirksamkeitsbeurteilung einer Therapie am Einzelfall im Rahmen eines Projekts mit den folgenden Merkmalen erfolgt:

1. *Prospektive, qualitätskontrollierte Dokumentation*: Erinnerungs- und Dokumentationslücken können durch eine prospektive Dokumentation mit einem Kontrollsystem für die Überprüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der Daten weitgehend verhindert werden.
2. *Halbstrukturierte Erhebung*: Eine systematische Auswertung – ohne Verlust notwendiger Individualisierung – kann durch eine sinnvolle Mischung aus halb- und vollstrukturierten Erhebungen erleichtert werden.
3. *Unabhängige Beurteilung*: Die Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie durch die unmittelbar Betroffenen (Patient, Therapeut, ggf. Arzt) wird durch einen an der Therapie in keiner Weise beteiligten Wissenschaftler ergänzt.

Frage der Machbarkeit prospektiv erhobener, halbstrukturierter Einzelfallanalysen

In einem Projekt mit den drei zuletzt aufgeführten Merkmalen kann ein Verlust an Informationsfülle und individualisierter Darstellung entstehen. Es stellt sich daher die Frage, ob eine solche prospektive, strukturierte Datenerhebung mit der Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall überhaupt kompatibel ist. Um diese Frage beantworten zu können, führten wir als Machbarkeitsstudie das im folgenden beschriebene ‚Pilotprojekt Einzelfallevaulation‘ durch. Dieses Pilotprojekt war ein Zusatzprojekt im Kontext einer prospektiven Kohortenstudie, d. h. es wurden Patienten ausgewertet, deren Krankheitsverlauf ohnehin in dieser Studie dokumentiert wurde.

Einzelfallstudien eingebettet in eine prospektive Kohortenstudie: Methodik und Durchführung

Prospektive Kohortenstudie: Basisevaluation zum Modellprojekt Anthroposophische Medizin

Als wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts Anthroposophische Medizin der Innungskrankenkasse Hamburg (Kiene und Hamre 1999) wurde eine prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt, die ‚Basisevaluation zum Modellprojekt Anthroposophische Medizin‘. In diese Studie wurden Patienten im Alter von 1 bis 75 Jahren mit allen Erkrankungen aufgenommen, die erstmalig wegen der aktuellen Erkrankung zu Anthroposophischer Kunsttherapie (Malen, Musik, Plastizieren, Sprache), Heileurythmie oder Rhythmischer Massage überwiesen wurden oder eine erstmalige anthroposophisch-ärztliche Leistung mit einer Mindestdauer von 30 Minuten erhielten. Vom 01.07.1998 bis 31.03.2001 wurden in die Studie 898 Patienten aufgenommen, davon 161 Patienten aufgrund einer Überweisung zur Anthroposophischen Kunsttherapie.

Tabelle 1 (S. 140) stellt den zeitlichen Ablauf der Datenerhebung in der Basisevaluation dar, so wie sie für erwachsene Patienten (17-75 Jahre) durchgeführt wurde.

Pilotprojekt Einzelfallevaluation: Einzelfallstudien eingebettet in eine Kohortenstudie

Bei ausgewählten Patienten der ‚Basisevaluation‘ wurde der Krankheitsverlauf und die Therapiebeurteilung durch eine zusätzliche Befragung des Arztes, des Patienten und des Therapeuten eingehender dokumentiert (‚Befragung zur Einzelfallevaluation‘). Anschließend wurden die Daten der betreffenden Patienten aus der ‚Basisevaluation‘ und aus der ‚Befragung zur Einzelfallevaluation‘ zusammengestellt, systematisch bewertet und analysiert.

Fragestellungen

Die wichtigsten Fragestellungen des Pilotprojekts Einzelfallevaluation waren:

1. *Technische Durchführbarkeit*: Sind im Rahmen einer vollstrukturierten prospektiven Befragung von Ärzten, Patienten und Therapeuten zusätzliche halbstrukturierte retrospektive Befragungen durchführbar?
2. *Wissenschaftliche Durchführbarkeit*: Ist durch die Kombination einer prospektiv strukturierten und einer retrospektiv halbstrukturierten Dokumentation eine valide, unabhängige Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie am Einzelfall möglich?

Kriterien für die Wirksamkeit einer Therapie in einer Einzelfallanalyse

Als Kriterien für die Wirksamkeit einer Therapie in einer Einzelfallanalyse galten folgende:

1. Die untersuchte Therapie wurde in der erforderlichen Mindestdosierung und -dauer verabreicht.
und

	Auf- nahme	3 Monate	6 Monate	12 Monate	18 Monate	24 Monate
Arzt						
Haupterkrankung: Diagnose/Änderung	X		X	X		
Haupterkrankung: Schweregrad	X		X	X		
Krankheitsspezifische Checkliste	X ¹					
Behandlungsziele: gesetzt/erreicht	X		X	X		
Studientherapie: verordnet/durchgeführt	X		X	X		
Begleittherapien: verordnet/durchgeführt	X	X	X	X		
Begleit- und Vorerkrankungen	X					
Wirksamkeitseinschätzung der Studientherapie			X	X		
Nebenwirkungen		X	X	X		
Patient						
Soziodemographie	X					
Aufnahmebeschwerden: Schweregrad	X	X	X	X	X	X
Gesundheitsbezogene Lebensqualität: SF-36	X	X	X	X	X	X
Depressive Symptomatik: ADS-L	X	X ¹				
Begleittherapien	X		X	X	X	X
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	X		X	X	X	X
Zufriedenheit mit Studientherapie			X	X	X	X
Einschätzung des globalen Therapieerfolgs			X	X	X	X
Wirksamkeitseinschätzung der Studientherapie			X	X	X	X
Nebenwirkungen			X	X	X	X
Therapeut						
Durchführung der Studientherapie	X	X	X	X	X	X

Table 1: Basisevaluation: Datenerhebung. (¹Diese Befragung wurde nicht für alle Patienten durchgeführt.)

2. Die im Rahmen des Projekts erhobenen Daten zeigen ein positives, klinisch relevantes Outcome, z. B. Heilung oder Besserung von Krankheitsbeschwerden, Vorbeugung oder Vermeidung einer Krankheitsprogredienz.
und
3. Das positive Outcome wurde erst nach Beginn der Therapie beobachtet.
und
4. Mindestens ein Kriterium für einen Kausalzusammenhang zwischen der Therapie (Punkt 1) und dem Outcome (Punkt 2) ist erfüllt.
und
5. Die Verursachung oder Vortäuschung des Outcome durch Biasfaktoren (z. B. Begleittherapien, Spontanverlauf der Erkrankung, Beobachtungsbias) ist deutlich weniger wahrscheinlich als die Verursachung durch die Studientherapie.

- Basisevaluation: Prospektive Dokumentation durch Arzt, Patient, Therapeut
- Darauf aufbauend: Pilotprojekt Einzelfallevaulation
 1. Auswahl der Patienten für Einzelfallevaulation
 2. Information der Patienten, schriftliche Einwilligung
 3. Ergänzende ‚Befragung zur Einzelfallevaulation‘: Arzt, Patient, Therapeut
 4. Datenzusammenstellung
 5. Analyse des Einzelfalls

Tabelle 2: Pilotprojekt Einzelfallevaulation: Vorgehensweise

Patientenauswahl und Vorgehensweise bei den Einzelfallanalysen

Die Vorgehensweise ist in Tabelle 2 zusammengefasst und wird nachfolgend erörtert:

1. Für das Pilotprojekt Einzelfallevaulation wurden 16 Patienten ausgewählt, die als Studientherapie Heileurythmie, Kunsttherapie oder Rhythmische Massage erhalten hatten (siehe Tabelle 3) und mindestens einmal während der Basisevaluation ihre Studientherapie als „*sehr wirksam*“ beurteilten und diese Beurteilung als „*sehr sicher*“ eingeschätzt hatten. Es wurde angenommen, dass in dieser Untergruppe die größten Chancen bestünden, die Therapiewirksamkeit am Einzelfall darstellen zu können. Leitkriterien bei der Auswahl der 16 Patienten waren eine Vertretung aller Therapieformen sowie die eingeschätzte Kooperationsbereitschaft der Ärzte. Tabelle 3 (S. 142) zeigt den Weg der Patientenselektion.
2. Die ausgewählten Patienten wurden über das Projekt informiert. Ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme wurde eingeholt.
3. Um die Datenlage zum Therapieverlauf zu komplettieren und um die differenzierte Beurteilung der Therapiewirksamkeit aus der Sicht der Betroffenen (Arzt, Patient, Therapeut) einzuholen, erfolgte eine zusätzliche halbstrukturierte Befragung von Patient, Arzt und Therapeut (‚Befragung zur Einzelfallevaulation‘).

4. Für jeden Patienten wurden die Daten aus der prospektiv und vollstrukturiert durchgeführten Basisevaluation und aus der retrospektiv und halbstrukturiert durchgeführten ‚Befragung zur Einzelfallevaluation‘ nach einem vordefinierten Verfahren zusammengeführt.
5. Zuletzt erfolgte die eigentliche Analyse des Einzelfalls. Die Elemente der Einzelfallanalyse sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Basisevaluation 1998-2001: Aufgenommene Patienten	898 Patienten
Aufnahmegrund Heileurythmie, Kunsttherapie oder Rh. Massage	665 Patienten
Juli 2000: Therapiebeurteilung Patient: „sehr wirksam“, Urteil „sehr sicher“	197 Patienten
Ausgewählte Patienten für Pilotprojekt Einzelfallevaluation	16 Patienten

Tabelle 3: Pilotprojekt Einzelfallevaluation: Patientenauswahl

<ul style="list-style-type: none"> • Datenaufstellung • Zusammenfassung der Krankengeschichte • Bewertung der Unterlagen: Vollständigkeit, Kohärenz • Überprüfung der Kriterien für die Wirksamkeit der Studientherapie <ul style="list-style-type: none"> • Intervention erfolgt? • Positives, klinisch relevantes Outcome? • Outcome erst nach Beginn der Intervention beobachtet? • Mindestens 1 Urteilkriterium für ursächlichen Zusammenhang zwischen Therapie und Outcome erfüllt? • Biasfaktoren als Ursache deutlich weniger wahrscheinlich? • Einstufung der Wirksamkeit der Studientherapie • Einstufung der Relevanz der Wirksamkeit

Tabelle 4: Hauptelemente einer Einzelfallanalyse

Ergebnisse: Beispiel einer Einzelfallstudie

14 der 16 angeschriebenen Patienten haben eingewilligt, 7 der 14 Patientenbehandlungen betrafen Anthroposophische Kunsttherapie. Im Folgenden wird einer dieser 7 Kunsttherapieverläufe dargestellt.

Vollständige Datenaufstellung

Auf die sehr umfangreiche vollständige Aufstellung aller zu der betreffenden Patientin erhobenen Daten wird hier verzichtet.

Zusammenfassung der Krankengeschichte

Aus Gründen der Anonymisierung wurden einige, für die Beurteilung unwesentliche Daten der Krankengeschichte verändert.

Vorgeschichte und aktuelle Problematik

Die Patientin wurde im Alter von 41 Jahren wegen eines depressiven Syndroms mit Schlafstörungen in die Basisevaluation aufgenommen. 5 Jahre vor Studienaufnahme war bei ihr ein Nierenzell-Karzinom radikal operiert worden. Die folgenden andauernden Begleiterkrankungen wurden seitens des Arztes dokumentiert: rezidivierendes LWS-Syndrom, rezidivierende Gastritiden, Mastopathie.

Die Patientin hat einen mittleren Bildungsabschluss und arbeitet als Angestellte. Sie lebte bei Studienaufnahme mit ihrem 9-jährigen Sohn zusammen; es bestand, laut Angaben der Therapeutin, eine aktuelle Problematik am Arbeitsplatz sowie in der Beziehung zu ihrem Sohn. Die Therapeutin berichtet über ein Kindheitstrauma (Suizid der Mutter).

Bei Studienaufnahme bestand das depressive Syndrom seit 3 Jahren; seit 5 Jahren bestanden Schlafstörungen. Zu Beginn der Depression war eine 12monatige Psychotherapie durchgeführt worden, die die Patientin als „weniger wirksam“, der Arzt als „eher unwirksam“ einstufte. Während der ersten 7 Monate der depressiven Erkrankung sowie während der letzten 12 Monate vor Beginn der Studientherapie wurde eine medikamentöse antidepressive Therapie mit 300 mg Johanniskraut-Trockenextrakt täglich durchgeführt.

Behandlung

Als Studientherapie erhielt die Patientin innerhalb eines Zeitraums von 8 Wochen 12 Sitzungen Anthroposophische Kunsttherapie (Malen und Plastizieren). Während der ersten 5 Sitzungen plastizierte sie geometrische Formen (Kugel, Würfel, Tetraeder, Pyramide). Danach malte sie, teils frei, teils wurde unter Anleitung eine Malmeditation angelegt. Es fanden auch Gespräche zwischen der Therapeutin und der Patientin statt. Das Johanniskraut-Präparat wurde innerhalb der ersten 5 Wochen nach Beginn der Kunsttherapie abgesetzt. (Dieser Zeitraum geht aus der prospektiven Dokumentation hervor, der exakte Zeitpunkt des Absetzens wurde nicht dokumentiert.)

Krankheitssymptomatik und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Studienaufnahme

Schweregrad der Krankheitssymptomatik – Haupterkrankung, Aufnahmebeschwerden: Es fehlen Angaben über den Schweregrad der Krankheitssymptomatik unmittelbar vor Beginn der Kunsttherapie. 4 Wochen nach Beginn der Therapie wurde der globale Schweregrad der ‚Haupterkrankung‘ vom Arzt erstmalig mit 6 Punkten auf einer Skala von 0 (*nicht vorhanden*) bis 10 (*schwerst möglich*) geschätzt. 5 Wochen nach Therapiebeginn schätzte die Patientin den globalen Schweregrad ihrer wichtigsten Krankheitsbeschwerden (‚Aufnahmebeschwerden‘) erstmalig auf einer Skala von 0 (*nicht vorhanden*) bis 10 (*schwerst möglich*) auf 7 (‚Depressionen‘) und 6 (‚Schlafstörungen‘).

Allgemeine Depressionsskala-Langform (ADS-L): Es handelt sich um ein validiertes Instrument zur Einschätzung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik mittels 20 vom Probanden zu beantwortenden Fragen (Hautzinger und Bailer 1993). Die Skalenwerte der ADS-L können zwischen 0 (*keine Symptomatik*) und 60 (*ausgeprägteste Symptomatik*) liegen. Personen mit einem Wert von 24 Punkten oder höher werden als depressiv klassifiziert; in einer

Bevölkerungsstichprobe betrug der Skalenwert bei Frauen im Durchschnitt 16,4 Punkte. Die Patientin hatte 5 Wochen nach Therapiebeginn einen ADS-L-Wert von 36 Punkten, was auf eine depressive Symptombelastung hinweist, die zwischen der durchschnittlichen Ausprägung bei Dysthymie Störung (33,8 Punkte) und der Ausprägung bei Major Depression (39,0 Punkte) liegt (Hautzinger, Bailer 1993). Man kann annehmen, dass die depressive Symptomatik zu Beginn der Studientherapie wenigstens nicht geringer war, da die Patientin später beschreibt, dass sie sich erst ca. 2 Monate nach Beginn der Kunsttherapie besser fühlte.

SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (engl.: Medical Outcomes Short Form 36 Questionnaire): Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der aufgrund von 36 Items über die folgenden 8 Dimensionen (Subskalen) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Auskunft gibt (Tabelle 5, S. 145):

Für jede Subskala wird ein Wert ermittelt, der zwischen 0 = *stärkste Beeinträchtigung der Lebensqualität* und 100 = *geringste Beeinträchtigung der Lebensqualität* liegen kann.

Beim ersten Erhebungszeitpunkt 5 Wochen nach Therapiebeginn wies die Patientin in 7 der 8 SF-36-Subskalen gegenüber der Normalbevölkerung eine deutliche Beeinträchtigung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf (vgl. Diagramm 1).



Diagramm 1: SF-36-Subskalen bei der Patientin beim ersten Erhebungszeitpunkt 5 Wochen nach Beginn der Studientherapie. Vergleich mit einer deutschen Bevölkerungsstichprobe (Frauen im Alter 41–50 Jahre)

Krankheitssymptomatik und Lebensqualität im Verlauf

Im weiteren Verlauf verbesserten sich die Werte der Aufnahmebeschwerden (Diagramm 2, S. 146), der ADS-L (Diagramm 3, S. 150) und der SF-36-Subskalen (Diagramm 4, S. 146) stark und anhaltend. Diese Verbesserungen waren zum Zeitpunkt der ersten Follow-up-Befragung 4 Monate nach Beginn der Kunsttherapie ausgeprägt: Mit einem ADS-L-Wert von 10 Punkten war keine bedeutsame depressive Symptomatik mehr vorhanden (Diagramm 3), im SF-36 waren – bis auf die Dimension ‚Allgemeine Gesundheitswahrnehmung‘ – alle Subskalen unauffällig (Diagramm 4).

Subskalen	Anzahl Items	Konzept (Bullinger und Kirchberger 1998)
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppensteigen, Bücken, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten beeinträchtigt
Körperliche Rollenfunktion	4	Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z. B. weniger schaffen als möglich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten, bestimmte Aktivitäten auszuführen
Emotionale Rollenfunktion	3	Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u. a. weniger Zeit aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten
Soziale Funktionsfähigkeit	2	Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen
Psychisches Wohlbefinden	5	Allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle, allgemeine positive Gemütsstimmung
Körperliche Schmerzen	2	Ausmaß an Schmerzen und Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im als auch außerhalb des Hauses
Vitalität	4	Sich energiegeladener und voller Schwung fühlen versus müde und erschöpft
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	Persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich aktueller Gesundheitszustand, zukünftige Erwartungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen

Tabelle 5: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Itemanzahl und Konzept der Subskalen

In den fünf darauf folgenden Patienten-Befragungen bis zu 4 Jahre nach Studienaufnahme waren alle SF-36-Subskalen und der ADS-L-Wert unauffällig und die Aufnahmebeschwerden nicht mehr vorhanden oder nur schwach ausgeprägt (Werte 0 bis 2 auf Skalen von 0 bis 10). Die Arzt-Follow-up-Befragung zum Schweregrad der Haupterkrankung wurde im ersten Studienjahr dreimal durchgeführt und ergibt ein ähnliches Bild (Diagramm 5, S. 151).

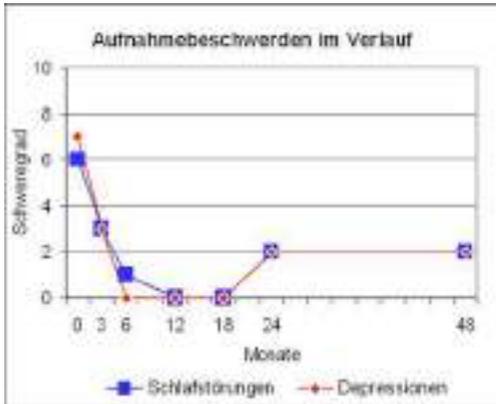


Diagramm 2: Schweregrad der Aufnahmebeschwerden im Verlauf (Patientenangabe)

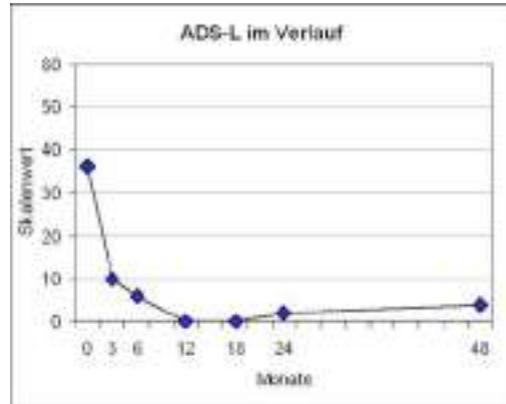


Diagramm 3: Allgemeine Depressionskala-Langform im Verlauf (Patientenangaben)

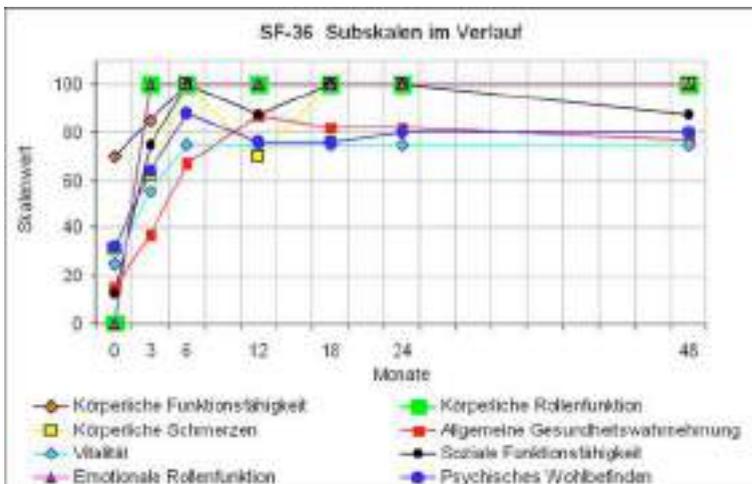


Diagramm 4: SF-36-Subskalen im Verlauf (Patientenangaben)

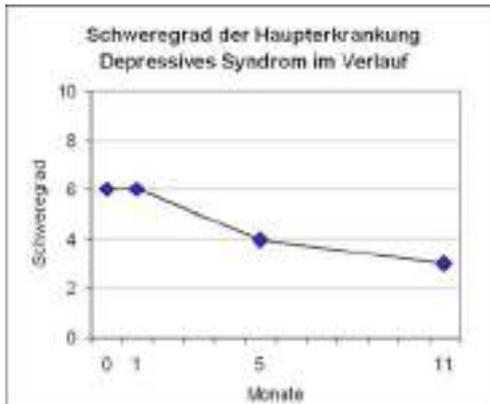


Diagramm 5:
Schweregrad der Haupterkrankung
'depressives Syndrom' im Verlauf
(Arztangabe)

Vorgebrachte Gesichtspunkte zur Therapiebeurteilung

Patientin: Vorgebrachte Gesichtspunkte zur Therapiebeurteilung (Freitextangaben, 15 Monate nach Studienaufnahme)

„Mir geht es bis heute ausgesprochen gut. Wichtig für den schnellen Erfolg waren, meiner Meinung nach, die für mich neuen Therapiemethoden. Während der Kunsttherapie haben begleitende Gespräche von großer Intensität (die Therapeutin hat sich Zeit genommen...) dazu beigetragen, dass ich mich innerhalb von ca. 2 Monaten schon besser gefühlt habe. Das gewonnene Vertrauen half mir in den darauf folgenden Wochen und Monaten neue Entscheidungen zu treffen und neue Wege zu gehen.“

„Die besondere Atmosphäre im Kreativ-'Behandlungs-Raum' – sehr freundlich, sehr hell und einladend. Auch die persönliche Art der Kunsttherapeutin – offen und geduldig – haben mir geholfen, schöpferisch meine riesigen Probleme zu ver- und bearbeiten.“

Arzt: Vorgebrachte Gesichtspunkte zur Therapiebeurteilung

Ausgewählte Angaben aus einer vorgegebenen Liste, 15 Monate nach Studienaufnahme:

- „Für die betreffende Erkrankung wird in der Regel ein Gleichbleiben oder eine Verschlechterung der Beschwerden erwartet; es kam aber unter der Behandlung zu einer Verbesserung oder gar Heilung.“
- „Die Beschwerden besserten sich sehr bald nach Beginn der Behandlung.“
- „Nach längerer Krankheit kam es verhältnismäßig kurz nach Beginn der Behandlung zu einer Besserung.“
- „Es gab vorher schon erfolglose Therapieversuche, doch nach der nun eingesetzten Therapie kam es zu einer Besserung.“

Freitextangaben, 15 Monate nach Studienaufnahme:

„Frühere Psychotherapie und medizinische Therapie (pflanzlanzliche Schlafmittel) waren ohne/bzw. ohne dauerhaften Erfolg. Das Krankheitsbild verbesserte sich allmählich nach Beginn der Therapie, und zwar konstant. Die Patientin wurde kreativer, sah neue Wege und bekam neue Ideen zur Lebensgestaltung. Die familiäre Situation (Verhältnis zum Sohn) verbesserte sich ebenso. Die Gesichtspunkte kann ich bestätigen, sie sind absicherbar. Normalerweise verändert sich dieses Krankheitsbild nicht so rasch. Oft sind jahrelange Psychotherapien notwendig. Es zeigte sich deutlich an Hand des Gesamtaspektes eine deutliche Verbesserung.“

Therapeutin: Äußerliche beobachtbare Veränderungen an der Patientin im Laufe der Therapie

(Halbstrukturierte Befragung, 17 Monate nach Studienaufnahme)

Körperhaltung: Aufrechtere Haltung, mehr Spaß an ihrer Kleidung. Atmung tiefer. Durchblutung nahm zu, Gesichtsfarbe und Temperatur der Hände nahm zu. Stimmung: von äußerst bedrückt und zerknirscht zu Beginn bis freudig erregt bei Beendigung der Therapie. Sonstiges: Voller Tatendrang durch Erfolgserlebnisse.

Bewertung der Unterlagen

Die Arzt-, Therapeuten- und Patientenunterlagen liegen komplett vor und sind jeweils in sich kohärent. Es gibt keine wesentlichen Unstimmigkeiten zwischen den Arzt-, Patienten- und Therapeutenangaben. Eine Schwierigkeit besteht darin, daß der Beginn der Studiendokumentation nicht, wie vorgesehen, vor Beginn der Studientherapie erfolgte: Die Aufnahme der Patientin in die Studie ist durch das Ausfülldatum des „Aufnahmebogen Ärztin/Arzt“ definiert, die ‚Erstbefragung Patient‘ wurde 7 Tage nach dem Aufnahmetag datiert. Aus der Dokumentation durch die Therapeutin geht jedoch eindeutig hervor, dass die Kunsttherapie bereits 29 Tage vor dem Aufnahmetag begonnen hatte. Am Tag der Studienaufnahme erfolgte die 7. Therapiestunde. Am Tag, an dem die ‚Erstbefragung Patient‘ datiert wurde, hatte die Patientin schon die 8. von 12 Therapiestunden gehabt.

Überprüfung der Kriterien für die Wirksamkeit der Studientherapie

Wurde die Studientherapie im erforderlichen Mindestumfang verabreicht?

Die Patientin erhielt 12 Sitzungen Kunsttherapie. Dies entspricht einem Therapiezyklus nach üblichen Kriterien und ist, nach den vorliegenden Daten, ausreichend gewesen, um ein positives Outcome erzielen zu können.

>>> Das Kriterium ist erfüllt.

Wurde ein positives, klinisch relevantes Outcome beobachtet?

Die depressive Symptomatik und die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbesserten sich stark und dauerhaft.

>>> Das Kriterium ist erfüllt.

Wurde das Outcome nach Beginn der Therapie beobachtet?

Im Rahmen der prospektiven Dokumentation wurde ein positives Outcome zuerst 4 Monate nach Beginn der Kunsttherapie und mehr als 2 Monate nach deren Ende beobachtet. Nach der retrospektiven Befragung des Arztes begann die Besserung der Beschwerden sehr bald nach Beginn der Kunsttherapie. Die Patientin gibt retrospektiv an: sie fühlte sich innerhalb von ca. 2 Monaten nach Therapiebeginn besser.

>>> Das Kriterium ist erfüllt.

Ist mindestens 1 weiteres Kriterium für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Therapie und Outcome erfüllt?

Vier Kriterien sind erfüllt:

1. *Hohes Vorher-nachher-Zeitverhältnis der Krankheitsdauer:* Nach lange andauernder Krankheit (‚Depression‘: 3 Jahre, ‚Schlafstörung‘: 5 Jahre) kam es relativ kurz nach Therapiebeginn (2 Monate) zu einer Besserung der Krankheit. Das Vorher-Nachher-Zeitverhältnis beträgt somit für die Depression 36 Monate / 2 Monate = 18 / 1.
2. *Die erreichte Besserung/Normalisierung ragt über die erwartete Prognose hinaus:* Laut Einschätzung des Arztes verändert sich ein solches Krankheitsbild normalerweise nicht so rasch, wie in diesem Fall. Dieses Kriterium wird im Absatz ‚Spontanverlauf der Erkrankung‘ unten ausführlich diskutiert.
3. *Es gab vorher erfolglose Therapieversuche:* Es gab eine 1 Jahr lang durchgeführte, als wenig wirksam bzw. unwirksam eingestufte Psychotherapie sowie eine medikamentöse antidepressive Therapie über insgesamt mehr als 19 Monate.
4. *Lange anhaltende Besserung:* Die Besserung bzw. Normalisierung der Krankheitsbeschwerden bestand noch bei der letzten Follow-up-Befragung 4 Jahre nach Beginn der Kunsttherapie.

Sind Biasfaktoren als Ursache für das Outcome deutlich weniger wahrscheinlich als die Studientherapie?

Beobachtungs-Bias

Die Angaben (Arzt, Therapeutin, Patientin) über den Krankheitsverlauf nach Beginn der Studientherapie sind im wesentlichen kongruent, ein systematischer Beobachtungs-Bias ist somit sehr unwahrscheinlich.

Begleittherapien

Als Begleittherapie nahm die Patientin zu Beginn der Kunsttherapie Johanniskraut-Trokenextrakt 300 mg täglich ein, dessen Wirksamkeit in Meta-Analysen von randomisierten Studien bei leichten bis mittelschweren Depressionen belegt wurde (Linde und Mulrow 2000). Diese medikamentöse Behandlung war schon 3 Jahre früher angewendet worden und dann mindestens 12 Monate vor der Kunsttherapie wieder aufgenommen worden. Trotz laufender Johanniskrauttherapie war die Patientin bei Beginn der Studientherapie deutlich depressiv. Das Johanniskrautpräparat wurde kurz (0 bis 5 Wochen) nach Beginn der Kunsttherapie abgesetzt. Die Besserung der depressiven Symptomatik trat erst nach dem Absetzen auf und stabilisierte sich im weiteren Verlauf der Kunsttherapie sukzessiv. Da Effekte von Johanniskraut nicht mit monatelanger Verzögerung eintreten, vor allem nicht nach Absetzen der Therapie, ist die nachfolgende starke Besserung der Krankheitssymptomatik nicht auf die Johanniskrauttherapie zurückzuführen.

Positive äußere Lebensereignisse

Es werden zwei positive äußere Lebensereignisse angegeben, die in den Zeitraum der Studie fallen.

1. Die Patientin und die Therapeutin dokumentieren einen *Wohnungswechsel* 2 Monate nach Studienaufnahme.

2. Der Arzt, die Patientin und die Therapeutin geben einen *Berufs- und Arbeitsstellenwechsel* 2 bis 3 Monate nach Studienaufnahme an.

Für die Beurteilung der Bedeutung dieser Ereignisse für den Verlauf der Depression ist zunächst die zeitliche Reihenfolge zu berücksichtigen. Wohnungs- und Berufswechsel erfolgten etwa 1 Monat nach Abschluss der Kunsttherapie, jedoch etwa 7 Wochen vor dem ersten Zeitpunkt, für den eine Besserung der Krankheitsbeschwerden (durch die Patientin) prospektiv dokumentiert wurde. Zeitlich gesehen könnten diese Ereignisse entweder Ursache der Besserung sein oder eine Folge der Therapie oder ohne Zusammenhang mit der Besserung stehen. Für die inhaltliche Interpretation wurden folgende Aussagen der Beteiligten hinzugezogen: Der Arzt sieht den Berufswechsel als eine Folge der Kunsttherapie an: („*Die Patientin wurde kreativer, sah neue Wege und bekam neue Ideen zur Lebensgestaltung.*“) und nicht als die primäre Ursache der Krankheitsverbesserung. Die Patientin sieht ebenfalls die Kunsttherapie mit begleitenden Gesprächen als kausalen Grund für das erreichte Selbstvertrauen, das ihr half „*in den darauffolgenden Wochen und Monaten neue Entscheidungen zu treffen und neue Wege zu gehen.*“ Diese Angaben decken sich mit dem vom Therapeuten gesetzten und erreichten Ziel einer „*Stärkung des Selbstvertrauens*“. Insgesamt ist die oben genannte Interpretation der Lebensereignisse als Folge der Therapie plausibel und viel wahrscheinlicher, als dass die Lebensereignisse für die erreichte Besserung alleine verantwortlich sein sollten.

Spontanverlauf der Erkrankung

Als weiterer Biasfaktor ist die mögliche Spontanbesserung der Depression in Betracht zu ziehen. Aufgrund der vorliegenden Daten ist, im Rahmen des DSM-IV-Klassifikationssystems (Saß u.a. 1996), differenzialdiagnostisch an erster Stelle von einer Major Depression oder einer Dysthymen Störung oder einer Kombination der beiden Störungen (Double Depression) auszugehen. Im Rahmen der Basisevaluation wurde allerdings keine Diagnostik durchgeführt, die ausreicht, um dies endgültig zu klären.

Major Depression tritt typischerweise in Episoden auf, die sich auch spontan zurückbilden können, allerdings haben zu jeder Zeit ein Drittel aller Patienten mit einer ursprünglichen Episode von Major Depression eine neue Episode (Mueller und Leon 1996). Das Krankheitsbild bestand in diesem Fall über drei Jahre. Die Patientin wurde während der ersten 12 Monate ihrer Erkrankung psychotherapeutisch behandelt und während 12 Monate oder länger vor Beginn der Kunsttherapie medikamentös antidepressiv behandelt. Daraus ist zu schließen, dass zumindest in mehr als der Hälfte des dreijährigen Krankheitszeitraums eine als behandlungsbedürftig eingestufte depressive Problematik bestanden hat. In der großen US-amerikanischen naturalistischen *National Institute of Mental Health Collaborative Depression Study* lag die Remissionsrate derjenigen Patienten mit Major Depression, die zwei Jahre nach Studienaufnahme noch nicht remittiert waren, im 3. bis 5. Studienjahr zwischen 1% und 2% pro Monat (Keller u.a. 1992). Für unsere Patientin, mit ihrer dreijährigen Krankheitsdauer, ist die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission in den ersten Monaten nach Studienaufnahme extrem gering.

Dysthyme Störung soll, laut den DSM-IV-Kriterien, mindestens zwei Jahre bestanden haben und nimmt in der Regel einen chronischen Verlauf (Saß u.a. 1996). Die Langzeitergebnisse sind z. T. schlechter als bei Major Depression (Wells u.a. 1992). Wieder ist also die Möglichkeit einer Spontanremission verschwindend gering.

Der behandelnde Arzt, der wöchentlich mehrere Patienten mit Depression behandelt, spricht sich in diesem Fall entschieden gegen eine Spontanbesserung aus.

Insgesamt erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass die drei Jahre andauernde Depression der Patientin, bei der eine frühere 12monatige Psychotherapie eher unwirksam war, und die auf eine 12 Monate lang durchgeführte medikamentöse antidepressive Therapie nicht anspricht, gerade dann „spontan“ remittiert, wenn eine neue, von allen Beteiligten (Arzt, Patientin, Therapeutin) als wirksam erlebte künstlerische Therapie mit begleitenden Gesprächen beginnt.
>>> *Das Kriterium ist erfüllt.*

Bewertung der Wirksamkeit und ihrer Relevanz

Zusammenfassend kann in diesem Fall mit hinreichender Sicherheit eine positive Wirksamkeit der Anthroposophischen Kunsttherapie bestätigt werden. Diese Wirksamkeit war klinisch hoch relevant. Es wurden keine Nebenwirkungen durch die Therapie berichtet.

Diskussion

Die vorliegende Einzelfallanalyse zeigt, dass es im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie möglich ist, im Einzelfall einen Therapieverlauf zu untersuchen und die therapeutische Kausalität (die Wirksamkeit) der Therapie – hier der Anthroposophischen Kunsttherapie – zu beurteilen. In diesem Fall war dies sogar möglich, obwohl die Erstdokumentation durch Arzt und Patient nicht, wie vorgesehen, vor Therapiebeginn, sondern erst 4 bzw. 5 Wochen danach erfolgte, und obwohl es anfangs eine Begleittherapie gab (Johanniskraut-Trockenextrakt). Die Analyse illustriert, dass durch den Einsatz gängiger Erhebungsinstrumente (SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Allgemeine Depressionsskala-Langform) und durch den Vergleich mit Referenzwerten aus der Normalbevölkerung und aus Therapiestudien die Wirksamkeitsbeurteilung effizient unterstützt werden kann.

Literatur

- Bullinger M, Kirchberger I (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Duncker K (1935). Zur Psychologie des produktiven Denkens. 1. Aufl. Berlin: Verlag Julius Springer.
- Hautzinger M, Bailer M (1993). ADS, Allgemeine Depressions Skala. Manual. Weinheim: Beltz Test.
- Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott, Coryell W, Hirschfeld RM, Shea T (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch.Gen.Psychiatry, 49(10).
- Kiene H (1996). Komplementärmedizin - Schulmedizin. Der Wissenschaftsstreit am Ende des 20. Jahrhunderts. 2. Aufl. Stuttgart - New York: Schattauer Verlag.
- Kiene H (2001). Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine. Berlin - Heidelberg - New York: Springer.
- Kiene H (2002). Wirksamkeitsbeurteilung in der Kunsttherapie. In: Petersen P, Hrsg., Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart: Verlag Johannes M. Mayer & Co., S. 110-22.

- Kiene H, Hamre HJ (1999). Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts Anthroposophische Medizin. In: Heusser P, Hrsg. Akademische Forschung in der Anthroposophischen Medizin. Beispiel Hygiogenese: Natur- und geisteswissenschaftliche Zugänge zur Selbstheilungskraft des Menschen. Bern: Peter Lang, S. 283-9.
- Linde K, Mulrow (2000). St John's wort for depression. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* (2):CD000448.
- Mueller TI, Leon AC (1996). Recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 19(1), S. 85-102.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig H Hrsg (1996). American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Arch.Gen.Psychiatry*, 49(10), S. 788-794.

Das Leben der Bilder am Ende des Lebens

Eva Herborn

Zusammenfassung

Eine Begleitung sterbender Menschen mit Kunsttherapie gibt es heute noch sehr selten. In einem Projekt der Frauenklinik des Berliner Virchow-Klinikums (jetzt Charité) wird seit 1990 den krebserkrankten Patientinnen Kunsttherapie stationär angeboten. In dem Projekt nahm die Arbeit mit Frauen, deren Krebserkrankung sehr weit fortgeschritten war, einen wesentlichen Raum ein. Die bildnerischen Gestaltungen in diesem existentiellen Lebensabschnitt eröffnen eine Bilderwelt, die Parallelen zu den visuellen Vorstellungen aus der Mythologie aufweist.

In einer exemplarischen Erzählung aus der letzten Lebenszeit einer jungen Frau soll die Tragweite und Tiefe ihrer gemalten Bilder für die Patientin selbst, aber auch für die Angehörigen deutlich und nachvollziehbar gemacht werden.

Bestimmte Motive kommen in den Bildern kurz vor dem Tod immer wieder vor. Einige sollen näher betrachtet und mit den uralten mythologischen Bildern in Beziehung gesetzt werden. Indem die selbst gefundenen Bilder einen Raum bekommen, vermögen sie eine Verbindung zwischen dem aus seinem Leben sich lösenden Individuum an der Schwelle des Todes und den kulturell tradierten Vorstellungen der Menschheit herzustellen und damit wohlthuend anzubinden.

Einführung

Im Rahmen des Forschungsverbundes „Kunsttherapie in der Onkologie“ wurde auch die Sterbebegleitung als ein wesentlicher und notwendiger Bereich, in dem die Kunsttherapie Anwendung findet, mit aufgenommen. Ich fand zu der treffenderen Formulierung „Kunsttherapie in der letzten Lebensphase“, geht es doch um eine kunsttherapeutische Begleitung von oft mehreren Monaten, in einigen Fällen waren es sogar 1 bis 2 Jahre, in der es um ein Leben ging, das sich unmissverständlich auf das Ende zubewegte.

Bei der Behandlung Krebskranker spielt der Tod und die Angst vor dem Tod mit Ausbruch der Krankheit eine zentrale Rolle. Es ist eine gesellschaftliche Realität, dass mehr als 200.000 Menschen in der Bundesrepublik jährlich an Krebs sterben (Kappauf 1995, S. 36).

Das Forschungsgebiet war zwar klar eingegrenzt, aber welche Zielsetzung ergab sich daraus? Sollte es um die Frage nach Wirksamkeit und Effektivität der kunsttherapeutischen Begleitung Schwerkranker und Sterbender gehen, die mit Hilfe von Fragebögen und Messgeräten dokumentiert werden sollte?

Könnte der Verbrauch von Schmerzmitteln der Gradmesser sein, um zu belegen, dass die Menschen mit Kunsttherapie weniger Medikamente verbrauchen und darum vielleicht mit weniger Schmerzen und damit zufriedener sterben?

Ein interessantes Vorgehen hat die Musiktherapeutin und Psychotherapeutin Monika Renz aus der Schweiz entworfen. Sie hat Fragen formuliert, die für sie selbst Leitfaden bei der Begleitung von 80 Sterbenden und der folgenden Auswertung waren. Diese Fragen beziehen sich auf 4 verschiedene Themenkomplexe, wie z.B. „Der nahende Tod“ und „Das Leben abschließen“ (Renz 2000, S. 19).

Auch in der medizinischen Forschung wird der Tod mit Vorsicht und Respekt vor dem für uns Menschen unerklärlichen, beängstigenden und auch numinosen Geschehen bedacht. „Sterben und Tod sind Zentralthemen der Medizin. Dennoch gehören Sterben und Tod heute zu den letzten Tabuthemen der Medizin“ (Knupp und Stille 1996, S. 5).

Es geht hier um einen Bereich menschlichen Lebens, in dem die Frage nach Effektivität in den Hintergrund tritt. Im Gegenteil eröffnet sich durch das Rätselhafte des Todes eine stärkere Offenheit der Fragen und eine größere Freiheit des Vorgehens, die auch in medizinischen Kreisen Akzeptanz finden könnte.

Der nahende Tod stellt die Sterbenden vor die Frage, was ihr Leben war und ist. Viktor von Weizsäcker sah in der Krankheit des Menschen „seine Gelegenheit, er selbst zu werden“ (nach Petersen 2000, S. 77). Ähnlich formulierte Monika Renz für die Sterbebegleitung als Kernaussage: „Todesnähe ist Zentrierung und Läuterung auf das eigene Wesentliche hin“ (Renz 2000, S. 13). Kunsttherapie kann in der Sterbebegleitung wesentliche Entwicklungsschritte anregen und unterstützen.

Folgendes Vorgehen schien auf Grund der institutionellen Bedingungen (4 -5 Kunsttherapiestunden wöchentlich im stationären Rahmen einer gynäkologischen Klinik) diesem Forschungsbereich möglich und angemessen zu sein: Auf der Grundlage von protokollierten Kunsttherapiesitzungen und reproduzierten Bildern soll geschildert werden, wie das Malen von Bildern in der letzten Krankheitsphase geschah. Aus diesen Schilderungen im Erzählstil (Aldridge 2002, S. 123 –147) kann erfahren und vielleicht nachvollzogen werden, welche Bedeutung das Malen und die Bilder für die Sterbenden und ihre Angehörigen hatten.

Man mag einwenden, dass dieses Vorgehen notwendigerweise subjektiv ist und die von der naturwissenschaftlichen Forschung geforderte Objektivität, die auf Quantifizierbarkeit beruht, nicht erreicht werden kann. Das ist sicherlich so. Dennoch spricht für dieses Vorgehen, dass der faktischen und unumgänglich subjektiven Sichtweise nicht ausgewichen wird, sondern diese, reflektiert und bewusst eingesetzt, gerade das sehr Persönliche eines individuellen Sterbeprozesses abzubilden vermag.

Es gibt im Prozess des Lebens und des Sterbens aber auch eine allgemeine, überpersönliche Seite. Die menschliche Kultur kennt verschiedene Formen von Todes- und Jenseitsvorstellungen, die sich in religiösen Riten und kraftvollen Bildern äußern (das Totenbuch der alten Ägypter, das tibetanische Totenbuch, das Totenbuch der Maya und präkolumbianischen Nahuatl). C.G.Jung sah als Ursprung dieser Bilder das „kollektive Unbewusste“, die Inhalte dagegen seien die sogenannten Archetypen (Jung 1990, S. 77).

Zu Beginn soll beispielhaft eine Therapiegeschichte erzählt werden. Die Gedanken zu den Malprozessen und Bildelementen werden dargelegt und mit ähnlichen Phänomenen in anderen Bildern und tradierten Symbolen aus der Mythologie in Beziehung gesetzt.

Das Malen und die Bilder von Doris – eine Therapiegeschichte

Doris (der Name wurde, wie auch alle folgenden Namen, verändert) war eine kleine, rundliche Frau. Sie war noch sehr jung, gerade 31 Jahre, als sie an einem Gebärmutterhalskrebs erkrankte. Sie verfügte über den unverkennbaren Berliner Witz. Wir haben gemeinsam so viel gelacht, manchmal auch heimlich gekichert, so wie es vielleicht nur Frauen miteinander können.

Der Ort unserer ersten Begegnung, der Stationsflur der onkologischen Station, war düster und wenig einladend, denn die Frauenklinik war zu dem Zeitpunkt noch in dem alten Gebäude in der Charlottenburger Pulsstraße untergebracht.

Ich war gerade bei dem Rundgang durch die Krankenzimmer, mit dem ich die Patientinnen auf das Angebot der Maltherapie aufmerksam machte. Da sah ich sie auf einer Bank in einer dunklen Ecke des Flures sitzen. Sie stand auf, begann unruhig hin und her zu wandern. Ich folgte dem Impuls, sie zu begleiten. Fragen waren überflüssig, sie begann von selbst zu sprechen.

Eigentlich glaubte, ja hoffte sie, den Krebs überwunden zu haben, aber nun sei wieder etwas

gefunden worden, ein Rückfall. Sie wartete auf die Ärzte, die ihr die Untersuchungsergebnisse mitteilen wollten. Das Warten sei so schlimm.

Sie sprach von ihren beiden Kindern, sie waren noch klein, 6 und 8 Jahre. Sie dachte über sich nach. Was waren ihre besonderen Eigenarten? „Nicht aufmucken, sich nicht wehren“, fiel ihr ein. Das sei ja nicht so prima. Aber, fügte sie schalkhaft hinzu, sie lebte gern und liebte gutes, fülliges Essen. Während sie redete, waren wir mehrmals den Flur auf und ab gelaufen.



Abb. 1: Doris' Herz

Wie viele Gänge dieser Art gab es schon auf diesem Flur?

Dann entließ sie mich, sie fühlte sich besser, etwas erleichtert. „Aber Malen? Nein, das nun doch nicht“, grinste sie.

Zum nächsten Maltermin kam sie trotz gegenteiliger Ankündigung. Sie wählte die kräftigen Temperafarben und malte ein rotes Herz auf einem grünen Sockel (Abb.1).

Ein hellblauer Himmel kommt wellenförmig von oben herab. Halb verdeckt vom Himmel, wie hinter einer Gardine, eine gelbe Sonne mit gelben Strahlen, die aussehen wie Fransen. Neben das Herz setzte sie auf der linken Seite einen roten Mund mit schwarzen Konturen. Während sie malte, lachte und witzelte sie herum.

Wohl um der ganzen Angelegenheit mehr Ernst und Bedeutung zu verleihen, teilte ich ihr meinen Einfall zu ihrem Bild – ich mußte an eine Bühne denken – mit. Prompt entgegnete sie: „Sie meinen also, in mir sieht es ganz anders aus?“ Ihre Offenheit und Schlagfertigkeit verblüfften mich, ich wusste nichts mehr zu sagen und ließ es auch angesichts der anderen Patientinnen darauf beruhen.

Nach 6 Wochen war Doris wieder auf unserer Station, sie war in der Urologie gewesen und hatte einen Nierenkatheter bekommen. Ob sie den noch einmal los wird?

Sie schien nicht daran zu glauben. Sie malte geometrische Formen, Zahlen von 1 bis 6, Mathematik war ihr Lieblingsfach, in den „Mathe“-Lehrer war sie verliebt (Abb. 2).

Ihr ganzes Leben müsste sie noch einmal malen.

An einem Tag war sie sehr verzweifelt, der Nierenkatheter musste erneut gelegt werden. Sie war erschöpft und weinte. Nach einer Weile fand sie wieder ihren Humor und erzählte, wie sie mit noch zwei anderen dicken Frauen lachend über den Flur der Urologie gegangen sei, da hätten sie die „Elefantenparade“ aus dem „Dschungelbuch“ angestimmt. Während ihrer Erzählung konnte man die Frauen vor sich sehen, laut singend, in Morgenmänteln, die über die Nachthemden des Krankenhauses gezogen wurden, der Urinbeutel mit einer Sicherheitsnadel festgesteckt, ging es vorbei am Essenwagen, vorbei an erstaunten Besuchern und irritierten Schwestern.



Abb. 2: Lieblingsfach Mathematik



Abb. 3: Appetit auf ein Eis

Das Witzeln und Lachen in diesen bedrückenden Situationen waren keine aufgesetzte, unechte Lustigkeit. Doris war sich meistens sehr bewusst, wie schlecht es ihr ging und sie weinte oft. Am liebsten, wenn sie allein war. Wenn jemand sie trösten würde, sagte sie einmal, könnte sie nicht weinen.

Sie befand sich an einem Abgrund und war so mutig und frei, nicht nur in den Abgrund zu blicken. Ihre Bilder unterstützten sie dabei, das Schöne in ihrem Leben nicht zu vergessen. Manchmal waren das sehr naheliegende irdische Bedürfnisse: Sie malte einmal ein Eis mit der Begründung, sie hätte so einen Heißhunger darauf gehabt (Abb. 3).

Oder eine Sonne, um einem tristen grauen Berliner Novembertag etwas entgegenzusetzen (nicht erhalten). Und sie gab mir manchmal zu verstehen, dass sie über unsere Gespräche nachdachte. In unserem ersten Gespräch auf dem Flur hätte ich davon gesprochen, dass es doch eine

schöne Vorstellung sei zu glauben, ein Engel würde uns begleiten.

Wer an einem Abgrund steht, dreht sich auch mal um und sieht die Welt mit einem veränderten Blick, die Nähe der Gefahr ist vergessen, eine große Freude breitet sich aus und umfängt einen.



Abb. 4: vier rote Blumen vor blauem Himmel

Die Bestrahlungen wurden abgesetzt. Sie glaubte, das Absetzen der Therapie bedeutete, dass sie gesund sei. Sie wirkte so glücklich und hoffnungsfroh. Auch über den Wochenendaufenthalt zu Hause berichtete sie fast ausgelassen. Alles sei so schön gewesen, Spaziergänge mit dem Mann und den Kindern, das gemeinsame Essen natürlich, wie hatte sie das genossen! Schmerzlich war für mich ihre Freude, ich konnte nicht so recht einstimmen, wusste ich doch um den Grund für das Absetzen der Bestrahlungen, nämlich ihre Unwirksamkeit.

Hatte sie überhaupt meine verhaltene Reaktion bemerkt? Ich glaube nicht, denn es schien, als sei sie sich so sicher. Auch ihr Bild erlebte sie als eine Bestärkung in dieser dem Leben zugewandten Stimmung.

Vier rote Blumen, alle langstielig im Hochformat (Abb. 4). Die zweite Blume ist größer, dem Himmel etwas näher als die anderen drei. Die Blütenblätter dieser Blume sind nicht ausgefüllt. Beim Hintergrund entdeckte sie in

den unregelmäßigen Pinselspuren das Wolkige des Himmels, er versöhnte sie mit dem ganzen Bild. Nun gefiel es ihr, es sei so optimistisch, ihr ginge es eben wieder besser. Sie hing es sogar in ihrem Zimmer auf.

Dieses Hochgefühl währte nicht lange, die Realität holte sie ein. Die Ärzte erläuterten ihr unmissverständlich die Lage. So kam beim Malen wieder diese eigenartige Mischung aus Traurigkeit und Witz zustande, die ich von ihr schon kannte. Sie malte eine Berglandschaft (Abb. 5), den Wendelstein, dort wohnte ihr Bruder. Sie wollte mit der Bahn dort hochfahren. Gleichzeitig scherzte sie über das Bild, das ich malte.



Abb. 5: Bergbahn am Wendelstein

2 1/2 Monate später war sie wie-

der in der Klinik, sie war sehr schwach und wirkte verändert, sie bekam Bluttransfusionen. Ihre Augen strahlten. Sie sprach von zu Hause, sie sei so kraftlos gewesen, hätte gerade mal das Essen für die Kinder aufwärmen können. Mit ihrem Mann hätte sie über das Sterben gesprochen. „Das musste sein!“, sie hätten beide geweint.

Mein letzter Besuch bei Doris. Sie sagte, sie hätte nun „die Wahrheit“ gehört. Ich fragte nach. „Das Endstadium“.

Sie müsste immer an ihr erstes Bild (Abb. 1) denken, da sei doch schon alles drauf gewesen: der Himmel und der Grabstein. Sie überlegte, wo sie sterben möchte, zu Hause oder hier im Krankenhaus? Gegen ein Sterben zu Hause sprach für sie die Anwesenheit ihrer Kinder. Sie wollte ihnen diese Erfahrung ersparen.

Ich erzählte ihr vom Sterben meines Vaters bei uns zu Hause und dass es für uns Kinder gut gewesen sei, ihn noch einmal zu sehen. Aber ihr Entschluss schien festzustehen. Sie wirkte so klar und gefasst. Ich war sehr traurig und sagte ihr, dass ich ihr so gerne etwas abnehmen würde. Wie eine Erwachsene zu einem Kind sagte sie: „Nein, das geht nicht.“

Die Liebe zu ihrem Mann war zu spüren, sie rechnete es ihm hoch an, dass er mit dieser schlechten Nachricht schon so lange allein sei.

Ein paar Tage später ist Doris auf der urologischen Station gestorben.

Das Nachwirken

Als ich Abstand von diesem Erlebnis gewonnen hatte, begann ein Nachdenken über ihre Eröffnung, dass das Herz für sie ein Grabstein war. Mich überraschte diese Sinngebung. Weder beim Malprozess selbst noch später hatte ich an einen Grabstein denken müssen. Hinzufügen möchte ich, dass ich mich mit Grabsteinen nicht so auskenne, erst jetzt nehme ich diese als ein Herz geformten Grabsteine bewusster wahr.

Ihre schlagfertige Antwort („Sie meinen also, in mir sieht es ganz anders aus?“) verstehe ich als ein Angebot, mit mir darüber zu sprechen, was wirklich in ihr vorging. Sie glaubte, ich durchschaute ihre Lustigkeit und würde erkennen, dass sie an den Tod dachte. Das Bild war ein bedeutungsträchtiges Gegenüber, über das sie viel nachdachte. Es war wie ein Dokument über ihr geheimes Wissen, dass sie sterben würde.

7 Jahre nach ihrem Tod bereitete ich eine Ausstellung „Das letzte Bild“ in der kleinen Kapelle der Charité vor. Die Ausstellung umfasste die Bilder von 16 Frauen, die sie kurz vor ihrem Tod gemalt hatten. Eins der Bilder war das Herz von Doris. Unter ihrem Bild stand ihr Name, ihr Alter und der Satz „Das Herz war in Wirklichkeit mein Grabstein“ mit einem Gedicht von Hermann Hesse:

Blume, Baum, Vogel

Bist allein im Leeren,

Glühst einsam, Herz,

Grüßt dich am Abgrund

Dunkle Blume Schmerz.

*Reckt seine Äste
Der hohe Baum Leid,
Singt in den Zweigen
Vogel Ewigkeit.*

*Blume Schmerz ist schweigsam,
Findet kein Wort,
Der Baum wächst bis in die Wolken,
Und der Vogel singt immerfort.*

(Hesse 1996, S. 53)

Am Ende der Ausstellungseröffnung, zu der auch die Angehörigen eingeladen waren, stand plötzlich ein Mann vor mir. Noch im Blaumann, offenbar direkt von der Arbeit kommend, fragte er, wer denn hier zuständig sei. Ich war schon dabei, die Gläser abzuspülen und glaubte, es sei ein Arbeiter des Krankenhauses, der die Tische abholen wollte. Aber er stellte sich als der Ehemann von Doris vor. Fast vorwurfsvoll stieß er hervor: „Es hat alles wieder hoch geholt!“ und zog die Einladungskarte zur Ausstellungseröffnung hervor, die in seiner Brusttasche steckte.

Wir stellten uns beide vor die Reproduktion des Bildes seiner Frau. Er konnte offensichtlich gar nichts mehr sagen, zeigte nur mit den Händen eine runde Form. Er hätte ihr so einen Grabstein besorgt. Seine Schwiegermutter hätte ihm geraten, noch damit zu warten, aber er hätte nicht auf sie gehört. Er hätte gewusst, dass es so sein musste.

Er ahnte nicht, dass sie dieses Bild gemalt hatte. Seine Kinder, die Tochter und der Sohn, müssten auch noch hierher kommen, meinte er. Ob er ihre Bilder bekommen könnte? Ich versprach, ihm Abzüge von den Bildern, sowie das Gedicht von Hermann Hesse zu schicken.

Er setzte auf ihr Grab einen herzförmigen Stein und erfüllte so ihr Bild. Ein unsichtbares Band zwischen den Ehepartnern, das nun beleuchtet und wahrnehmbar wurde.

Die verschiedenen Bildebenen

Das Bild von Doris hat unterschiedliche Ebenen. Einmal gibt es die ganz persönliche Aussage: Das ist mein Grabstein, ich bin dem Himmel nahe.

Es war ihr Blick in die Zukunft.

Das Herz als Grabstein war in diesem Zusammenhang ein ganz realer Gegenstand, mit dem ihre individuelle Lebensgeschichte ein Ende finden würde.

Über diesen individuellen Bezug hinaus gibt es aber eine allgemeinere Ebene. Der Grabstein hat eine besondere Form, die uns nach dem Sinnbild des Herzens fragen lässt. Das Herz gilt seit jeher als Sitz der Seele, des Gefühls und des Mutes, dies lässt sich in den Mythen und Geschichtsquellen der verschiedenen Weltkulturen nachvollziehen. Im altmesopotamischen Mythos kehrt „Furcht vor dem Tode in das Herz“ ein und lässt den königlichen Helden Gilgamesch nach dem Kraut der Unsterblichkeit suchen. Für die alten Ägypter war ohne dieses zentrale Organ ein Weiterleben nach dem Tode nicht denkbar; während bei der Einbalsamie-

rung alle inneren Organe entfernt wurden, blieb das Herz an seinem Platz. Seit dem Mittelalter ist das Herz immer mehr zum Symbol der Liebe geworden, vor allem in dieser Bedeutung kennen wir die Herzform (Lurker 1991, S. 298). Neben dem Herzen lehnt ein schwarz umrandeter Mund. Auch dieses Bildelement lässt an Liebe und Zärtlichkeit denken.

Die beiden Elemente, Himmel und Sonne, gehören nach den Vorstellungen unserer Kultur dem Göttlichen an. Der Himmel wird als der Ort gesehen, in den die Seelen der Verstorbenen eingehen. Im Tageslauf der Sonne, dem augenscheinlichen Auf- und Untergehen, kann die menschliche Seele eine Entsprechung finden und ihr eigenes Kommen und Gehen in einem größeren kosmischen, ja universalen Zusammenhang gespiegelt sehen.

Auch wenn Doris vielleicht nichts von diesen alten Mythen wusste, klingen sie doch in ihrem Bild an und geben ihm eine Bedeutung, die über ihre persönliche Geschichte hinausweist. Der Tod ist unabänderlich, das wissen wir alle und dennoch stemmen wir uns gegen ihn, indem wir vor allem die Liebe beschwören.

Eugen Drewermann spricht von diesem Zusammenhang in den „Meditationen zu Tod und Auferstehung“: „Denn sie (die Liebe, d.V.) ist die Macht, die *den einzelnen Menschen* als unendlich wichtig entdeckt, sie versammelt auf einen einzigen Menschen das Glück der ganzen Erde und des ganzen Himmels; sie tut mithin gerade das Gegenteil dessen, was der Tod uns aufzuzwingen sucht: sie beendet die Gleichgültigkeit und Beliebigkeit des Daseins, sie setzt einen einzelnen, zufälligen



Abb. 6: Hannelores Himmelsblumen

Menschen als absolut *nicht*-gleichgültig, als *nicht* beliebig, als unbedingt wesentlich und notwendig. Die Liebe ist notwendig ein metaphysischer Protest gegen das Kreislaufeinerlei von Tod und Leben in dem simplen Einmaleins der Natur“ (Drewermann 1993, S. 38).

Die Verbindung von sehr Persönlichem und Allgemeinem, das Verschmelzen von eigenständigem, ganz persönlichen Finden des Bildes mit den althergebrachten, uralten Symbolen eröffnet einen Grund, auf dem wir alle gemeinsam stehen.

Himmel und Erde in den Bildern Sterbender

Doris hatte an einem Tag 4 langstielige Blumen gemalt (Abb. 4). Die Blumenstängel kommen aus dem unteren Blattrand und ragen in einen blauen Himmel hinein. Das Bild lässt nicht die Erde sichtbar werden, aus der diese Blumen herauswachsen. Die Erde hat die Malende offensichtlich nicht interessiert. Sie war vielmehr glücklich, als sie das Wolkeige des Himmels in den Spuren des kreisenden Pinsels entdeckte. Der Himmel ist mit

eschatologischen Vorstellungen verbunden, selbst heute noch gilt nach dem Volksglauben der Himmel als der Ort, in den die Seelen der Verstorbenen eingehen. Die Erde dagegen ist der Ort der Lebenden, das Diesseits. Sie ist aber auch der Ort der Vergänglichkeit; der tote Körper wird nach abendländischer Sitte der Erde beigesetzt und zerfällt im Laufe der Zeit zu Erde.

Dieses Phänomen, dass die Erde in den Bildern Sterbender zugunsten des Himmels abnimmt, lässt sich an vielen Bildern nachvollziehen.

In Hannelores letztem Bild (sie war 63 Jahre, das Bild wurde im April 2000 gemalt, 3 Monate vor ihrem Tod) sehen wir eine Blumenwiese, aber die Erde fehlt gänzlich (Abb. 6). Das Malpapier wurde zuerst mit blauer Aquarellfarbe grundiert, darauf wurden die einzelnen Blüten mit Stengeln gemalt. Ist in Doris' Blumenbild der Wurzelbereich der Pflanze gar nicht im Bild dargestellt, also ein oberer Bildausschnitt gewählt, den unsere Phantasie weiter

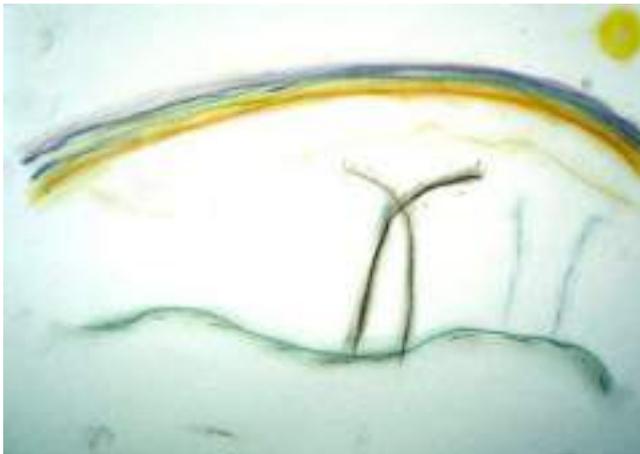


Abb. 7: Marias Bild zum Element Erde

nach unten ergänzen könnte und so die Wurzeln der Blume in unserer Vorstellung doch noch die Erde erreichen könnten, so kommen diese Blumen eindeutig aus dem Himmel, es sind „Himmelsblumen“.

Die Vernachlässigung der Erde zugunsten des Himmels wurde sehr deutlich von Maria ausgedrückt (sie war 46 Jahre, das Bild entstand im Juli 1994 wenige Tage vor ihrem Tod), die ganz bewusst in ihrem letzten Bild „die Erde“ malen wollte, da dieses Element in ihrem Horoskop zu wenig vertreten

sei (Abb.7). Sie malte als Erde eine grüne Linie mit einer darunter liegenden braunen unterbrochenen, die an eine Naht erinnert.

Die Verbindung der Erde mit dem Himmel wird an drei Stellen gesucht: Der Baum in der Mitte, zu dem sie sagte „Er hat keine Wurzeln“. Ein Pfad, sie nannte ihn den Sufipfad, in Hellblau, der sich nach oben wie ein Kelch öffnet und auf der linken Seite des Baumes in Weiß (darum für uns nicht sichtbar) der Sufihut, das Erkennungszeichen der Sufimystiker.

An drei Stellen gibt es eine Öffnung zum Himmel hin (vgl. ausführliche Therapiegeschichte Herborn 1995, S. 448-454). Es scheint, als käme in der Art und Weise der Darstellung von Himmel und Erde zum Ausdruck, wie die Elemente im Individuum selbst erfahren werden. Die Erde nimmt in diesen Bildern Sterbender in ihrer Gewichtung zugunsten des Himmels ab. Die Erde öffnet sich dem Himmel und es gibt Verbindungen von der Erde in den Himmel hinein.

Eine deutliche Parallele zu diesem Prozess ist im tibetischen Buddhismus zu finden. Seit vielen hundert Jahren wird dort eingehend das Phänomen des Todes durch die Praxis der Meditation erforscht. Diese Erkenntnisse sind im tibetanischen Totenbuch niedergelegt. Die Auflösung der Elemente im Sterbeprozess wird dort beschrieben, deren erstes die Erde ist. Hier sei der gegenwärtige Vertreter des tibetischen Buddhismus, der Dalai Lama, zitiert:

„Im Prozess des Sterbens klingen die vier inneren Elemente nacheinander aus und lösen sich ineinander auf: Erde (die feste Substanz des Körpers), Wasser (die Körperflüssigkeiten), Feuer (Körperwärme) und Wind (Energie, Bewegung). Im gewöhnlichen Leben dienen diese Elemente als Grundlage für das Bewusstsein. Im Sterbeprozess nimmt jedoch ihre Fähigkeit ab, das Bewusstsein zu tragen, beginnend mit dem Erdelement. Jede Stufe in dieser Auflösung vergrößert dann die Fähigkeit des nächsten Elementes, das Bewusstsein zu tragen“ (Dalai Lama 2002, S. 44).

Der Weg, die Reise

Marias Bild mit dem Sufipfad (Abb. 7) vermittelt eine Verbindung zwischen der Erde und dem Himmel. Es gibt eine Bewegung mit einer Richtung von unten nach oben. Diese Bewegungsrichtung ist in mehreren Bildern zu finden. Sie tritt in Erscheinung als Wege oder Flüsse, die sich zum Horizont schlängeln oder als auffliegende Vögel oder Schmetterlinge. In Doris' letztem Bild (Abb. 5) hatten wir eine Bergbahn vor uns, sie erleichterte die Bewegung von unten nach oben zu den Berggipfeln, die in den blauen Himmel ragen.

Barbara (sie war 41 Jahre, im Oktober 1999 entstand dieses Bild, sie starb um die Jah-



Abb. 8: Barbaras Landschaft mit Weg in den Himmel

reswende in einem anderen Krankenhaus) malte als ihr letztes Bild eine Landschaft in zart verfließenden Aquarellfarben (Abb. 8). Vorne ein gelbes Kornfeld, darüber ein blauer Himmel. An den rechten Bildrand, von ihm angeschnitten, setzte sie einen Herbstbaum mit einem kräftigen Stamm und einer ausladenden Krone in warmen Rotbraun-Tönen, gewirkt wie ein orientalischer Teppich. Beim Malen des Baumes hatte sie immer wieder auf die Bäume vor ihrem Fenster geschaut. Ganz zum Schluss setzte sie einen rötlichen Weg

in die Landschaft. Der Weg kommt keilförmig vom unteren Blattrand ins Bild und endet im Himmel. Zwei schwarze Vögel fliegen von dem Baum auf in Richtung des Weges und unterstreichen seine Richtung.

Den Übergang von der Erde in den Himmel, vom Diesseits ins Jenseits als Be-Weg-ung, als eine Reise zu sehen, ist eine uralte Vorstellung, die in den Mythologien der Menschheit zu finden ist. Am häufigsten ist das Motiv der Seelenfahrt in einem Boot oder Schiff (Grof 1984, S. 73). Die alten Griechen hatten die Vorstellung, dass der Fährmann Charon die Seelen über den Fluss zur Unterwelt, den Styx, setzt.

Hülya, eine 50-jährige türkische Frau, die vor vielen Jahren zum Arbeiten nach Deutschland gekommen war und nicht lesen und schreiben konnte, war erst bereit zu malen, als ich ihr anbot, mit ihr zusammen das Bild zu gestalten. Mit Ölpa-stellkreiden entstand ein Meer mit einem Boot (Abb. 9). Auf meine Frage, was für ein Boot das sei, entschied sie sich für ein Segelboot mit einem schwarzen Segel. Ihre Aussage zum Wasser des Meeres unterstrich noch ihre



Abb. 9: Hülyas Boot mit schwarzem Segel

hoffnungslose Stimmung: „Keine Fische im Wasser, alle tot!“ Zum Schluss aber malte sie ganz allein 2 Figuren auf das Schiff, obwohl sie zu Beginn gesagt hatte, es sei niemand an Bord.

In Begleitung ist die Überfahrt zu einem fremden, unbekanntem Ort vielleicht weniger beängstigend.

Dieser Wunsch nach einer Begleitung wurde auch bei Ayse deutlich (sie war 40 Jahre, Ende 1993 starb sie, das Bild entstand 11 Tage vor ihrem Tod).

Sie lag in ihren letzten Lebenswochen in einem Einzelzimmer und wartete auf den Besuch ihres Bruders aus der Türkei.

Sie fühlte sich nicht mehr in der Lage, selbst ein Bild zu malen. So übernahm ich für sie die aktive, gestaltende Seite und malte nach ihren Anweisungen. In diesem „Bilddiktat“ entstand ein Fluss mit Bergen, ein Boot war auf dem Fluss (Abb. 10).



Abb. 10: Ayse und Eva auf dem Boot

Ich hatte schon begonnen, mich selbst ans rechte Ufer zu setzen, als eine Abschiednehmende. Da entschied sie, nein, ich müsse mit auf das Boot und unsere beiden Namen sollten auf das Bild geschrieben werden.

Durch das Aufschreiben der beiden Namen auf das Bild wurde der Wunsch zu einem Versprechen, sie bei dieser Reise ins Ungewisse nicht allein zu lassen.

Das Licht in den Bildern Sterbender

Doris hat in ihrem ersten Bild (Abb. 1) mit dem Herzen auch eine Sonne gemalt. Die Sonne war lebenswichtig, sie gab dem Bild Licht und Wärme.

In den Bildern von sterbenden Menschen spielt das Licht eine besondere Rolle. Es erscheint als Sonne, als Mond, als Kerzenflamme, als ein leuchtender Baum oder als eine goldene Kugel. Und diese Lichtmanifestationen haben eine entschiedene Notwendigkeit. Das Licht wird ausdrücklich beschworen, unterstrichen, gebeten und gemalt. In dieser Grenzsituation, die Angst erregend und voll dunkler Ungewissheit ist, ist das Licht ein Gegenpol. Es tröstet, ermutigt, leitet und begleitet.

Ein beeindruckendes Lichterlebnis schilderte Regine (sie war 59 Jahre, starb im April 1999, das Bild entstand im Februar 1998). Sie war schon lange krank, hatte immer wieder Chemotherapie bekommen, nun nach einem Rezidiv erneut eine Operation.

In einer maltherapeutischen Einzelsitzung sagte sie, sie wollte zuerst mit mir sprechen. Nach der Operation hätte sie auf der Intensivstation ein eigenartiges Erlebnis gehabt, es sei wie eine Vision gewesen. Sie begann zu weinen. Es sei sehr schön gewesen. Sie zeichnete dann ganz klein mit einem Bleistift auf einen Zettel ein Oval mit einem Kreuz. Sie benannte es nicht. Dahinter sei eine Sonne gewesen. Da hätte sie zu ihrer Sonne gesprochen und sie gebeten: „Meine Sonne, verlass mich nicht!“ Und da sei es wie eine Explosion gewesen, die Sonne hätte sich von dem Dunklen gelöst und sei groß geworden.

Sie malte zuerst die Sonne (Abb. 11). Es musste genau so sein, wie sie es gesehen hatte: die warmen gelb-orange Töne. Unten ein dunkles Blau, daneben der erste beunruhigende dunkle Zustand, aber viel kleiner.

Sie sagte, sie hätte sich nicht getraut, darüber zu sprechen, aus Angst, für „verrückt“ gehalten zu werden. Es tat ihr gut, diese Erfahrung mit jemandem zu teilen. Sie würdigte diese Vision in einer ganz besonderen Weise, indem sie ein Bild dazu malte.

Das Kreuz, das Regines Sonne verdeckte, ist nach christlicher Tradition *das* Symbol für Leiden und Tod. Regine war so erschrocken und verängstigt von seinem Auftreten, dass sie es noch nicht einmal in Worte fassen konnte.

Die Sonne sah sie als eine helfende Kraft. Sie sprach mit ihr, nannte sie „meine Sonne“, sie hatte eine Du-Beziehung zu ihr, und die so Angesprochene hörte ihre Bitte, erfüllte ihren Wunsch, sie nicht zu verlassen, indem sie groß wurde, ihre Leuchtkraft wieder zunahm und die Dunkelheit mit dem Kreuz zurücktrat. Obwohl Regine es nicht so beschrieb, hatte ich den Eindruck von einem Gebet zu einer göttlichen Kraft.

Licht gilt als ein religiöses Ursymbol und deutet auf das Göttliche, Immaterielle hin, es



Abb. 11: Regines Sonne



Abb. 12: Veras Abendsonne

Lebensbeginn, der Zenit für die Blüte des Lebens und die Abendsonne für das Alter mit dem Sonnenuntergang als dem Lebensende.

Vera (sie war 45 Jahre, das Bild entstand im Juli 1991, 5 Tage vor ihrem Tod) malte als letztes Bild eine Abendsonne und sagte nach dem Malen, sie wollte nun sterben (Abb. 12). Die Sonne ist kräftig rot, aus einer schwungvoll drehenden Bewegung entstanden. Es ist kein zartes, sanftes Licht, das langsam verlischt, sondern eine rot glühende Sonne, die ihr letztes Licht in Gänze verströmt und die Betrachtenden bis zur letzten Minute in ihren Bann zieht.

Das Licht spielte auch in Reinhilds Bildern (sie war 41 Jahre, starb Mitte Dezember 1992, die Bilder entstanden im März 1992) eine zentrale Rolle. Sie war ein sehr religiöser Mensch, in der katholischen Kirche engagiert, der sanfte Franz von Assisi war ihr Vorbild.

Wegen eines schnell sich ausbreitenden metastasierenden Tumors bekam sie Chemotherapien und nutzte die eigentlich unangenehmen Behandlungstermine zum Malen und Sprechen.

Es traten zusätzliche Komplikationen auf, sie hatte Wasser in der Lunge und musste außerplanmäßig in die Klinik. Ihr ging es sehr schlecht. Eine Vollmondnacht hatte sie wach gelegen und ihr hatte sich der Blick aus dem Fenster auf den runden vollen Mond eingeprägt.

Sie malte den Vollmond (Abb. 13). Die Äste und Zweige der Bäume strecken sich

ist etwas Gutes (Lurker 1991, S. 434). Viele ägyptische Gottheiten stehen in Beziehung zur Sonne. In der hebräischen Schöpfungsgeschichte heißt es: „Und Gott sprach: Es werde Licht. Und es ward Licht. Und Gott sah, dass das Licht gut war.“ Christus bezeichnete sich selbst als „das Licht der Welt“.

Die Sonne mit ihrem morgendlichen Auf- und dem abendlichen Untergehen ist auch Sinnbild für den Verlauf des menschlichen Lebens. Der Sonnenaufgang steht für den



Abb. 13: Reinhilds Vollmond

sehnsüchtig dem Mond entgegen. Es scheint fast, als ruhe er in einem Nest. Der Himmel dagegen in grauen heftigen Pinselstrichen läßt eine innere Erregung erahnen. Für sie bedeutete die Vollmondnacht einen Zeitpunkt der Veränderung, auch erinnerte sie sich, dass sie vor der Operation bei Vollmond oft menstruiert habe. Ihre Hoffnung auf Veränderung ihres Zustandes, auf eine Heilung von der Krebserkrankung, wurde durch das Mondlicht genährt.

Eine ganz andere, deutlich transzendente, Bedeutung gab sie dem Licht in einem späteren Gestaltungsprozess.

Reinhild malte mit Temperafarben zwei Masken (Abb. 14). Sie sagte dazu, das seien ihre „Stimmungsmasken“, das Lachen und das Weinen. Denn ihre Stimmungen wechselten manchmal sehr plötzlich: mal sei sie himmelhochjauchzend, mal zu Tode betrübt. Aber nun hätte sie das Gefühl, über den Berg zu sein. Während sie mit ihrem Bild beschäftigt war, malte ich ohne eine vorgefasste Bildidee begleitend mit (Abb. 15).

Es entstand in blauen und gelben Farbtönen eine Szene in einem Raum. Eine weibliche figurative Form nähert sich einem Tor, durch das Licht hereinfällt. Zu meinem Bild sagte Reinhild – für mich überraschend – das sei die Seele, die in die Ewigkeit einging. Diese Äußerung, die ganz nüchtern, wie eine sachliche Feststellung klang, offenbarte, dass sie zwar tapfer auf eine Heilung hoffte, sich aber auch mit dem Tod und dem



Abb. 15: Begleitend gemalt: Figur nähert sich dem Licht



Abb. 14: Zwei Masken, das Lachen und das Weinen

Danach beschäftigte. Vielleicht konnte sie diese Phantasie auch nur deshalb aussprechen, weil das Bild nicht von ihr gemalt war (zur Methode des „Begleitenden Malens“ Schrode 1995, S. 143).

Die Vorstellung, dass sich die Seele nach dem Tod vom Körper löst und sich einem hellen Licht nähert, ist in vielen Weltkulturen verankert.

Das Tibetische Totenbuch beschreibt auf der 4. Ebene der Auflösung der Elemente bei Todeseintritt die Begegnung mit dem kosmischen Licht, das als

klares Urlicht der reinen Wirklichkeit bezeichnet wird. Es sei „von einem so überwältigenden Glanz und solcher Schönheit, dass die Unvorbereiteten sich voll Entsetzen abwenden“ (Grof 1984, S. 90). Auch in der abendländischen Malerei wird das Eingehen des Verstorbenen in ein Licht dargestellt. Man denke nur an Hieronymus Boschs „Aufstieg ins himmlische Paradies“ oder Christi Auferstehung im Isenheimer Altar von Matthias Grünewald.

Raymond Moodys Forschungen auf dem Gebiet der Nahtodeserlebnisse bestätigen diese uralten bildhaften Vorstellungen. Er hat die Berichte von reanimierten Patienten dokumentiert und ausgewertet, in denen oft die Begegnung mit einem sehr hellen Licht beschrieben wird, das überirdische Leuchtkraft habe. Es sei weiß und klar, aber blende nicht (Moody 1991, S. 65).

Vegetation (Bäume und Blumen)

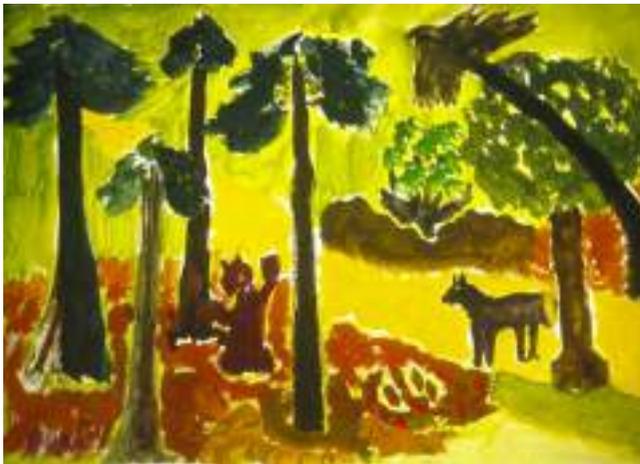


Abb. 16: Veras Mammutbäume

Bäume, Pflanzen sind nicht nur als Nahrung für den Menschen von Interesse. Es gibt auch einen metaphysischen Aspekt, der in der Betrachtung eines pflanzlichen Prozesses Analogien zum menschlichen Leben findet, um über das eigene Wachsen, Werden und Vergehen bildhaft nachzusinnen.

Sehr viele Bilder Sterbender widmen sich den Pflanzen – auch Doris hat Blumen gemalt (Abb. 4). Hier mag auch die Vorliebe von Frauen für Blumen als Motivwahl ausschlaggebend sein, denn wir betrachten ja Bilder ausschließlich von Patientinnen aus der Gynäkologie.

Die Vegetation, das Keimen, Wachsen, Blühen, Fruchttragen von Pflanzen mit dem folgenden Absterben des Laubes oder der gesamten Pflanze beschäftigt den Menschen nicht nur aus Gründen des eigenen Überlebens,

Bäume

Bäume sind sehr langlebige Pflanzen, sie überleben den Menschen oft um viele Jahrzehnte, manchmal Jahrhunderte. Auch durch ihren festen Standort, ihr Verwurzelte sein im Erdboden, geben sie ein Bild der Beständigkeit.

Vera - sie malte die rote Abendsonne (Abb. 12) - hatte in ihren letzten Lebensjahren gerade auch wegen ihrer Erkrankung viele Reisen unternommen, sie war in Amerika gewesen, die mehrere tausend Jahre alten Mammutbäume hatten sie tief beeindruckt. 4 Monate vor



Abb. 17: Utes erster Baum

menschlichen Lebenszyklus.

Ute (sie war 61 Jahre, starb im Sommer 1999 auf einer anderen Station) hatte in der ersten Kunsttherapiestunde im August 1998 einen Baum gemalt (Abb. 17). Sie fühlte sich besser, die Chemotherapie schlug an, die Metastasen im Gehirn gingen zurück.

Ein kräftiger Stamm steht auf einer wellenförmigen Linie. Zarte Zweige wachsen aus dem Stamm hervor, an denen grüne Blätter hängen. Auf der rechten Seite fällt ein Blatt herab. Es wurde von ihr bewusst mit keiner besonderen Bedeutung bedacht, es ginge um die Ausgewogenheit der Komposition, sagte sie.

Ihr letztes Bild vor ihrem Tod malte sie im Mai 1999, es wurde wieder ein Baum (Abb. 18), diesmal viel zarter und transparenter.

Als wir im Gespräch auf ihren ersten Baum kamen und ihn noch einmal ansahen, fiel ihr auf, dass dieser viel kräftiger war. Sie malte daraufhin die Konturen des letzten

ihrem Tod malte sie einen Wald mit diesen Urwaldriesen (Abb. 16).

Die Mammutbäume sind bedroht, ein Feuer hat sich ausgebreitet, in dessen Mitte ein Bär (sie nannte ihn „Teufelsbär“) steht. Ein Baum neigt sich von der rechten Seite herüber, ein Hund oder Fuchs steht als Beobachter an der Seite. Auch diese uralten Bäume müssen also sterben.

Die Gestalt des Baumes ähnelt der menschlichen Figur. Der aufrechte Stamm mit den Ästen, die in die Luft greifen. In der Mythologie wird der Baum auch als Verbindung von Himmel und Erde gesehen.

Er ist in der Erde verankert, saugt mit seinen weitverzweigten Wurzeln Wasser aus der Tiefe, seine Zweige und Äste strecken sich in die Luft, er empfängt von der Sonne Wärme und Licht. So hat er Anteil an allen Elementen. Sein alljährliches Blühen, Früchtetragen, Blätterabfallen wiederholt kosmisches Geschehen. Darum wird er Metapher für den



Abb. 18: Utes letzter Baum

Baumes nach und sprach sich Mut zu, sie wolle ja wieder gesund werden.

Die Transparenz, das Sichauflösen eines Baumes, der ja ursprünglich aus der Erde kommt, mit ihr verwurzelt ist, sehen wird auch in Gudruns Baumbild (sie war 40 Jahre, starb im Frühjahr 1999 in einem anderen Krankenhaus, das Bild wurde im März 1998 gemalt). Der Baum strahlt, glänzt silbern, ist ein Himmelsbaum (Abb. 19).

Blumen

Anders als Bäume, die oft viele Generationen überleben, sind Blumen, insbesondere die einjährigen Pflanzen, kurzlebiger. In einer nur kurzen Zeitspanne kann das Knospen, Blühen, Verblühen und die Fruchtbildung beobachtet werden und lässt im Menschen die Zeit spürbar werden. Als wildwachsende



Abb. 20: Rote Blume von Birgit



Abb. 19: Gudruns transparenter, strahlender Baum

Pflanzen begegnen sie uns auf Wiesen, am Wegesrand und im Wald. In Gärten hat der sesshaft gewordene ehemalige Nomade auch Blumen kultiviert. Die gezüchteten Pflanzen dienen dazu, als Früchte (Beeren, Bohnen, Samen) verzehrt zu werden, die entdeckte Heilwirkung zu nutzen oder einfach ihre Schönheit zu genießen. Denn die Blumen ziehen einen in ihren Bann, sie vermitteln ein sinnliches Erlebnis.

In ihren vielfältigen Erscheinungsformen mit Analogien zu Becher, Herz, Glocke, Flamme und in den verschiedensten Farben sind die Blumen Sinnbild des Frühlings, des Wachstums, der Schönheit und der menschlichen Seele.

Die Blüte öffnet sich dem Licht und steht damit in Beziehung zur Sonne und zum Weltall.

Ist es da verwunderlich, dass von schwer kranken Menschen so oft Blumen gemalt werden?

Birgit (sie war 62 Jahre, starb im Juli 2000, das Bild entstand im September 1999) malte sehr oft Blumenbilder. Sie sagte, sie brauchte einfach zur Zeit etwas Schönes um sich. Sie kaufte sich Blumensträuße, um ihre Wohnung damit zu schmücken.

Einmal wurde einer einzigen Pflanze ein ganzes Blatt gewidmet (Abb. 20). 2 rote Blüten sind weit geöffnet, 2 Knospen lassen schon etwas Rot sehen. Man weiß nicht, ob es sich um eine Schnittblume oder eine Pflanze handelt, die noch in der Erde wurzelt. Auffällig sind die 4 tief roten Blütenblätter, die um einen schwarzen Fruchstand konzentrisch angeordnet sind. Im stärksten Farbkontrast, dem Komplementärkontrast, stehen sie zu den grünen Blättern und wirken darum noch eigenständiger. Der zentrale Blumenstengel kommt von rechts unten diagonal ins Bild, auf ihm sitzt die größte Blüte. Nach rechts und links zweigen 3 Stengel ab, auf denen die 2 Knospen und die zweite geöffnete Blüte sind. Der Hintergrund ist hellblau, Himmel.



Abb. 22: Vielfalt der Blütenformen, Ute



Abb. 21: Geöffnete Blüte, Ute

Das Malen einer Blume beinhaltet Hingabe zu einem Motiv, das wenig spektakulär ist. Birgit malte oft sehr still und konzentriert, ohne sichtbare Gefühlsregungen. Es wirkte auf mich wie die sorgfältige Erfüllung einer Pflicht. Es schien, als ob sie sich da in ihrem Wesen mit der Blume traf.

Einzelne Blumen ins Zentrum setzte auch Ute, die als erstes und letztes Bild einen Baum gemalt hatte (Abb. 17, 18). Ihr zweites Bild, auch im August 1998 entstanden, war eine weit geöffnete rote Blüte (Abb. 21).

Wir sehen direkt in den Blütenkelch hinein, die schwarzen Staubgefäße kommen uns entgegen. Das Grün des Hintergrunds breitet sich entweder von unten, von beiden Seiten kommend nach oben aus, oder umgekehrt kommt das Grün von oben nach unten. Um die Blütenblätter herum ist ein schmaler Streifen weißen Papiers stehengeblieben, dadurch wirkt die Blüte, als wenn sie schwebte. Sie hat keinen direkten Kontakt zu dem Grün des Hintergrunds.



Abb. 23: Heckenrose im Lichtkreis, Ute

In einem anderen Bild (Abb. 22) von ihr gibt es eine Blume (oder ist es eher ein Strauß?) mit verschiedenen Blütenformen, ein Korbbblütler und eine Rispenblüte. Ihr ging es offensichtlich nicht um botanische Genauigkeit, sondern um die Verschiedenheit und Vielfalt der Blütenformen. Die Blume ist in einem wolkig blauen Himmel, keine Erde, kein haltendes Gefäß ist da. Auch ihre Heckenrose (Abb. 23) wurzelt nicht in der Erde. Ute hat sie in einen gelben Lichtkreis gesetzt, der von Hellblau begrenzt ist.

In der Mythologie gibt es die Vorstellung von der Austauschbarkeit von Blüte und Stern. Das Himmelsgewölbe sei ein Himmelsbaum, an dem die Gestirne wie Blüten wachsen. Die Blumen sind Sterne auf Erden, wie auch die Bezeichnung Aster (von astrum = Stern) aus dieser Vorstellung hervorgegangen sein wird (Lurker 1990, S. 171).

An diesen Mythos muss man beim Betrachten von Majas Baum (sie war 46 Jahre, starb im März 2002, das Bild entstand im Februar 2001) mit der Hängematte denken (Abb. 24).

Die Blüten des Baumes sind wie Sterne am Himmel. Der Baum hat keine Blätter, auch die gelben Blütensterne sind nicht direkt mit den Zweigen verbunden. Der transzendente Charakter des Bildes wird noch durch die aus dem Himmel kommende Hängematte unterstrichen.

Blumen wurden aber auch ausdrücklich als Metaphern gemalt, das heißt, beim Malen, manchmal auch schon vorher, entstand der Gedanke, dass diese Blume für einen Aspekt im Leben stehen könnte.

2 Jahre nach Ausbruch der Krebserkrankung hatte Rosemarie (sie war 53 Jahre, sie starb im Oktober 1995, das Bild entstand im Mai 1995) ein Rezidiv und bekam erneut Chemotherapie. Sie sah diese Chemotherapie als einen letzten Versuch. Sie sagte, dass sie oft mit „ihrem Herrgott“ schimpfe, er lade ihr einfach zu viel auf.

Sie wollte mit Rosa malen, diesmal mit den Temperafarben,



Abb. 24: Baum mit Sternen und Hängematte aus dem Himmel, Maja



Abb. 25: Rosemaries „Phönix aus der Asche“

die ich noch nicht auf den Maltisch gestellt hatte. Sie bemerkte dabei, wie sehr sie sich positiv durch die Krankheit verändert hätte. Früher hätte sie nie um etwas gebeten, wäre mit dem zufrieden gewesen, was gerade da stand. Nun sei sie so selbstbewusst, dass sie nach etwas verlangte, nämlich den Temperafarben! Selbstachtung und Stolz auf die eigene Entwicklung waren zu spüren.

In ihrem Bild (Abb. 25) sah sie zunächst in den organischen Formen Artischocken. Später sagte sie, es sei „Phönix aus der Asche“. Sie mochte das Bild sehr. Der Phönix ist ein Fabelwesen orientalischer Herkunft. Im Christentum wurde der Phönix als Symbol des sich durch den Tod erneuernden Lebens übernommen. Aus den Flammen, der Asche steigt er zu neuem Leben auf (Lurker 1991, S. 574). Vielleicht ging es Rosemarie um zweierlei: den selbstbewussten Rückblick auf einen tatsächlichen, in der Vergangenheit eingeleiteten Neubeginn und die Hoffnung auf ein Ende des erneuten Tumorwachstums und ein Wiedereintauchen in ihr Leben, vielleicht aber

auch um die Wiedergeburt, von der sie immer wieder gesprochen hatte.

Die Blume zu betrachten, sie zu gestalten, sie in sein Inneres aufzunehmen und sie dort wirken zu lassen, hat eine lange Tradition. Hier sei der Maler der Romantik, Philipp Otto Runge, zitiert, der den Prozess des Anschauens einer Blume beschreibt und damit etwas von den eben betrachteten Blumenbildern trifft: „Alles Lebendige hat in unserer Seele seinen Spiegel und unser Gemüt nimmt alles recht auf, wenn wir es mit Liebe ansehen. Dann erweitert sich der Raum in unserem Innern und wir werden zuletzt selbst zu einer großen Blume, wo sich alle Gestalten und Gedanken wie Blätter um einen großen Stern um das Tiefste unserer Seele, um den Kelch, wie um einen tiefen Brunnen drängen“ (zitiert nach Lurker 1990, S. 175).

Tierdarstellungen

Die Tiere als Mitlebewesen des Menschen sind im Gegensatz zu den Pflanzen freibeweglich und ihm darum ähnlicher. Als wild lebende Tiere oder als Haustiere dienen sie zwar zur Nahrungsbeschaffung oder sind Helfer bei der Arbeit, wirken darüber hinaus aber auch als Lebensbegleiter, seelische Ansprechpartner oder Identifikationsfiguren.

Bei Naturvölkern besteht auf Grund eines ursprünglichen Verwandtschaftsgefühls eine enge Bindung an bestimmte Tierarten. Nach einer Schöpfungslegende der sibirischen Tschuktschen sind Menschen und Wale Brüder, sie stammen von derselben Urmutter ab (Rytcheu 1993). Tiere wurden zu Trägern der Seele, zu Schutzgeistern, zu numinosen Doppelgängern, die etwas Verborgenes, Verhülltes verkörpern. Bei einem ghanesischen Stamm, den Mossi

im Voltagebiet, fungieren Krokodile als Seelenbegleiter. Sie sind ein Alter Ego, sterben gleichzeitig mit dem Menschengenossen und man hört sie weinen, wenn diese verwundet sind (Lurker 1991, S. 28).

Auch die schwerkranken Frauen am Ende ihres Lebens scheinen eine besondere Beziehung zu den Tieren aus ihrem Lebensumfeld zu haben. Sie identifizieren sich mit ihnen, fühlen sich in diese Lebewesen ein, die ja - wie auch wir - sterben müssen und lernen von ihnen.

Ich denke da an eine Frau, die ich zur Zeit einer Operation zur Reduktion ihres Tumors im Sommer 1998 kennenlernte. Ihr ging es psychisch sehr schlecht. Ich besuchte sie in ihrem Krankenzimmer, sie bekam Chemotherapie und erzählte mir vom Tod ihres Wellensittichs, den sie sehr liebte. Er hatte von ihr viele Worte gelernt und sprach sie in ihrer Art aus, was sie immer zum Lachen brachte. Seit einiger Zeit war es sehr deutlich, daß es ihm schlecht ging, daß er krank war. Eines Tages ließ er sich von ihr fangen, was sonst nie möglich gewesen war. Er legte sich in ihre Hand und starb. Ich hatte das Gefühl, dass der Wellensittich ihr etwas zeigte und dass sie das auch verstanden hatte: Das Ende kann auch so sein, sich in jemandes Hand zu begeben.

Eine andere Frau sprach von der Katze einer Bekannten, die sehr scheu war und sich von niemandem berühren ließ. Und diese Katze kam ausgerechnet zu ihr! Sie glaubte, dass diese Annäherung auf dem Instinkt der Katze beruhte, sie „wusste“ um ihre Erkrankung und wollte sie trösten.

In den Bildern Sterbender kommen Tiere, überhaupt lebende Wesen, nicht so häufig vor wie Blumen oder Bäume. Es mag sein, dass dies auf die Ungeübtheit und Unsicherheit im Zeichnen und Malen zurückzuführen ist, dass sie sich einfach eine solche Darstellung nicht zutrauen. Die meisten Tierdarstellungen widmen sich fliegenden Tieren, Schmetterlingen und Vögeln.

Birgit (sie war 62 Jahre, starb im Juli 2000, die Bilder entstanden von Oktober 1999 bis April 2000) malte immer wieder Schmetterlinge. Der Schmetterling schien ihr Freund und Begleiter zu sein: „Er nimmt mich mit, ganz weit fort von hier!“ sagte sie einmal. Es schien, als ob der Schmetterling ihre Bilder besuchte, als ob er im Vorbeiflattern sich auf eine Stelle des Blattes niederließ, so gegenwärtig war er.

Das erste Schmetterlingsbild (Abb. 26): Ein Ast mit 4 Schnittstellen, Blüten kommen hervor. Ein kleiner blauer Schmetterling sitzt auf der untersten Schnittstelle des Astes. Es ist nicht klar, woher der Ast kommt, ob er Teil eines Baumes ist oder abgeschnitten wurde. Der Himmel ist verlaufendes Blau.



Abb. 26: Blühender Ast mit blauem Schmetterling, Birgit



Abb. 27: Schwarzer Schmetterling ohne Hintergrund, Birgit



Abb. 28: Ostseeküste mit Schmetterlingen, Birgit

Vielleicht hat sie dort am Strand gesessen und auf die Steilküste geblickt, die Wellen des Meeres beobachtet, ihr Kommen und Gehen und hat in den Himmel geschaut. Die Schmetterlinge hat sie ganz zum Schluss des Malprozesses aus der noch feuchten Farbe mit einem Papiertaschentuch herausgetupft.

Der Schmetterling vermittelt eine Bewegung in der Luft, er gehört einem Raum zwischen Himmel und Erde an.

Nach der Symbolforschung ist der Schmetterling der Seele zugehörig. Im alten Ägypten und auch im Christentum repräsentierte er die Seele. Wie der Phönix kann der Schmetterling ein Symbol für seelische Wandlung, für Transformation sein. Im christlichen Abendland wurde er auch zu einem Auferstehungssymbol. Die Raupe steht für das Leben, die Puppe für den Tod und der Schmetterling für die Auferstehung (Lurker 1991, S. 651).

Hannelore (sie war 63 Jahre, starb im Juli 2000, das Bild entstand im November 1998) malte beim ersten Kunsttherapietermin vier Schmetterlinge, die in den Himmel fliegen (Abb. 29). Sie sind unterschiedlich gefärbt und tragen gelbe und rote Punkte. Durch die

Vorletztes Schmetterlingsbild (Abb. 27): Der schwarze Schmetterling wurde nach einer Vorlage gemalt. Den Hintergrund hat sie weggelassen.

Waren die ersten Schmetterlingsbilder von Birgit sehr erzählerisch (man könnte eine Geschichte dazu erfinden), so ist dieses Bild sehr grundsätzlich, ein Schmetterlingsporträt. Bei dem vorangehenden Bild (nicht abgebildet), einem Schmetterlingsporträt eines Admirals, spielt noch die Umgebung eine Rolle, die Blätter, von denen er lebt, in denen er sich bewegt. Bei diesem schwarzen Schmetterling wurde der Hintergrund weggelassen, er spielt keine Rolle mehr.

Ihr letztes Bild „Ostseeküste mit Schmetterlingen“ (Abb. 28) hat sie nach einer Phantasie-reise zu einem „Ort der Ruhe und Kraft“ gemalt. Einige Wochen zuvor war sie zur Kur gewesen. Sie mußte vorzeitig nach Berlin zurück, da es ihr schlecht ging. Das Bild lehnt sich an tatsächlich Gesehenes an, bezieht sich auf eine individuelle Außenwelter-

leicht abweichenden Flugrichtungen kommt in die Darstellung etwas Schwebendes. Man ist geneigt, eine schlangenförmige Bewegung nach oben wahrzunehmen, spürt die Leichtigkeit und Zartheit der Insekten.

In Margrets Waldbild mit brennenden Büschen (sie war 56 Jahre, starb im Mai 2000, das Bild entstand im Februar 2000) fliegen auf der linken Seite sieben Schmetterlinge (Abb. 30). Während sie die Bäume, den Waldboden und den Himmel mit den ihr lieben Pastellkreiden fast expressiv gestaltete, hat sie die Schmetterlinge mit einem Stift sorgsam und fein konturiert. Offensichtlich ging es ihr um Genauigkeit. Die Schmetterlinge sollten nicht verschwimmen, sie sollten klar zu unterscheiden und zu sehen sein.

In einem früheren Bild (November 1999) setzte Margret in den Himmel 5 schwarze Vögel (Abb. 31). Die Vögel sind zeichenhaft, betonen die Flugbewegung, beruhen auf einer Identifizierung mit dem Fliegen, auch als Betrachter fühlen wir uns als Mitfliegende. Die Welt unter einem verschwimmt, die Einzelheiten treten zurück, ihre Bedeutung nimmt ab, ein Gefühl von Losgelöstsein.

Da die Vögel den himmlischen Sphären angehören, wurden sie in der Mythologie Symbol für die in ihnen wohnenden Götter, Geister und Seelen. Nach altmesopotamischer Vorstellung tragen die Toten wie Vögel ein Federkleid. Die Ägypter glaubten, die Seele verlasse als Vogel das Grab. In der christlichen Kunst sind die Vögel ein Hinweis auf die geretteten Seelen, die Seligen (Lurker 1991, S. 797).



Abb. 29: Schmetterlinge von Hannelore



Abb. 30: Waldbild mit brennenden Büschen und Schmetterlingen, Margret

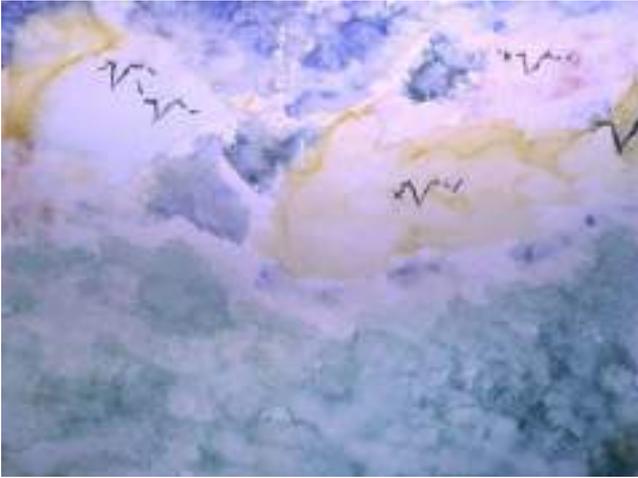


Abb. 31: Landschaft mit fliegenden Vögeln, Margret

Menschen. Sie sind ein Anlass, an sie zu denken.

Besonders eindrücklich scheint mir auch das Erlebnis mit einer jungen Frau und ihrer Mutter zu sein.

Diese junge Frau, sie war 29 Jahre alt, lag lange Zeit zu Beginn des Jahres 2000 in der Frauenklinik. Da sie nicht selbst ein Bild malen wollte, versuchte ich es nach ihren Anweisungen (Abb. 32, vgl. Herborn 2002, S. 298-305). Sie war dann in eine anthroposophische Klinik verlegt worden und ist dort gestorben. Die Begleitung dieser Patientin, insbesondere das Malen des Bildes, war für mich eine sehr berührende und verwirrende Erfahrung. Die Geschichte hatte ich aufgeschrieben und ein Foto von dem Bild gemacht, um diesen Prozess zu dokumentieren. Aber als ich den Film entwickeln ließ, stellte ich fest, daß das Foto nicht zu gebrauchen war, es war überbelichtet. Ich hatte also kein Bild vom Bild. Meine Nachforschungen auf der Station, auf der sie gelegen hatte, waren ergebnislos, sie hatte das Bild offensichtlich mitgenommen.

Es blieb also nur die Möglichkeit, an die Mutter der Patientin heranzutreten und sie zu bitten, mir das Bild zur Ablichtung zur Verfügung zu stellen.

Ich hatte Skrupel, war es nicht unpassend, jetzt nach dem Tod der Tochter die Mutter mit solch einem Anliegen zu belästigen? Wir hatten uns nicht persönlich kennengelernt, ich konnte also nicht an ein Gespräch, eine Begegnung anknüpfen.

Dennoch entschied ich mich, ihr einen Brief zu schreiben mit der Bitte, mir das Bild vorübergehend zur Ablichtung zur Verfügung zu stellen. Es schien mir, als sei ein Brief eine respektvolle Annäherung. Sie konnte ihn lesen und in aller Ruhe für sich entscheiden, ob sie sich melden wollte oder nicht.

2 Monate hörte ich nichts von ihr. Dann aber rief sie mich an. Sie sagte, sie könne sich von diesem Bild nicht trennen. Es sei sehr wichtig für sie und ihre Tochter gewesen. Es hatte ihnen beiden ermöglicht, über den Tod zu sprechen. Das Bild würde die Landschaft darstellen, in der ihre Tochter aufgewachsen sei. Sie interpretierte diese Tatsache als ihren Wunsch, dorthin zurückzukehren, dort beerdigt zu werden.

Kurz vor Weihnachten kam ein Päckchen mit einer Farbkopie des Bildes.

Bilder als Nachlass

Doris' Bild (Abb. 1) reichte weit über ihren Tod hinaus. Nach 7 Jahren standen ihr Mann und ich vor ihrem Bild, sprachlos und tief berührt.

Das Bild hatte etwas formuliert, das unbewusst von ihrem Mann geteilt wurde. Er setzte einen herzförmigen Grabstein auf ihr Grab.

Bilder haben für Angehörige oft eine besondere Funktion. Sie sind eine Brücke des Verstehens, sie repräsentieren etwas von dem geliebten verstorbenen



Abb. 32: Landschaft aus der Kindheit

In diesem Fall war das Bild eine Brücke, es vermittelte ein Gespräch, etwas Unvorstellbares, Erschreckendes konnte in Worte gefasst und geteilt werden.

Von einigen Angehörigen habe ich erfahren, dass die Bilder bei der Beerdigung ausgestellt wurden. Gudruns Bilder standen gerahmt neben ihrem Grab.

Die Seelsorgerin der Charité erzählte mir, dass sie bei der Vorbereitung der Trauerfeier für Anneliese zusammen mit der Familie ihre Bilder noch einmal angesehen habe.

Und Bettina sagte fast nebenbei, als sie Farben auftrug, dass sie eine Mappe zusammengestellt habe mit ihren Bildern und dem Video von einer Fernsehübertragung über die Maltherapie in der Frauenklinik. Das sollten ihre Töchter bekommen. „Was sie dann damit machen, das ist ihre Sache!“ fügte sie lachend hinzu.

Die Bilder repräsentieren etwas von der verstorbenen Person, sie enthalten etwas von ihr Geformtes. Sie laden ein zum Hinschauen, zum Nachdenken, zum An - sie - Denken. Sie geben uns „Hinterbliebenen“ selbst ein Beispiel, wie man sich in diesem Grenzgebiet bewegen könnte und vermögen uns damit innerlich auf unser eigenes Ende vorzubereiten.

Die Bilder, die hier gezeigt wurden, stellen nur eine Auswahl dar. Auch die Themen und Bildelemente sind noch weiter zu untersuchen. Wichtig scheint mir die Erkenntnis, dass die Bilder zum einen eine persönliche, individuelle Ebene haben, aber auch den uralten Bildern der Mythologie ähneln. Vielleicht ist es so, dass wir Menschen über eine aus Urzeiten stammende innere Seelenlandschaft verfügen, die gerade in einer solchen Grenzerfahrung wie dem nahenden Tod aktiviert wird und möglicherweise wie ein Kompass eine Orientierung zu geben vermag.

Die Kunsttherapie in der Frauenklinik des Virchow-Klinikums (Charité) wurde von 1990 – 1998 von der Berliner Krebsgesellschaft finanziert.

Literatur

- Aldridge D (2002). Musiktherapieforschung – eine Erzählperspektive S. 123- 147. In: Petersen P (Hrsg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart: Mayer.
- Dalai Lama (2002). Der Weg zum Glück. 2. Aufl. Freiburg: Herder.
- Drewermann E (1993). Ich steige hinab in die Barke der Sonne.6. Aufl. Solothurn, Düsseldorf: Walter.
- Grof S und Grof C (1984). Jenseits des Todes. 2. Aufl. München: Kösel.
- Grof S und Halifax J (2000). Die Begegnung mit dem Tod. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grof S (1994). Totenbücher. München: Kösel-Verlag.
- Herborn E (1995). Maltherapie mit einer krebskranken Frau - Bilder aus einem Leben. S. 448-454, TW Gynäkologie 8.
- Herborn E (2002). Kunsttherapeutische Forschung mit Sterbenden? S. 298-305. In: Petersen P (Hrsg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart: Mayer.
- Die schönsten Gedichte von Hermann Hesse (1996). Zürich: Diogenes.
- Jung C G (1990). Archetyp und Unbewußtes. 4. Aufl. Olten: Walter.
- Kappauf H (1995). Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. 2.Aufl. Freiburg: Herder.
- Knupp B und Stille W (1996). Sterben und Tod in der Medizin. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsanstalt.
- Lurker M (1990). Botschaft der Symbole. München: Kösel.
- Lurker M (1991). Wörterbuch der Symbolik. Stuttgart: Kröner.
- Moody R A (1991). Leben nach dem Tod. Reinbek: Rowohlt.
- Petersen P (2000). Der Therapeut als Künstler. Stuttgart: Mayer.
- Renz M (2000). Zeugnisse Sterbender. Paderborn: Junfermann.
- Rytcheu J (1993). Wenn die Wale fortziehen. 2. Aufl. Zürich: Unionsverlag.
- Schrode H (1995). Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Maltherapie mit Krebspatienten – aus Patientensicht

*Sibylle Herren-Pelzer³, Karin Blaul¹, Brigitte Hirlinger¹,
Stephanie Stähle³, Norbert Grulke³, Harald Bailer³ und Horst Kächele³,
sowie Ulrich M. Aubele², Elisabeth Bär² und Johannes Haidt²*

Malen

Malen ist mein Gebet.
Malen ist meine Wirklichkeit.
Malen ist meine Schöpfung
und Erschöpfung.
Malen ist ein Teil von uns
Und dir.

Malend bin ich sehend.
Malend bin ich verbunden.
Malend finde ich Kraft.
Malen ist meine Heilung.

Elke Borchert
(Küwen und Borchert 2000)

Zusammenfassung

Berichtet werden Aussagen von Krebspatienten zur Maltherapie und zum Malen. Basis der Untersuchung ist die seit 1991 auf den hämatologisch-onkologischen Stationen der Medizinischen Klinik der Universität Ulm eingeführte Maltherapie. Es handelt sich um eine offene Gruppenarbeit mit humanistischem Ansatz, die Nass-in-Nass-Technik wird bevorzugt eingesetzt. Im Rahmen einer Studie wurden malende Patienten mit halbstrukturierten Interviews zu Beginn der Maltherapie und ein Vierteljahr später befragt. Außerdem werden informell mitgeteilte Patienten-Äußerungen zur Maltherapie, zum autodidaktischen Malen und zu eigenen Ausstellungen referiert. Als Ergebnis ist festzustellen, dass die Kranken als häufigste Effekte der Maltherapie Spaß, Zeitvertreib, Ablenkung und bessere Kontakte zu den Mitpatienten benennen, was einer Stimmungsaufhellung entspricht. Außerdem werden angenehme Auswirkungen wie Beruhigung, Nachlassen von Schmerzen sowie Unterstützung und Selbstbestätigung genannt. Einzelne Patienten weisen auf den positiven Effekt des Farberlebens

Überarbeitetes Manuskript zum Referat im Rahmen des 5. Internen Forschungssymposiums "Kunsttherapie in der Onkologie", 8.– 10. November 2002 in Loccum

1) Kunsttherapeutin

2) Patient/in

3) Abt. Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Ulm

hin, auch künstlerische Entwicklungen bis zu professionellem Rang kommen vor. Anhand von 3 Fallbeispielen mit Abbildungen wird über Zusammenhänge von Krankheitsverlauf und Malprozess berichtet. Dabei zeigt sich ein therapeutischer Effekt von Ausstellungen eigener Bilder auf die erkrankten Maler. Die positiven Auswirkungen entsprechen einer Besserung der Lebensqualität bei den malenden Patienten - über die andernorts berichtet wird (Grulke et al. 2003). Die hier vorgelegte Auswertung der Dokumentation ist allerdings beeinträchtigt durch eine geringe Fallzahl. Methodische Probleme der Untersuchung werden diskutiert. Die Weiterführung derartiger Studien auf breiterer Basis erscheint interessant.

1. Implementierung von Maltherapie auf Krebsstationen im Akutkrankenhaus

1.1 Zum Bedarf künstlerischer Therapien auf onkologischen Stationen

Die Notwendigkeit einer umfassenden psychosozialen Versorgung von Krebspatienten wird immer mehr erkannt und dabei auf die Bedeutung der künstlerischen Therapien hingewiesen, wobei ein deutliches Defizit auffällt (Ferszt et al. 2000, Weis et al. 1998), vor allem im Bereich der Akutversorgung.

Weis et al. (1998) halten für die Bedarfsplanung eine von den Betroffenen selbst geäußerte Bedürftigkeit für ebenso wichtig wie die von Experten geforderten Aufwendungen. Gemäß der Sichtweise von Rhoda Born gibt es ein Defizit an systematisch erhobenen Patientenaussagen zur Maltherapie (Born 2001) sowie ihren Beitrag in diesem Band, S.107-112). Ferszt et al. (2000) betonen ebenfalls den Mangel an Studien zur Auswirkung von künstlerischen Therapien bei onkologischen Patienten. Unsere Internet-Recherche hat unter *Kunsttherapie / Onkologie* keinen Hinweis zum Stichwort *Patienten-Aussagen* ergeben.

Die Implementierung von Kunsttherapie im Akutkrankenhaus gilt bislang als aufwendig und die Ausstattung ist häufig aus finanziellen Gründen unbefriedigend (Herborn 1994). Gemäß den Untersuchungen von Weis et al. (1998) ist die psychosoziale Versorgung von Tumorpatienten im Akutbereich in Deutschland bisher unzureichend, insbesondere macht die Einbeziehung neuerer Interventionsansätze zahlenmäßig einen geringen Anteil aus. Einige wenige Kliniken haben den Charakter von Modelleinrichtungen, wie etwa die psychoonkologische Versorgung am Kreiskrankenhaus in Herford (Schlömer-Doll et al. 1998) und die Klinik für Tumorbiologie in Freiburg/Brsg.

1.2 Ulmer Maltherapie mit Krebspatienten

Auf den onkologischen Stationen der Medizinischen Universitätsklinik konnte infolge einiger günstiger Umstände 1991 Maltherapie eingerichtet werden, allerdings in sehr knapper Form auf der Basis von Werkverträgen und mit bislang unzureichender räumlicher Ausstattung. Darüber ist verschiedentlich berichtet worden (Herrlen-Pelzer 2002a, Herrlen-Pelzer et al. 1998, Herrlen-Pelzer 2002b, Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998).

1.2.1 Besonderheiten der Ulmer Maltherapie mit Krebspatienten

Die Maltherapie ist fest etabliert, aber fristet das Dasein eines Anhängsels zur medizinischen Versorgung. Die Therapeutin muss sich den Gegebenheiten der Klinik und dem organmedizinischen Konzept anpassen bzw. unterordnen. Aufgrund der knappen finanziellen Mittel kann Maltherapie nur an zwei Nachmittagen pro Woche für jeweils 90 Minuten stattfinden, in einem sehr kleinen Raum, der nicht störungsfrei ist (zum Besucherraum umfunktioniertes Patientenzimmer). Kunsttherapeutische Einzelsitzungen sind aufgrund des knappen Kontingents nicht zusätzlich möglich. Zwei Maltherapeutinnen (Brigitte Hirlinger und Karin Blaul) wechseln sich durchgehend Sitzung um Sitzung ab und vertreten sich bei Urlaub und anderen Ausfällen gegenseitig. Dadurch ist die Kontinuität der Sitzungen gewährleistet, der ständige turnusmäßige Wechsel bedeutet allerdings eine Erschwernis für die Entwicklung therapeutischer Beziehungen. Weitere Besonderheiten hängen mit der Ausbildung der bislang hier tätigen Kunsttherapeutinnen zusammen, die alle das anthroposophisch fundierte *Seminar für Künstlerische Therapie, Blaubeuren* absolviert haben. Die Nass-in-Nass-Technik wird bevorzugt eingesetzt (vgl. Schneider 1998 und Schöpfer 1993). Sie hat für die Arbeit im Akutkrankenhaus besondere Vorteile, da technische Anforderungen oder Vorkenntnisse nicht gestellt werden und der Zugang zum Malen für die oftmals gehemmten Menschen erleichtert ist. Die Nass-in-Nass-Technik ermöglicht ein intensives Farberleben, das eine beruhigende, meditative und wohltuende Wirkung ausübt, es entstehen Stimmungsbilder. Dem Drang mancher Maler/innen zur Perfektion wird entgegen gewirkt, da die Farben ineinander fließen. Von großem Vorteil erscheint, dass das Bild in der jeweiligen Sitzung fertig werden kann. Auch bei niedriger Frequenz der Sitzungen und unregelmäßiger Teilnahme (bedingt durch körperliche Untersuchungen und Therapien, gestörte Befindlichkeit und Beurlaubungen der Teilnehmer) ist der unmittelbare Erfolg des Malens durch ein abgeschlossenes Bild möglich. Es handelt sich in Ulm um eine offene Gruppenarbeit, jeder kann mitmachen. Die Patienten kommen freiwillig, bis maximal 6 Teilnehmer finden Platz. Ärztliche Verordnungen gibt es dafür nicht, allenfalls Anregungen durch das Personal. Als Gäste nehmen vereinzelt Medizin-Studenten teil, was als Wahlkurs für das Fach Psychosomatik anerkannt wird.

1.2.2 Therapeutischer Ansatz

Im Sinne von P. Petersen (1997) liegt dieser Therapieform ein integrativer humanistischer Ansatz zugrunde. Die Patienten sollen dazu angeregt werden, etwas zu tun - im Unterschied zum sonstigen Krankenhausdasein, wo sie den Anordnungen ausgeliefert sind und die Dinge geschehen lassen müssen. Die Therapeutin versteht sich als Begleiterin im Sinne von LeShan (1989), sie lässt die Patient/innen probieren, suchen, spielen und vermeidet es zu manipulieren. Dialogbereitschaft wird signalisiert, Interventionen werden jedoch nur in besonderen Situationen nach reiflicher Überlegung eingesetzt. Stimmungen, wie z.B. Angst, werden aufgegriffen und therapeutisch bearbeitet. Spontan und ohne Nachdenken soll gemalt werden mit breitem Pinsel, ohne technische Konzeption. Beabsichtigt ist, von Druck zu befreien, nach Ressourcen zu suchen und Perspektiven zu erarbeiten – ggf. auch künstlerische. Beim Malen kann der Kranke Kraft schöpfen, zur Ruhe kommen und über das Medium Bild etwas über sich erzählen. Die Auseinandersetzung mit der Krankheit wird entsprechend der jeweiligen Stimmung im Bild einen individuellen Ausdruck finden, was oftmals verbal nicht möglich

ist. Durch die Anregung zu Spontaneität und Kreativität sollen die Selbstheilungskräfte des Kranken (Salutogenese) aktiviert und ein seelischer Gesundungsprozess angeregt werden, entsprechend dem eingangs zitierten Gedicht von Elke Borchert. Nach den Kriterien der Einteilung von Anschauungen in der Kunsttherapie (Jakabos 2000, S.38 ff) handelt es sich hier um die humanistische Fundierung.

1.2.3 Ausstellungen

In den Eingangshallen der Medizinischen Klinik mit einer allseits offenen Cafeteria werden seit 1990 in vierteljährlichem Turnus Wechsel-Ausstellungen präsentiert. Sie dienen zur Anregung und Freude für alle Patienten, Besucher und Mitarbeiter der Klinik – sie sollen zum Betrachten einladen und zum eigenen Malen, zur Maltherapie und können ggf. zur Präsentation selbstgefertigter Werke ermuntern. Die Räumlichkeiten eignen sich dafür. Eine große Hilfe ist der Betreiber der Cafeteria, da er ein persönliches und geschäftliches Interesse an den Wechsellausstellungen hat. Er übernimmt einen Teil der umfangreichen Arbeiten - als ein geschickter Handwerker und erfahrener Galerist. Für diese Ausstellungen in der Klinik haben sich vor allem Bilder von kranken Maler/innen bewährt. Das waren u.a. bislang Patienten mit Krankheiten aus dem breiten Spektrum der Inneren Medizin und der Psychiatrie/Psychotherapie. Am häufigsten melden sich allerdings Krebspatienten mit dem Wunsch, ihre Bilder auszustellen. Nebenbei interessieren sich gelegentlich auch gesunde Mitarbeiter und Freunde von Klinik und Universität mit eigenen Fotos oder gemalten Bildern für die Teilnahme, was für Akzeptanz und Ansehen der Ausstellungen wichtig erscheint. Einmal jährlich werden unmittelbar Bilder aus der haus-eigenen Maltherapie präsentiert. Bei allen Ausstellungen wird eine Vernissage veranstaltet als kleine Feier mit musikalischen Darbietungen, einer angemessenen Würdigung der Maler/innen und einer geselligen Nachsitzung. Zur musikalischen Umrahmung haben sich dabei klassische Lieder und Arien, sowie Instrumentalmusik bewährt. Zwei Ulmer Musikerinnen (Sopran und Klavier) haben sich für die Vernissagen spezialisiert, indem sie ein Lieder-Programm entsprechend dem jeweiligen Motto und Genre der Bilder zusammenstellen. Gelegentlich werden bereits bei der Vernissage Bilder verkauft – ein besonderer Erfolg für die Maler/innen! Navratil stellt für psychisch kranke Maler fest, dass Ausstellungen einen wichtigen therapeutischen Effekt haben (Navratil 1998, S.61-67). In Ulm wird seine Empfehlung auf somatisch Kranke und insbesondere auf Krebspatienten erweitert.

2. Material und Methoden

Bei zwei Studien zur Evaluation der Maltherapie bei Krebspatienten (Grulke et al. 2003, Herrlen-Pelzer 2002a, Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998, Stähle 2002) sind Krankheitsverläufe und Krankheitsbewältigung der malenden Patient/innen wissenschaftlich untersucht worden, der Fokus war Evaluation, Auswirkung der Maltherapie. Dem vorliegenden Beitrag wird Material aus diesen Studien und ihrem Umfeld in Form von Interviews (Kassetten-Mitschnitte, s. Abschnitt 3.1) sowie von frei geäußerten und schriftlich verfassten Meinungen von Patienten (3.2) zugrunde gelegt. Fallbeispiele (4.1, 4.2 und 4.3) sollen die Ergebnisse ergänzen und mit Bildern veranschaulichen.

2.1 Fragestellung

Es geht darum, die kunsttherapeutischen Bedürfnisse der Betroffenen durch deren eigene Aussagen zu erfassen. Die Sensibilität und Erfahrung der Krebspatienten in der Einschätzung ihrer eigenen seelischen und körperlichen Befindlichkeit sowie ihr persönliches Urteil über Begleittherapien wird ernst genommen (vgl. Weis et al. 1998). Darauf basierend sollen Bedürfnisse erfasst, Weiterentwicklungen der Maltherapie angeregt, Irrwege vermieden werden.

Folgende Fragen ergeben sich: Welche Auswirkungen der Maltherapie/des Malens beobachten die Patienten selbst? Entspricht das bisherige Angebot den Bedürfnissen der Patienten? Wirkt Maltherapie der „Krankenhausdepressivität“ (Kruse und Wöller 1995) entgegen, verbessert es die von Barbara Wichelhaus (2000) problematisierte „Lebenswelt Krankenhaus“? Gelingt es den Patienten dabei, Ressourcen zu entdecken und Selbstheilungskräfte zu mobilisieren (Salutogenese, vgl. Mannheim et al. 2000)? Im Hintergrund steht die Überlegung, ob das Angebot längerfristig mit einer tiefenpsychologisch fundierten Kunsttherapie für Einzelfälle erweitert werden sollte. Dieser Fragen-Katalog ist bislang nicht systematisch prospektiv verfolgt worden, hiermit soll er anhand der vorhandenen Dokumentation retrospektiv untersucht werden.

Über Untersuchungen zur Messung von Lebensqualität, Stimmung, Coping, Depressivität und Angst in Form von Selbst- und Fremdbeurteilung wird an anderer Stelle berichtet (Gulke et al. 2003 und Stähle 2002).

3. Ergebnisse

3.1 Interviews mit malenden Krebspatienten

Es handelt sich um Kassetten-Mitschnitte von Interviews. Sie entstammen einer Studie, die im Rahmen der Dissertation von Stephanie Stähle (Gulke et al. 2003, Herren-Pelzer 2002a und Stähle 2002) durchgeführt worden ist. Diese Interviews sind bislang nicht bearbeitet worden, ihre Ergebnisse liegen hier erstmals zur Publikation vor.

3.1.1 Methodik der Interviews und ihrer Auswertung

Im Zeitraum Oktober 1998 bis März 2000 wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt mit allen Patienten, die an der Maltherapie teilgenommen haben und zwar zu Beginn des Malens (Zeitpunkt t_1) und 3 Monate später (t_2). Die Themenbereiche der Fragen waren so angelegt, dass sie als Kategorien für die spätere Auswertung genutzt werden konnten. Die Patienten wurden in Form von offenen Fragen gebeten, über den Beginn ihrer Krankheit, deren Verlauf und die bisherigen Behandlungen zu berichten. Außerdem wurde die Beziehung zu den Ärzten, das seelische Befinden, das soziale Umfeld und Zukunftserwartungen angesprochen. Die letzte Interview-Frage lautete: wie war das für Sie mit der Maltherapie, was hat Ihnen das Malen gebracht? Die Fragen waren so angelegt, dass die Patienten frei berichteten; vorformulierte Antwortmöglichkeiten oder Fragebogen wurden in Zusammenhang mit diesen Interviews nicht verwendet. Detaillierte und vertiefte Fragen zum Malprozess und zur therapeutischen Beziehung wurden nicht gestellt. Individuelle psychische Probleme und

Tabelle 1: Ergebnisse der Interviews (Kassettenmitschnitte) zum Zeitpunkt t₁ zu Beginn des Malens

Code m/w	Alter	Befinden	Diagnose	Veränderung	Soziale Situation	Malen	
A 1	w	45	schlapp, appetitlos, Angst	solider Tumor	reifer, offener	Familie ist gut, 3 Kinder	Spaß, Ablenkung, Abwechsl., macht weiter beruhigt, Therapie Gespräch ist gut, Malen lenkt ab - prima Unterstütz.
B 1	m	74	fühlt sich schlecht, todesnah	Leukämie 97	isoliert sich	keine Familie	Macht Spaß, hilft, vergisst Krankenhaus, neues Ziel und Hoffnung
C 1	w	60	schlecht, übel,	Bauchtumor	nicht bekannt	Ehemann hat auch Ca, große Sorgen	Ablenkung, Spaß, ganz nett
D 1	w	21	ernst, ängstlich, Schmerz	Leukämie 97	Angst, sensibler	Bio-Studentin, Familie ist gut	Spaß, Neues, Zeit nutzen
E 1	w	40	müde, k.o.	Brust-Ca 98	unklar	Familie, 3 Kinder, Beruf ok	gut, Spaß, aber er hat ein Problem mit Aquarellfarb. gefällt ihr gut
F 1	m	40	„derzeit wie gesund“	Leukämie	erlebt intensiver	Kostenübernahme ist unsicher	gestärkt, bestens, Kontakt zur Maltherapeutin ist gut
G 1	w	40	„gut, gut“	Leukämie 96		Alleinerziehende, 1 Tochter	Spaß, kreativ, beschwingt „mir Wurst ob Bild gut“, Spaß, Ablenkung
H 1	w	45	Schmerzen	M. Hodgkin 89	liebe Kontakte	1 Tochter und Lebenspartner ok, Rentnerin	Spaß, kreativ, Neues, Freunde ok
I 1	m	60	kraftlos, schwach	Plasmozytom 99	Jetzt offener	Familie ok	Patienten-Kontakte, Zeitvertreib, nett, gefällt
K 1	m	52	„schon gut“	Leukämie 90	weniger Stress	Familie ok.	lustig, Spaß, Kontakte, Zeitvertreib
L 1	m	58	schwach, müde	Plasmozytom 90	kleine Freuden	Familie und	nett, Ablenkung, Selbstbestätigung
Abwechslung							
M 1	m	50	appetitlos, schwach	Leukämie 99	Rückzug, Isolation	Familie ok	
N 1	w	25	„gut“, aber unsicher	Leukämie 95	selbstbewusster	Familie ok	
O 1	m	30	„geht ganz gut“	M. Hodgkin 96	selbstbewusster	Familienkonflikte	

Tabelle 2: Ergebnisse der Interviews zum Zeitpunkt t_2 nach 3 Monaten Maltherapie

Code	Befinden	Diagnose	Veränderung	Soziale Situation	Maltherapie
F 2	fühlt sich gesund	Leukämie	gelassener, aufgehellt	große Familie 3 Kinder, ok	Spaß, Kontakte gut, Cromarfarben
H 2	wechselhaft, Schmerzen	M. Hodgkin	Neuorientierung, sensibler	Tochter, Partner und Freunde ok	sehr gut, Kontakt mit Maltherapeutin vertieft
L 2	Schmerz, steif, müde	Plasmozytom	aktiver, reist, macht Sport, Selbsthilfegruppe	viel gute Kontakte	gut, aber daheim aufgegeben
Q 2	mäßig, amb. Behandlung	Plasmozytom	gelassener	Rückzug	gut, Kontakte, malt noch

die belastende Situation des Krankseins wurden im Interview nicht direkt angesprochen, kamen aber gelegentlich spontan zum Ausdruck. Die Krankheitsbewältigung des Betroffenen wurde im Interview besonders gewürdigt.

Die Mitschnitte vermitteln ein starkes persönliches Engagement der Untersucherin durch ihre Sprechweise und Sprachmelodie, insbesondere durch ihre positive Rückmeldung bei geglückten Aktivitäten und allen sonstigen positiven Berichten der Patienten.

Von den Interviews liegen Aufzeichnungen als Tonband-Kassetten vor, allerdings sind von insgesamt 21 Mitschnitten vom Zeitpunkt t_1 nur noch 15 und von insgesamt 16 Mitschnitten zum Zeitpunkt t_2 nur 4 Aufzeichnungen in technisch auswertbarer Form verfügbar. Die Interviews konnten aus Kapazitätsgründen leider nicht mit Maschine transskribiert werden. Bei mehrfachem Abhören durch dieselbe Person (S. Herrlen-Pelzer) sind die wichtigsten Aussagen herausgefiltert und handschriftlich aufgezeichnet worden. Nach einem ersten Abhören der Kassetten wurden gemäß den Skizzen Kategorien für die Aussagen erstellt. Bei weiteren Durchgängen wurden die Aussagen diesem Katalog systematisch zugeordnet. Daraus ergaben sich Tabellen, deren wichtigste Bereiche (Alter, gegenwärtiges Befinden, Diagnose, Veränderung durch die Krankheit, soziale Situation, Auswirkung des Malens) nach systematischer Überprüfung hier zusammengestellt sind (s. Tabellen 1 und 2). Dieses Vorgehen sollte dem Anspruch der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) Genüge tun.

3.1.2 Ergebnisse der Interviews mit malenden Patienten

Zum Zeitpunkt t_1 werden als wichtige Erfolge der Maltherapie spontan genannt (Tabelle 1): Spaß, Ablenkung, Abwechslung, Zeitvertreib und Kontakte zu Mitpatienten. Solche Nebeneffekte berichten insgesamt 13 von 15 Befragten im Erstinterview und zwar mit auffallend fröhlicher Stimme. Sie betonen, dass diese Effekte der Maltherapie wertvoll sind und verbinden damit Hoffnung. Daneben gibt es insgesamt 5 Aussagen zur Kreativität: *auf etwas Neues kommen, das hebt die Stimmung und beruhigt.*

Kasten 1: Zusammenfassung der Patienten-Aussagen in den Interviews
 Mehrfachnennungen, vgl. Tabellen 1 und 2

Die Maltherapie bewirkt bei mir:	Anzahl	Patienten	
		t ₁ (n = 15)	t ₂ (n = 4)
Spaß, ist nett	14	1	
Ablenkung	6	-	
Kreativität, Neues	5	-	
ist gut, hilft	5	2	
Zeitvertreib	4	-	
Kontakte, Gespräch	4	3	
Abwechslung	2	-	
Aufheiterung	2	-	
Beruhigung	2	-	
Unterstützung	1	-	
Selbstbestätigung	1	-	

Die Zwischenanamnese zum Zeitpunkt t₂ ergab bei den 4 technisch auswertbaren Interviews, dass die Patienten schwere Komplikationen der Krankheit und der Therapien durchgemacht haben, auch Erfahrungen von Todesnähe. Rückblickend werten alle vier Patient/innen die Maltherapie als „gut“. Die Kontakte werden jetzt am häufigsten genannt (3 von 4 Befragten), daraus haben sich Verabredungen zu gemeinsamen Unternehmungen und zu Gesprächen ergeben. Spaß erscheint jetzt weniger wichtig (nur eine Nennung). Zwei Patienten (Interviews F2 und Q2, Tabelle 2) fühlen sich jetzt gelassener, ein Patient (Interview L2) ist trotz fortwährender Schmerzen aktiver geworden (reist, treibt Sport, hat viel Kontakte). Die letzte Frage lautete: „was hat das Malen bewirkt?“ Dazu sind folgende Äußerungen beispielhaft: „Ich bin sensibler geworden, nehme die Umgebung besser und intensiver wahr“, „Hoffnung ist aufgekommen, ein positives Denken - dass die Krankheit doch nicht so schlimm verlaufen muss“. Anderen Patienten ist die Aktivierung besonders wichtig – „weg vom Fernseher, selber etwas machen“. Als angenehm wird betont, dass nicht der Leistungsdruck besteht, ein fertiges Bild zu malen. „Ich kann etwas ausprobieren, etwas entdecken, das in mir selbst schlummert“. Eine Patientin (H1 und H2, Tab. 1 und 2) schildert ihre tiefgreifende Beziehung zur Maltherapeutin und beschreibt eine günstige Wirkung auf ihr seelisches Befinden – offensichtlich handelt es sich um einen erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess. Einige Patienten berichten über ihre anfängliche Hemmschwelle zur Maltherapie. Nur ausnahmsweise haben sie die Ankündigung selbst entdeckt und sich spontan entschlossen, mitzumachen; meist waren die Kranken von Mitpatienten ermutigt und mitgenommen worden. „Das Malen war zeitweilig anstrengend“ – besonders dann, wenn der körperliche Zustand beeinträchtigt war. Zusammenfassung der Interview-Aussagen in Kasten 1.

3.2 Freie Aussagen von malenden Krebspatienten bei informellen Kontakten

3.2.1 Methodik: Durch gemeinsame Aktivitäten von Therapeutinnen und Patienten (neben den Therapie-Sitzungen sind es v.a. Ausstellungen, Publikationen, Vortragsveranstaltungen) sind im Verlauf von nunmehr 12 Jahren freundschaftliche Kontakte entstanden, aus denen sich spontane Gespräche ergeben, bei denen die Maler/innen persönliche Erfahrungen mitteilen. Sie wurden als Gesprächsnotizen aufgezeichnet und mit den Bildern archiviert (Herrlen-Pelzer 2002a, Herrlen-Pelzer 2002b und Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998, S.71-92). Etliche Patienten haben eigene Texte zu ihrer Erfahrung mit dem Malen/der Maltherapie verfasst. Weitere Aussagen sind den Tonband-Aufzeichnungen, oder ggf. einer Korrespondenz entnommen. Hinzu kommen Krebspatienten, die unabhängig von einer Maltherapie – über Kurse und örtliche Malgruppen, oder auch als ausgesprochene Autodidakten – malen. Ihre Kontakte mit der *Arbeitsgruppe Maltherapie* ergeben sich über Mundpropaganda vor allem anlässlich von Ausstellungen (Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998, S. 89-92).

3.2.2 Ergebnisse: Die stärksten Aussagen von Krebspatienten zum Malen/zur Maltherapie werden hier in beliebiger Reihenfolge aufgelistet (Kasten 2).

Kasten 2: Freie Aussagen von Krebs-Patienten zur Maltherapie und zum eigenen Malen. Spontane Äußerungen bei meist zufälligen Begegnungen

Die Maltherapie bedeutet für mich:

1. Frau D: die Atmosphäre bei der Maltherapie ist für mich wohltuend, lässt die Krankheit vergessen. Ich empfinde dabei Entspannung, Beruhigung, Stimmungsaufhellung. Ich bin froh darüber, dass ich über meine Bilder nicht reden muss, das erleichtert mir die Teilnahme. Die Möglichkeit, unsagbare Gefühle im Bild auszudrücken, ist befreiend.
2. Johannes Haidt (Abschnitt 4.1): Farben befreien von Angst, Druck und Schmerz. Es geht mir nicht darum, Bilder zu malen, sondern um das Farberlebnis.
3. Herr M: Spaß, Abwechslung, Unterhaltung und vor allem Aktivierung. Die Kontakte zu Mitpatienten sind mir besonders wertvoll, so bin ich nicht mehr allein hier
4. Herr H.F: 20 Jahre lang habe ich nur gezeichnet, seit der Maltherapie kann ich mit Farben umgehen, das freut mich sehr.
5. Frau Sch (Interview H1, Tab.1): Das Malen hat mich gestärkt, das war's Beste überhaupt. Die Therapeutin hat vieles geweckt, was zuvor geschlummert hatte.
6. Herr K. F.: Das Malen machte mir Freude und eines Tages erlebte ich voller Erstaunen, dass ich dabei Schmerzen und Sorgen total vergessen hatte. Seitdem suche ich diese Zeiten fürs Malen ganz bewusst - allein zuhause, in der Natur im Garten, in Feld und Wald, sowie in weiteren Kursen der Volkshochschule.
7. Herr U.M. Aubele (s. Abschnitt 4.3): ich spürte bei meiner ersten Ausstellung (im Klinik-Foyer, Herbst 1998) zum ersten Mal: *ich bin zurück im Leben*. Es ist mir in der Folge gelungen, mindestens einmal pro Jahr in den verschiedensten Institutionen und Orten der Umgebung meine Arbeiten zu präsentieren. Das rege Interesse des Publikums und meine Erfahrungen bei solchen Veranstaltungen hinterließen Freude und Genugtuung.

4. Patienten- und Bildbeispiele

Einige Patienten haben besonderes Interesse am Malen bekundet, indem sie eindrucksvolle Bilder gemalt, eigene Ausstellungen hervorgebracht, sich an Vortrags-Veranstaltungen beteiligt oder an Publikationen mitgewirkt haben. Drei malende Krebspatienten sollen hier mit ihren Bildern vorgestellt werden und zu Wort kommen. Beim ersten Patienten (s. Abschnitt 4.1) haben in der Maltherapie Farbeffekte eine heilsame Funktion. Die Malerin des zweiten Beispiels (Abschnitt 4.2) hat ihr persönliches Ausdrucksmittel in tierisch - menschlichen Karikaturen gefunden. Beim dritten Beispiel (4.3) spielen autodidaktisches Malen und Ausstellungen eine besondere Rolle für die psychosoziale Rehabilitation.

4.1 Johannes Haidt: Farben befreien von Angst (Eigenbericht)

Johannes Haidt war an der 1. Ulmer Studie zur Kunsttherapie beteiligt und hat an dem Buch „Malen mit Krebspatienten“ (Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998, S. 71-73) mit einem Bild und als Autor eines Artikels mitgewirkt.

„Im Zeitraum 1995 – 1997 (mit Urlaubs-Unterbrechungen) war ich wegen einer Leukämie in der stationären Behandlung der Medizinischen Abteilung III der Uniklinik Ulm. Mein Chemotherapieprogramm war zunächst auf 53 Wochen angelegt, hat sich aber aufgrund von besonderen Schwierigkeiten über insgesamt 4 Jahre hingezogen. Seit nunmehr 5 Jahren bin ich von der Leukämie befreit.

Unter der Gefahr einer lebensbedrohenden Krankheit zu leben war so, als stehe ich mit dem Rücken zur Wand. Im Krankenhaus befahlen mich ständig Ängste vor bevorstehenden Untersuchungen und deren Ergebnissen, vor den Therapien, selbst vor den Arztvisiten: es konnte jederzeit erneut ein schlimmes Ereignis auftreten. Ich war geneigt, mich unter die Decke zu verkriechen. Dabei verkrampfte sich der Brustkorb, ich wurde unruhig, fühlte mich beengt, die Atmung war behindert und die Ängste nahmen zu – ein schlimmer Zustand. Das fiel einem Arzt auf, sodass er mich fragte „haben Sie auch Asthma?“

Die Krankenschwestern waren außerordentlich hilfreich, indem sie ermahnten, richtig zu essen und viel zu trinken, aktiv zu sein. Wir sollten umher gehen, um der Emboliegefahr entgegen zu wirken und inhalieren, um eine Bronchitis zu vermeiden. Täglich wurden wir zur sorgfältigen Mundpflege ermahnt, um entzündliche Erkrankungen der Zähne zu verhindern. Das war überaus hilfreich und es erschien selbstverständlich, den Anweisungen des Personals zu folgen. Trotzdem kostete es große Willensanstrengung, denn nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit war beeinträchtigt, auch die seelischen und geistigen Kräfte waren herabgemindert. Ich wollte alles tun um wieder gesund zu werden und wusste, dass das nur gelingen konnte, wenn ich aktiv blieb - jedoch fielen mir die dafür notwendigen Willensschritte extrem schwer.

Da ich früher schon etwas Klavier gespielt hatte, konnte ich mich dazu aufraffen, das im Klinikgebäude offen stehende Klavier immer wieder für eine halbe Stunde zu nutzen. Mit Klavierübungen suchte ich meine Finger gelenkig zu erhalten, die durch die Chemotherapie steif wurden. Außerdem übte ich dabei die Konzentrationsfähigkeit. Ich kann nicht gut Klavier spielen und klebe übermäßig am Notenbild; die wenigen Stücke, die ich spielen konnte, übte und hörte ich jedoch gerne.

Eines Tages sah ich in der Klinik einen Anschlag mit der Einladung zur Maltherapie. Da

gab ich mir einen Ruck und entschloss mich, einfach mitzumachen. Ich habe vorher nie gemalt, bin im Malen ein absoluter Laie - im Unterschied zum Klavierspiel, das ich etwas erlernt habe. Ich war überzeugt davon, dass meine Bilder nichts taugten und dass es darauf auch gar nicht ankam, denn Bilder malen war nicht meine Absicht und wäre ein viel zu hohes Ziel gewesen. Erfreulich war für mich, dass die Maltherapeutin - Frau Schneider - mich selbständig malen ließ, keine Vorgaben machte und mich nicht beeinflussen wollte. Ich durfte einfach malen, d.h. die Farben auf mich wirken lassen. Wenn ich sehr müde war und es mir an Kraft fehlte, hat Frau Schneider mir geholfen, indem sie mich abholte mit den Worten: „zu zweit geht es vielleicht“.

Diese Art zu malen ist ein ähnliches Erlebnis wie Musik hören bzw. Musik in sich aufnehmen. Ein Musiker wird ähnliche Erlebnisse haben beim eigenen Klavierspiel: eine Erholung und Weitung der Seele. Wenn ich das Klinik-Gebäude betrachtete oder mir Ruhe gönnte in der Klinikkapelle, so beschäftigte mich die Geometrie des Bauwerks bzw. der Innenarchitektur, das war für mich ansprechend und konnte inspirieren. Das Erlebnis der Farben in der Maltherapie jedoch war ganz besonders erfrischend und führte zu einem inneren Ereignis, das mich lebendig werden ließ, Lebenskräfte weckte. Es war wie Ausatmen und wieder weit werden, eine Befreiung von Enge, Druck und Angst - wie eine positive Nahrung, die mir zum Bedürfnis geworden ist (s. Abb. 1).



Abb. 1: J. Haidt: Farbspiel, ohne Titel, 30 x 40, Nass-in-Nass

Ich hatte nicht die Absicht Bilder zu malen, ich suchte Farberlebnisse. Das gelang allerdings nur, wenn ich mich auf die Farben einließ, andernfalls kam es nicht zu dem Gefühl der Befreiung. Ich stelle mir vor, dass Farben einen seelischen Prozess auslösen, der mit der Wahrnehmung der Komplementärfarben zu tun hat. Wenn ich z. B. eine Zeitlang Rot betrachte

und dann auf eine weiße Fläche blicke, erscheint dort Grün. Das bedeutet, dass der Wahrnehmungsprozess weiterläuft, nachdem die rote Farbe längst beiseite gelegt ist. Das erscheint mir ein wichtiger Teil, wenn nicht überhaupt Ursache der verlebendigen Wirkung von Farben. Die notwendige Willenskraft, sich auf dieses Erlebnis einzulassen, ist allerdings im Krankenhaus nur sehr schwer aufzubringen.

Von einer Mitpatientin hörte ich, dass sie nach einem Dreiviertel Jahr ihre früheren Bilder in der Ausstellung nicht wiedererkannte. Sie berichtete, dass sie wie in einem Traumzustand gemalt hatte, wobei sie alles um sich herum und auch das Bild völlig vergaß. Mir erging es ähnlich, und diese Art zu malen tat mir gut. Als die Maltherapie zeitweilig unterbrochen werden musste, habe ich mir von zu Hause Materialien kommen lassen und auf dieselbe Weise weiter gemalt. Ich halte es für sehr wichtig, dass im Krankenhaus außer der medizinischen Therapie und der Anleitung durch das Krankenpflegepersonal auch kreative Angebote gemacht werden. Mit einem derartigen Programm wird der Klinikalltag unterbrochen und der Patient vom Krankheitsgeschehen abgelenkt, das ermöglicht einen Prozess der Befreiung von Angst. Das Angebot lohnt sich, auch wenn es nur wenigen Patienten gelingt, daran teilzunehmen.”

4.2 Elisabeth Bär: Malen mobilisiert Selbstheilungskräfte (Eigenbericht)

Elisabeth Bär war wegen eines Morbus Hodgkin (besondere Form von Lymphdrüsenkrebs) seinerzeit in stationärer Behandlung der Medizinischen Universitätsklinik Ulm zur Chemotherapie. Sie ist Autodidaktin im Malen, an Malkursen und Maltherapie hat sie nur

sporadisch teilgenommen, malt „die eigenen inneren Bilder ohne fremde Anleitung“ und hat sich Professionalität erworben. Zweimal hat sie ihre Bilder in der Medizinischen Klinik präsentiert, 1995 und 2000/2001. Aus ihrer zweiten, farbenfrohen und vergnüglichen Ausstellung unter dem Motto „Tierisch-Menschliches, Karikaturen“ geben wir hier eine Kostprobe (Abb. 2, 3, 4). Karikaturen bereiten der Künstlerin selbst große Freude und sie hat beobachtet, dass vergnügliche Bilder den Klinikpatienten besonders zusagen. Elisabeth Bär ist inzwischen eine erfolgreiche Künstlerin und die Krankheit gehört zur Vergangenheit, es ist ihr heute nichts mehr davon anzumerken.

„Als ich 1990 für lange Zeit Patientin auf der Station 4d war, hatte ich Gelegenheit, in meinem Leben neue Schwerpunkte zu setzen. Ich begann wieder zu zeichnen und zu malen, ein Hobby, das ich jahrelang vernachlässigt hatte. Seit 1994 beteilige ich mich an Ausstellungen unseres örtlichen Kunstvereins. Zur Zeit zeichne ich am liebsten Karikaturen,



Abb. 2: E. Bär: *Brutvogel*,
24 x 30, Aquarell und Tusche



Abb. 3: E. Bär: *Pechvogel*,
24 x 30, Aquarell und Tusche

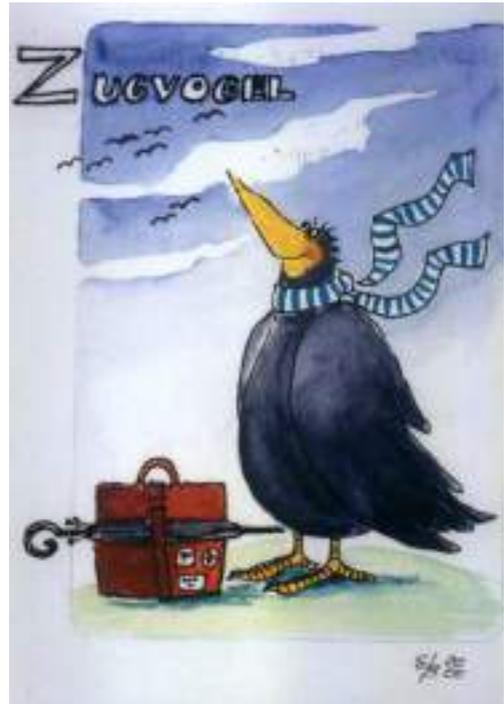


Abb. 4: E. Bär: *Zugvogel*,
24 x 30, Aquarell und Tusche

eine Antwort auf die großen und kleinen Ungereimtheiten des Lebens. Meine Tiere stellen eigentlich Menschen dar (Abb. 2, 3, 4). Ich versuche, das Leben und mich selbst nicht zu ernst zu nehmen. Das ist mir allerdings während meiner Krebserkrankung vorübergehend sehr schwer gefallen!“

4.3 Ulrich M. Aubele: Die Entwicklung meiner Bilder von ersten Versuchen in der Maltherapie bis zur eigenen Ausstellung (Eigenbericht)

„Herbst 1992. Ich arbeitete als Druckvorlagenhersteller, in Gedanken mit beruflicher Weiterbildung beschäftigt. Da traf mich die Diagnose: *Magenkrebs im fortgeschrittenen Stadium* und es musste so schnell wie möglich operiert werden. Von heute auf morgen war ich aus dem Beruf, aus dem Leben herausgerissen. Hinterher hat es einige Zeit gebraucht, bis ich in meinem Krankenbett begriffen habe, was eigentlich geschehen war. Nachts träumte ich häufig vom Sterben, unzählige Male bin ich mit Schmerzen schweißgebadet aufgewacht.

Herbst 1995, Cafeteria der Medizinischen Universitätsklinik Ulm. Mit Herzklopfen stehe ich am Mikrofon vor einer größeren Gruppe von Menschen und sehe ihre interessierten Gesichter. An der Wand hängen 22 Bilder, gerahmt und nummeriert: es sind meine Bilder. Während ich einige Hinweise vorlese in Bezug auf Motiv, Technik, Entstehungszeit und meine Gefühle bei der Anfertigung, laufen in meinem Kopf nochmals die letzten drei Jahre ab, in denen die Bilder entstanden sind und in denen sich mein Leben grundlegend verändert hat.

Der entscheidende Moment kam in der Kurklinik. Das gemeinsame Malen in der Gruppentherapie ermöglichte, mit anderen Patienten ins Gespräch zu kommen und etwas von ihren Sorgen zu hören. Es war für mich sehr hilfreich zu erfahren, dass ich mit meinem Problem und meiner Traurigkeit nicht alleine bin.

Bei intensiver Beschäftigung mit dem Malen eines Bildes bemerkte ich mit Freude, dass bestimmte Schmerzen gar nicht mehr zu spüren waren. Nach einiger Zeit stellte sich sogar bereits ein Wohlbefinden ein, wenn ich nur ans Malen dachte.

Beim Mischen der Farben kam ich jedes Mal in eine erwartungsvolle Spannung. Ich verwendete zunächst ganz normale wasserlösliche Deckfarben (Schulmalkasten, Abb. 5), erst viel später reine und qualitativ hochwertige Aquarellfarben. Ich weiß nicht mehr, was letztendlich ausschlaggebend war, die psychische Besserung aufgrund hellerer Farben oder hellere Farben aufgrund zunehmenden Wohlbefindens. Jedenfalls beinhaltete mein Malkasten bald wesentlich mehr helle Farben. Sie brachten nicht nur mehr Licht aufs Papier, sondern ich spürte regelrecht die warmen Strahlen der Sonne in meinem Körper (Abb. 6). Ganz unvermittelt kam ein neuer Glaube in die Zukunft auf. Ich malte nicht mehr nur Landschaften, sondern Blumen und Gegenstände aller Art.

Meine ersten Bilder in der Maltherapie der Kurklinik zeigen bereits eine Vorliebe für warme, helle Farben. Spontan aufgesetzte Pinselstriche (Abb. 5) ließen eine Gitterstruktur wie von selbst entstehen. Das Gefühl Gefangener (der Krankheit) zu sein, kam hier zum Ausdruck. Die ruhige Abendstimmung (Abb. 6) mit dem Licht der untergehenden Sonne lässt den Wunsch nach Harmonie und Wohlbefinden erahnen. Weitere Deutungen lieferten reichlich Gesprächsstoff.



Abb. 5: Ulrich M. Aubele: *Gitter*, aus der Maltherapie 1993, 50 x 40, Deckfarben (Tempera) auf Zeichenpapier

Das Interesse war geweckt und ich begann, regelmäßig zu malen. Im gegenständlichen Malstil entstanden Landschafts- und Blumenquarelle. Meine beliebtesten Motive waren stimmungsvolle Sonnenuntergänge, Segler in beschaulicher Seenlandschaft, Blumenwiesen oder ein Vogelschwarm, der den gelb-orangefarbenen Himmel noch offener und freier erscheinen lässt. Das Übergewicht an warmen Farben sowie die Wahl von friedvollen Motiven ließen den Wunsch nach Harmonie und Genesung erkennen. Ein Stück „heile Welt“ entstand. Schmerzen und das Denken ans „Kranksein“ waren ausgeschaltet, sobald ich begann, konzentriert an einem Bild zu arbeiten. Unverhofft machte sich wieder ein Glaube an die Zukunft bemerkbar, eine



Abb. 6: Ulrich M. Aubele, *Boot bei Sonnenuntergang*, aus der Maltherapie 1993, 50 x 40, Deckfarben (Tempera) auf Zeichenpapier

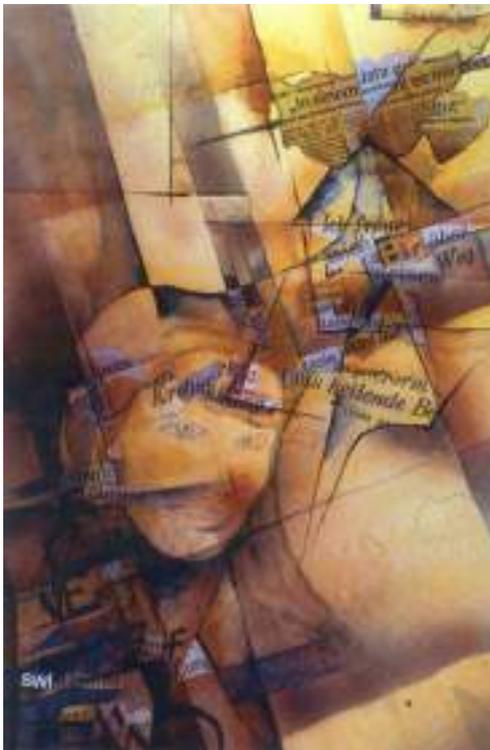


Abb. 7: Ulrich M. Aubele: Ohne Titel, *Gedankenwelt Krankheit und Gesundheit* noch immer unvollendet, 70 x 50, Aquarell, Buntstifte und Zeitungsausschnitte auf Aquarellkarton

Zukunft, die fast schon nicht mehr existent gewesen war. Etwas ehrgeiziger geworden versuchte ich, meine zeichnerischen Fähigkeiten durch viel Übung zu verbessern. Ich besuchte Malkurse, beschaffte mir allerlei Literatur und Malanleitungen und bildete mich weitgehend autodidaktisch in Malerei und deren Techniken aus, indem ich alles, was mir in diesem Zusammenhang begegnete, wissbegierig in mich aufnahm.

Von meinen jüngeren Bildern seien zwei hier herausgegriffen. Abb. 7 zeigt eine graphische Arbeit. Sie stellt den Einfluss der Gedankenwelt auf Krankheit und Gesundheit dar. Die Arbeit ist bis heute noch nicht ganz fertiggestellt. Ich lege sie von Zeit zu Zeit wieder auf meine Arbeitsplatte und füge ein weiteres Detail dazu. Dieses Blatt ist meine Auseinandersetzung mit der Krankheit Krebs und soll mich immer wieder daran erinnern,

bei der Suche nach neuen Lebensansichten und –Einstellungen nicht nachzulassen.

Das Bild *Roter Kreis besteigt schiefen Turm*, mit Untertitel *Harlekin* (Abb. 8), drückt für mich den Genesungsprozess aus, mit dem Gewinn von neuer Lebensfreude.

Auch vor meiner Erkrankung war ich schon, wenn auch in erster Linie nur als Betrachter, an Malerei interessiert. Werke von Künstlern aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, von Macke bis Kandinsky, vor allem die Künstler des Kubismus und der Collage von Picasso bis Schwitters weckten meine Aufmerksamkeit. Viele ihrer Werke habe ich detailliert studiert. Nun war es ein großer Reiz, nicht nur gefällige Aquarelle zu malen, sondern mich selbst einmal in den Ausdrucksformen dieser Künstler zu versuchen. Zu meiner freudigen Überraschung gelangen mir durch intensives Arbeiten rasche und ansehnliche Fortschritte. Zuhause richtete ich mir ein kleines Atelier ein, in dem ich nach Herzenslust arbeiten konnte und in dem ich größere Mengen von allen möglichen Arbeitsmaterialien bereithielt. Ich übte mich in den verschiedensten Techniken: Aquarell-, Acryl- und Ölmalerei, in der Kunst der Collage mit ihren vielseitigen, fast unbegrenzten Ausdrucksmöglichkeiten. Nach einiger Zeit konnte ich mir nach dem Verkauf einiger Bilder eine Airbrush-Ausrüstung zulegen, wobei die Farbe mittels Spritzpistole aufs Papier aufgesprüht wird. Zeitweise arbeitete ich wie ein Besessener bis in die späte Nacht hinein. Das Leben erschien wieder sinnvoller und ich empfand verstärkt das Gefühl, dass es sich lohnt zu leben und wieder gesund zu werden.

Drei Jahre nach meiner Erkrankung und der Operation konnte ich eine Bilderausstellung in der Medizinischen Universitäts-Klinik Ulm mit einer ganzen Reihe meiner bis dahin entstandenen Bilder gestalten. So konnte ich das Ergebnis meiner Arbeit, die in der Maltherapie begonnen hatte, in der Öffentlichkeit präsentieren. Das Anfertigen und Vortragen von Texten zu meinen Bildern und der eigenen Geschichte, die feierliche musikalische Umrahmung durch Künstler, die Übertragung der Veranstaltung im Klinik-Radio und das große Interesse des anwesenden Publikums veranlassten mich zu dem wichtigen und inzwischen immer wieder zitierten Satz: *Ich bin zurück im Leben!* (Herrlen-Pelzer und Rechenberg 1998, S. 89-92, Abb.8).



Abb. 8: Ulrich M. Aubele; *Roter Kreis besteigt schiefen Turm* Version 3 (Harlekin), 1996, 40 x 30, Aquarell auf Aquarellpapier

Mittlerweile sind Malerei und ihre verwandten Techniken ein fester Bestandteil meines Lebens geworden, den ich unter keinen Umständen mehr missen möchte. Wenn ich viel anderweitige Arbeit zu erledigen habe und mich längere Zeit keiner künstlerischen Tätigkeit widmen kann, verspüre ich ein sehr starkes Verlangen, endlich mal wieder ein Bild zu malen, eine Collage zu komponieren oder mit Spachtelmasse Formen herauszubilden und sie anschließend mit aufregenden Farbmischungen zu überziehen. Vor allem in melancholisch oder depressiv geprägten Zeitabschnitten ist dies für mich zur unersetzlichen Medizin geworden. Garantiert ohne schädliche Nebenwirkungen.“

5. Diskussion

Das Ergebnis der Interviews mag überraschen. Die Kranken nennen in den Erstinterviews als wichtigste Auswirkungen der Maltherapie Nebeneffekte wie Spaß, Ablenkung, Zeitvertreib und unterhaltsame Kontakte zu den Mitpatienten. Kreativität, „etwas Neues finden“ wird von einem Drittel der Befragten erwähnt. Kann es stimmen, dass für Krebspatienten der hauptsächliche Gewinn einer ernst zu nehmenden Therapie in Nebeneffekten besteht? Ein methodischer Fehler bei der Auswertung der Tonband-Kassetten kann ausgeschlossen werden, da sie nach den Richtlinien der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte und mehrfach kontrolliert worden ist. Die Art der Interview-Befragung kann jedoch bei den Aussagen der Patienten eine Rolle spielen. Die untersuchende Studentin hat mit Engagement und in positiver Gestimmtheit (zu hören an der fröhlichen Sprechweise) bei der Frage nach den Krankheitsfolgen auf die positive Bewältigung fokussiert und hat nicht nach individuellen Konflikten/Problemen gefragt. Außerdem mag ein Effekt von Besonderheiten der in Ulm etablierten Maltherapie vorliegen. Der humanistisch fundierte Ansatz dieser Therapie hebt darauf ab, Ressourcen und Selbstheilungskräfte im Prozess der Maltherapie zu fördern und den Patienten auf dem schattigen Weg der Krankheit mit Farben zu begleiten – Freude, Spaß und Ablenkung sind zwar nicht das Ziel, aber gelten als willkommene Merkmale einer aktiven Lebensweise. Die Therapeutinnen arbeiten an den Ressourcen der Patienten, nicht vorrangig daran, Probleme aufzudecken. Ferszt et al. (2000) berichten übrigens ähnliche Ergebnisse bei einer ebenfalls kleinen Fallzahl (7 Patienten): Zerstreung, Ablenkung, Kommunikation und Spaß. Diese Auswirkungen entsprechen den Vorstellungen von „Lebenswelt Krankenhaus“, die B. Wichelhaus (2000) anmahnt. Insofern sind die vorgelegten Ergebnisse durchaus positiv zu werten. Es bleibt nur die Frage offen, ob bei einzelnen Patienten Konflikte übersehen worden sind, deren aufdeckende Bearbeitung zu einer grundsätzlichen Erleichterung geführt hätte.

Beim 2. Interview, ein Vierteljahr später, geht (bei nur 4 verfügbaren Protokollen) die Tendenz der Bewertungen in Richtung tragfähiger Kontakte, Spaß spielt jetzt eine untergeordnete Rolle. Die freien Aussagen der mehrjährig malenden Patienten gehen noch mehr in die Tiefe. Die Möglichkeit von Kreativität, „etwas Neues finden“ wird hervorgehoben. Die therapeutischen Erfahrungen beim Malen werden individuell beschrieben. Der Wert von sozialen Kontakten im Familien- und Freundeskreis ist bedeutsam, es geht um hilfreiche Beziehungen, kaum mehr um Spaß und Zeitvertreib. Das Malen bedeutet ein sinnvolles Nutzen der Zeit bis hin zur Selbst-Therapie von Schmerz, Unruhe, Angst und Verzweiflung. Mut und Hoffnung kommen auf – besonders dann, wenn sich Erfolge beim Malen einstellen.

Die Patienten gewinnen durch ihre Fortschritte an Selbstwert und zwar besonders dann, wenn Anerkennung von außen dazu kommt – das wird in den Selbstberichten deutlich beschrieben. Einzelnen Patienten gelingt im Krankenstatus oder als Frührentner noch eine künstlerische Entwicklung!

Als wohltuend und entspannend wurde die Atmosphäre in der Maltherapie beschrieben. Die hier vorgestellten Patientenaussagen passen zu den Ergebnissen der Studie zur Lebensqualität, die bei malenden Patienten im Vergleich zu nicht-malenden im Vierteljahresabstand hochsignifikant bessere Werte ergeben hat (Dissertation Stähle 2002 und Grulke et al. 2003). Spaß führt zur Stimmungs-Aufhellung, andererseits ist unter besserer Stimmung der Spaß deutlicher wahrnehmbar – ein Rückkoppelungseffekt mag hier selbstverstärkend wirken. Diese positiven Entwicklungen wurden von den befragten Patienten auf die Maltherapie bezogen. Aber sicherlich haben auch andere Faktoren für das seelische Befinden eine Rolle gespielt, die hier nicht untersucht worden sind (z.B. der medizinische Krankheitsverlauf, das soziale Umfeld sowie besondere Ereignisse).

Trotz der positiven Patientenaussagen bleibt die Unsicherheit bestehen, ob Einzeltherapie zur Aufarbeitung innerer Konflikte in besonderen Fällen zusätzlich notwendig ist. Künstlerische Einzeltherapie wurde von den Patienten dieser Untersuchung nicht explizit gewünscht, sie haben diese allerdings bislang nicht erlebt und sie wurden nicht gezielt nach weiteren therapeutischen Bedürfnissen befragt. So bleibt die kunsttherapeutische Einzeltherapie zur Ergänzung im Angebots-Spektrum weiterhin eine Zielvorstellung, sie erscheint jedoch nicht zwingend notwendig, zumal der Nachweis für die Notwendigkeit bisher nicht erbracht ist. Voraussetzung dafür ist die Erweiterung der Kapazität, d.h. 1 - 2 feste Stellen würden dann insgesamt für die Kunsttherapie mit Krebspatienten gebraucht. Der Weg dorthin durch die entscheidenden Instanzen ist aufgrund der leidigen Kostenfrage mühsam und wenig erfolgversprechend – trotzdem soll er weiter verfolgt werden. Die positiven Patienten-Aussagen zur seitherigen Maltherapie sind allerdings eine gute Basis dafür, diese fortzuführen.

Bei einigen Patienten wurde eine künstlerische Entwicklung beobachtet, sowohl im Rahmen der Maltherapie, wie auch bei autodidaktisch malenden Kranken. Es bietet sich die Hypothese an, dass der künstlerische Prozess heilende Auswirkungen auf die Krebserkrankung hat oder zumindest der Heilung parallel geht. Diese Fragen wurden andernorts schon mehrfach diskutiert ohne ein fassbares Ergebnis (Küwen und Borchert 2000, S. 8-9, Mannheim et al. 2000, Petersen 1997), die Forschungsmethodik für geeignete Studien ist bislang nicht überzeugend geklärt. In dieser Hinsicht führen auch unsere Untersuchungen nicht weiter. Die Forschung im Bereich der Maltherapie, hier speziell bei Krebspatienten, steckt noch immer in den Anfängen. Die Fortsetzung auf möglichst breiter Basis und mit differenzierten Ansätzen – sowohl unter künstlerischen als auch therapeutischen Aspekten ist dringend zu empfehlen, beide Zugänge sind sowohl für die Grundlagenforschung, wie auch für die Praxis von Bedeutung.

Literatur

- Born R (2001). Angemessene Forschungsmethoden in der Kunsttherapie mit krebserkrankten Menschen (Kurzstatement). 3. Internes Forschungssymposium 29.09.– 1.10.2000 FH Ottersberg, S. 45-48.
- Ferszt GG, Massotti E, Williams J, Miller JR (2000). The impact of an art program on an inpatient oncology unit. *Illness, Crisis & Loss*, Vol. 8, Nr. 2, S. 189-199.
- Grulke N, Bailer H, Staehle S, Blaul K, Caspari-Oberegelsbacher H, Heitz V, Herren-Pelzer S, Hirlinger B, Juchems A, Kaechele H (2003). Art therapy and psychometric evaluation - a contradiction? A controlled pilot study on quantitative psychological effects of art therapy. *Psycho-Oncology* 12 (2003), S. 219.
- Herborn E (1994). Malthherapie mit krebserkrankten Frauen in einer gynäkologischen Klinik. Ein Erfahrungsbericht. *Forum für Kunsttherapie*, 2/1994, S. 31-35.
- Herren-Pelzer S, Schneider Ch, Rechenberg P (1998). Abschiedsbilder eines Krebspatienten im Rahmen der Malthherapie. *Zschr. f. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, Hogrefe-Verlag, 9 (2), S. 87-93.
- Herren-Pelzer S, Rechenberg P (Hrsg.) (1998). Malen mit Krebspatienten, Ulm: Gustav Fischer.
- Herren-Pelzer S (2002a). Psychische Auswirkung von Malthherapie bei Krebspatienten – Bericht über eine Pilotstudie an der Universität Ulm. Dokumentation 4. Internes Forschungssymposium an der Klinik für Tumorbiologie Freiburg 05.10.– 07.10.2002, FH Ottersberg, S. 3-23.
- Herren-Pelzer S (2002b). Malthherapie bei Krebspatienten im Rahmen von Kunst im Krankenhaus. In: *Kaleidoskop der Trauer* (Bauer-Mehren R., Kopp-Breinlinger K., Rechenberg-Winter P. Hrsg.), Regensburg: Roderer-Verlag, S. 225-241.
- Jakobos CE (2000). Kunsttherapie in der Onkologie – Eine Literaturstudie. Med. Diss. MH Hannover.
- Kruse J, Wöller W (1995). Das Trauma der Erkrankung – Krisen der Selbstwertregulation bei Krebskranken. *Zsch. Psychosom. Med.* 41, S. 370-385.
- Küwen M und Borchert E (2000). Heilendes Malen. Ein kunsttherapeutischer Weg. Bremen: Donat Verlag, S. 43.
- LeShan L (1989). Psychotherapie gegen den Krebs: über die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Entstehung und Heilung von Krebs. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mannheim E, Liesenfeld M und Weis J (2000). Tanztherapie in der onkologischen Rehabilitation: Konzepte und empirische Ergebnisse zu Auswirkungen auf die Lebensqualität. *Zschr. f. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 11 (2), Hogrefe-Verlag Göttingen, S. 80-86.
- Mayring P (1988). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Navratil L (1998). Die Gugginger Methode. Kunst in der Psychiatrie. Monographien zur Kunsttherapie (Baukus P, Marburg F, Thiess J. Hrsg.). Band 1. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Petersen P (1997). Der Therapeut als Künstler. In: *Kunsttherapie* (Baukus P, Thiess J Hrsg.), S. 283-295, 2. Auflage, Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schneider C (1998). Kunsttherapie – Mit der Seele heilen. In: Herren-Pelzer S, Rechenberg P (Hrsg.). *Malen mit Krebspatienten*, Ulm: Gustav Fischer, S. 29-31.
- Schlömer-Doll U, Mücke K, Stecker R, Rodi B, Decius S (1998). Psychoonkologie im Klinikum Kreis Herford – Das Herforder Modell. *PPmP* 48, S. 408-416.
- Schöpfer F (1993). Der Krebs als eine Erkrankung unserer Zeit. (Auszug aus der Diplomarbeit) Quelle: *Evolution*, Ottersberger Schriftenreihe für Kunst und Kunsttherapie, Heft 2, S. 63-73.
- Stähle S (2002). Pilotstudie zur Evaluation gestaltungstherapeutischer Interventionen bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen. Med. Diss. Universität Ulm.
- Weis J, Koch U, Matthey K (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland – Ein Ist-Soll-Vergleich. *PPmP* 48, S. 417-425.
- Wichelhaus B (2000). Kunst als Medizin – „Kunstraum“ Krankenhaus. *Zschr. für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 11 (3), S. 146-152.

Pilotstudie zu einem mal- und gestaltungstherapeutischen Projekt in der Strahlenheilkunde

Karin Müller und Barbara Vogt-Fux

Zusammenfassung

Um den Belastungen die durch eine Krebserkrankung und den damit einhergehenden medizinischen Behandlungen entgegenzuwirken, wurde an der Universitätsklinik für Strahlentherapie in Innsbruck ein mal- und gestaltungstherapeutisches Projekt initiiert.

In einer dazu durchgeführten Pilotstudie wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Teilnahme an einer Mal- und Gestaltungstherapie auf die Krankheitsbewältigung von KrebspatientInnen auswirkt. Der Schwerpunkt liegt darin, ob sich während der Teilnahme Veränderungen abbilden lassen und wie die PatientInnen ihre Teilnahme an der Mal- und Gestaltungstherapie erleben.

12 radioonkologische PatientInnen mit unterschiedlichen Krebserkrankungen, die an der Malgruppe teilnahmen, wurden zu vier Zeitpunkten untersucht (Beginn, Mitte, Ende der Teilnahme, 1-Jahres-Follow-up). Zur Erfassung der Wahrnehmung ihrer Teilnahme an der Mal- und Gestaltungsgruppe wurde ein halbstrukturiertes Interview (Leitfadeninterview) durchgeführt. Zusätzlich beantworteten die PatientInnen Fragebögen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-Lis), zu ihrem Stimmungszustand (POMS) und zu Angst und Depression (HADS).

Die PatientInnen nahmen einen verbesserten Umgang mit ihrer Erkrankung wahr. Ebenfalls in den Interviews zeigte sich, dass die Teilnahme als erleichternd empfunden wurde. Das führten sie sowohl auf den Prozess des Malens als auch auf Gruppenprozesse zurück. Die Auswertung der Fragebögen ergab vor allem statistisch signifikante Veränderungen zwischen Mitte und Ende der Teilnahme (T1 und T2). Diese betrafen die Abnahme der Werte von Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst und Depression.

Einleitung

Das Angebot einer tiefenpsychologisch nach C. G. Jung orientierten Mal- und Gestaltungsgruppe besteht an der Universitätsklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie in Innsbruck nunmehr seit vier Jahren, genau seit Juni 1999.

Ins Leben gerufen wurde dieses Angebot vom Vorstand der Abteilung, Herrn Prof. Dr. Peter Lukas. Von der Zweckmäßigkeit eines gestaltungstherapeutischen Angebots für onkologische PatientInnen überzeugt, ebnete er die organisatorischen und administrativen Wege für ein damals vorerst zeitlich begrenztes Pilotprojekt.

Da die Universitätsklinik neben ihrem medizinischen und lehrenden auch einen forschenden Auftrag zu erfüllen hat, gab Professor Dr. Lukas, begleitend zum Start des Projektes, eine Pilotstudie in Auftrag. Die Beschreibung dieser Studie ist Hauptteil unseres Artikels.

Das mal- und gestaltungstherapeutische Projekt

Das Studiendesign entwickelte sich aus dem Konzept des mal- und gestaltungstherapeutischen Angebotes. Daher wollen wir dieses in kurzer Form hier anführen.

Setting

Eine Kleingruppe von bis zu sechs Personen und eine Therapeutin treffen sich einmal pro Woche zu einem fix vereinbarten Termin. Die Gruppe hat eine halboffene Struktur und jede TeilnehmerIn kann bis zu 16 Termine für sich beanspruchen.

Angebotene Materialien sind diverse Malmittel wie Gouache, Pastellkreiden, Ölkreiden neben Ton und Speckstein.

Inhaltliches Konzept

Inhaltliche Grundlagen der Mal- und Gestaltungsgruppe sind die von Ingrid Riedel (1992) beschriebenen vier Wirkfaktoren einer Maltherapie nach C. G. Jung. Es handelt sich dabei um die Wirkfaktoren Gestaltungsprozess, Symbolisierungsprozess, Besprechungsprozess und Begegnungs- und Beziehungsprozess.

Die Mal- und Gestaltungstherapie legt großen Wert darauf, dass es den PatientInnen möglich wird, kleine Teilziele zu erreichen, welche auf den erwähnten vier Wirkfaktoren beruhen.

Das übergeordnete Ziel der Mal- und Gestaltungsgruppe ist es die PatientInnen bei der Verarbeitung und Bewältigung ihrer Krankheit zu unterstützen und zu begleiten.

1) Gestaltungsprozess

Durch das Wahrnehmen des mal- und gestaltungstherapeutischen Angebots wird die PatientIn von sich aus aktiv. Er/sie nimmt die Möglichkeit wahr, den mit der Krankheit verbundenen Gefühlen der Ohnmacht entgegen zu treten. Eigene schöpferische Kräfte zu erleben, ohne an Bewertungen denken zu müssen, vermittelt Freude. Beim Malen und Gestalten ist es möglich, die Welt um sich herum zu vergessen und Entspannung und Ruhe zu finden. Die PatientInnen erleben in solchen Momenten ihre eigene Krankheit und die daraus resultierenden Schmerzen weniger. Sie berichten, dass ihre Krankheit in solchen Momenten für sie oft nicht mehr präsent sei.

2) Symbolisierungsprozess

Die Mal- und Gestaltungstherapie arbeitet bewusst mit Farben und Symbolen. Durch diese Kombination ist es besser möglich Eindrücke und Gefühle umfassend zum Ausdruck zu bringen. Belastende Gefühle wie Ängste, Sorgen, Beklemmungen werden greifbar und anschaulich. Sie bekommen ein Gesicht. Durch die Visualisierung der eigenen Gefühle, ist es den PatientInnen möglich, die Belastungen aus sicherer Distanz zu betrachten, was im Sinne einer Katharsis erleichternd wirkt. Bereits während dem Malen und nachher in der

Besprechung werden Inhalte geordnet und die PatientInnen haben die Möglichkeit sich über das Bild mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Aber nicht nur belastende Gefühle kommen zum Ausdruck, sondern auch Wünsche, Bedürfnisse, Zielvorstellungen, Kräfte und Ressourcen.

3) *Besprechungsprozess*

Die Besprechung findet in der Gruppe statt und zwar in der Form einer triadischen Szene: die KlientInnen, ihr/sein Werk und andere GruppenteilnehmerInnen. Das Bild, und nicht die SchöpferInnen, steht im Mittelpunkt des Interesses. Die Bilder werden einzeln besprochen, wobei der Schwerpunkt der Therapeutin darin liegt, die PatientInnen dabei zu unterstützen, herauszufinden, was das Bild ihnen zu sagen hat. Das Erarbeiten von Lösungen, Zielvorstellungen und die Suche nach Ressourcen, welche sich im Werk äußern, sind dabei das vordergründigste Ziel.

4) *Begegnungs- und Beziehungsprozess*

Die Mal- und Gestaltungstherapeutin übernimmt innerhalb einer Gruppe vorübergehend die Funktion einer genügend guten Mutter, die den Raum und die Zeit zur Verfügung stellt, in dem sich schöpferische Kräfte entfalten können. Indem die Therapeutin an die Schöpferkräfte der PatientInnen glaubt, spiegelt sie diesen ihre oft ungeahnten Fähigkeiten und trägt zu deren Entwicklung bei. Schottenloher (1994) schrieb in diesem Zusammenhang von einem kreativen Gegenübertragungsprozess.

Durch das Besprechen jedes einzelnen Bildes, wird das Bild selbst zum Mittler, durch den die Empathie aller Beteiligten (TherapeutIn und Gruppe) spür- und erlebbar wird. Jedes Gruppenmitglied wird neben dem Herstellen des Bildes auch noch durch das Besprechen aktiv und leistet einen konstruktiven Beitrag für sich und die gesamte Gruppe. Jedes Gruppenmitglied verkörpert somit zwei Rollen, einerseits nehmend und andererseits gebend. Diese beiden Rollen wirken der seelischen Isolation entgegen und verhindern die mögliche Vereinsamung jedes einzelnen.

Zusammengefasst ergeben sich folgende Teilziele beziehungsweise Schwerpunkte der Mal- und Gestaltungstherapie in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen:

- Empathie wird spürbar durch das aktive Dabeisein in der Gruppe. Dies gibt Unterstützung und Halt.
- Das Erleben eigener ungeahnter schöpferischer Fähigkeiten stärkt das Selbst und vermittelt Freude.
- Während des Malens werden Entspannung und Ruhe erfahrbar, es kommt zu einer temporär beschränkten Reduktion von Stress und Schmerz.
- Gefühle wie Angst, Trauer, Depression, Wut, Hoffnung, erhalten ein Gesicht, mit dem man sich auseinandersetzen kann. Die mit der Krankheit verbundenen Gefühle werden somit leichter verarbeitbar.
- Änderungen im Verhalten können erprobt, Zielvorstellungen und Lösungsmöglichkeiten können gefunden und innere Entwicklungen können besser wahrgenommen werden.

Die Pilotstudie

Studiendesign

Mit der Aufgabe die Mal- und Gestaltungstherapie an der Universitätsklinik für Strahlentherapie zu evaluieren, bildete sich in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie eine Studiengruppe. Diese bestand neben den AutorInnen aus Dr. Wolfgang Söllner, Dr. Susanne Maislinger und Dr. Peter Lukas.

Als wir mit der Literatursuche begannen, lagen nur wenige Untersuchungen zur Wirkungsweise und zur Wirksamkeit von Maltherapie mit KrebspatientInnen vor. Von besonderem Interesse war für uns, welche Vorteile die PatientInnen selber in ihrer Teilnahme sehen, welchen Einfluss der Maltherapie auf die psychische Befindlichkeit und auf die Verarbeitung der Krebserkrankung sie persönlich wahrnehmen und welche Aspekte der Mal- und Gestaltungstherapie ihnen als besonders hilfreich erscheinen.

Wir beschlossen eine Pilotstudie durchzuführen um Hypothesen ausfindig zu machen, die man in späteren Studien untersuchen könnte. Es wurden also nur TeilnehmerInnen der Mal- und Gestaltungstherapie in die Untersuchung aufgenommen und auf eine Kontrollgruppe verzichtet. Die PatientInnen nahmen zu Beginn der Teilnahme (Zeitpunkt T0), nach fünf wöchentlichen Terminen (T1), zu Ende der Teilnahme (T2) und ca. ein Jahr nach Ende der Teilnahme (T3) an einem selbst entwickelten Leitfadeninterview teil. Zusätzlich füllten sie den *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (FKV-Lis) (Muthny 1989), den *Profile of Mood States* (POMS) (McNair et al. 1981) und die deutsche Version des *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-D) (Herrmann et al. 1995) aus.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (1993) und die der Fragebögen mit Hilfe des SPSS für Windows (Version 8.0). Um statistisch signifikante Veränderungen der Skalen der Fragebögen über die Zeit festzuhalten, wurden die Zeitpunkte mit dem Friedman-Test verglichen. Das Signifikanzniveau wurde mit $p=0,05$ festgelegt. Skalen mit signifikanten Veränderungen wurden zusätzlich dem Wilcoxon-Test unterzogen. Dieser dient dem Vergleich zweier abhängiger Stichproben, um festzustellen, zwischen welchen Zeitpunkten die signifikante Veränderung stattfand.

Ergebnisse

Wir legten einen Untersuchungszeitraum von 6 Monaten fest. In dieser Zeit meldeten sich 17 Personen zur Mal- und Gestaltungstherapie an. Von diesen nahmen 12 PatientInnen an der Studie teil (darunter ein Mann).

Jene 5 PatientInnen die nicht an der Studie teilnahmen, kamen nicht öfter als dreimal zur Malgruppe. Davon nahmen 2 PatientInnen nur einmal an der Gruppe teil und entschieden sich dann gegen eine weitere Teilnahme. Eine Patientin kam nicht zum verabredeten Termin (hat 3mal an der Gruppe teilgenommen), eine Patientin (ebenfalls 3mal in der Gruppe) wollte nicht an der Studie teilnehmen und ein Patient konnte nicht in die Studie aufgenommen werden, da er nicht deutschsprachig ist.

Die teilweise kurze Teilnahmedauer ist dadurch zu erklären, dass die stationären PatientInnen der Strahlenklinik nur zum Teil aus Innsbruck kommen und sich ihre Teilnahme auf die Dauer ihres Aufenthaltes beschränken musste. Zudem fand die Malgruppe zum Zeitpunkt der Studie nur einmal wöchentlich statt.

Bei der Studiengruppe handelt es sich um eine sehr inhomogene Gruppe mit unterschied-

	PatientInnen
Diagnose	
Mammakarzinom	8
Korpuskarzinom	2
Mundbodenkarzinom	1
Rectumkarzinom	1
Krankheitsstadium	
T1/N0	6
T1/N1	1
T2/N1	3
T3/N0	1
T3/N1	1
bei keiner PatientIn wurden Fernmetastasen festgestellt	

Table 1: Häufigkeit der verschiedenen Krankheitsdiagnosen und -stadien der UntersuchungsteilnehmerInnen

lichen Diagnosen und verschiedenen Krankheitsstadien (Tab. 1).

Das Alter der StudienteilnehmerInnen lag zwischen 36 und 59 Jahren. 6 von den 12 TeilnehmerInnen konnten an allen vier Untersuchungszeitpunkten erfasst werden.

Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden möchten wir einen Teil der Ergebnisse der Interviews darstellen.

Eine Frage des Interviews bezog sich auf die Gründe der PatientInnen, sich für die Gruppe anzumelden bzw. auf die Gründe in der Gruppe zu bleiben. In Abbildung 1 sind die Häufigkeiten der Gründe, die Gruppe zu besuchen abgebildet. Die Antworten wurden mittels der Inhaltsanalyse folgenden Kategorien zugeordnet: Ablenkung und Selbstaufbau, aktives problemorientiertes Coping, soziale Unterstützung, kreativer Ausdruck von Gefühlen und Interesse für das Malen.

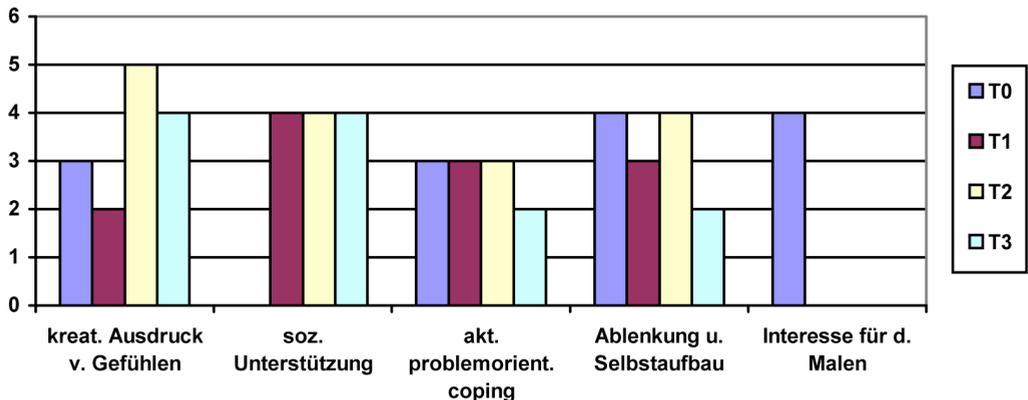


Abbildung 1: Häufigkeit der Gründe, die Gruppe zu besuchen zu T0, T1, T2 und T3 (absolute Fallzahl; Mehrfachnennungen möglich).

Einer der Hauptgründe sich für die Gruppe anzumelden (T0) war, wie erwartet, das *Interesse für das Malen*. Aber auch Antworten die der Kategorie *Ablenkung und Selbstaufbau* zugeordnet wurden, wurden von vier PatientInnen genannt.

Zu den Zeitpunkten T1 und T2 blieb diese Kategorie wichtig. Vor Beginn der Teilnahme gab es bei den PatientInnen eine Erwartung, ihre *Gefühle kreativ in den Bildern ausdrücken* zu können. Dieser Grund wird zum Zeitpunkt T1 weniger häufig genannt. Zu diesem Zeitpunkt gewinnt jedoch die Kategorie *soziale Unterstützung* an Bedeutung. Diese Kategorie war zu Beginn noch gar kein Grund für die Teilnahme. Die PatientInnen hatten zu diesem Zeitpunkt

nicht damit gerechnet, dass die Maltherapie auch ein Gruppenprozess ist. Die Kategorie *kreativer Ausdruck von Gefühlen* war zu T2 die am Häufigsten genannte und blieb auch zu T3, zusammen mit der *sozialen Unterstützung* am Wichtigsten.

Eine weitere Frage des Interviews bezog sich darauf, ob die Personen durch ihre Teilnahme Veränderungen im Umgang mit der Erkrankung wahrnehmen und worin diese bestehen. In Abbildung 2 sind die Häufigkeiten der wahrgenommenen Veränderungen abgebildet.

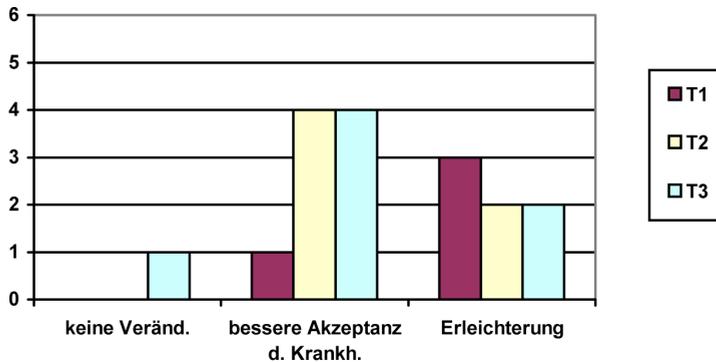


Abbildung 2: Häufigkeit der wahrgenommenen Veränderungen im Umgang mit der Erkrankung durch die Maltherapie zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3 (absolute Fallzahl; Mehrfachnennungen möglich).

Eine *Erleichterung* kam vor allem während der Teilnahme zum Tragen. Auch bei Beendigung und ein Jahr nach der Maltherapie wurde sie noch als erleichternd angesehen. Die PatientInnen nahmen außerdem durch die Teilnahme eine *bessere Akzeptanz der Krankheit* wahr. Besonders zu Ende der Teilnahme (T2) stellte sich diese Bewusstwerdung ein. Auch ein Jahr nach Beendigung der Malgruppe wurde diese Veränderung am Häufigsten genannt. Nur eine Person konnte zum Zeitpunkt T3 *keine Veränderungen* mehr durch die Teilnahme wahrnehmen.

In den Interviews wurden die PatientInnen auch nach den Gründen für die Veränderungen im Umgang mit der Krankheit gefragt. Sie sollten beschreiben, welches Element der Maltherapie bei ihnen die vorher beschriebenen Veränderungen bewirkt. Die Häufigkeiten der genannten Elemente sind in Abbildung 3 dargestellt.

Die PatientInnen sahen nicht nur jene Elemente, die direkt mit Malen zu tun haben (*Gestaltungsprozess und Symbolisierungsprozess*), sondern auch jene die die Gruppe betreffen (*Besprechungsprozess und Beziehungsprozess*), als wichtige Veränderungsgründe an.

Der *Gestaltungsprozess* wurde besonders bei den letzten zwei Untersuchungsterminen als wichtiger Grund genannt. Aber auch der kreative Ausdruck von Gefühlen, der im *Symbolisierungsprozess* zum Tragen kommt, wurde ein Jahr nach der Teilnahme als wichtiger Veränderungsgrund angesehen.

Neben den Antworten, die einem der Wirkfaktoren zugeordnet werden konnten, gaben die PatientInnen auch Antworten, die wir der Kategorie Relativieren zuordneten (Bsp.: „ *Ich habe gesehen, dass es anderen viel schlechter geht als mir, das hat mir sehr geholfen* “). Diese Kategorie kam jedoch ein Jahr nach Beendigung der Teilnahme nicht mehr vor.

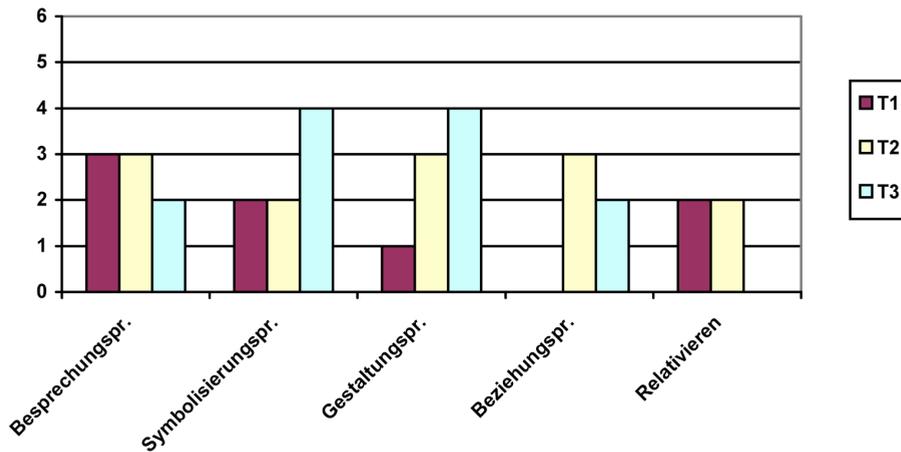


Abbildung 3: Häufigkeit der Elemente der Maltherapie, die von den Personen als Veränderungsgründe angegeben werden zu T1, T2 und T3 (absolute Fallzahl; Mehrfachnennungen möglich).

Ergebnisse der Fragebogenerhebung:

1) Krankheitsverarbeitung (FKV-Lis)

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Skalen des FKV-Lis sind in Tabelle 2 dargestellt.

Skala	Mittelwert u. Standardabweichung zum Zeitpunkt			
	T0	T1	T2	T3
Depressive Verarbeitung	2,80 ± 0,99	2,73 ± 1,12	2,37 ± 0,99	2,10 ± 0,43
Aktives problemorient. coping	3,07 ± 0,83	3,37 ± 0,66	3,43 ± 0,56	2,83 ± 0,73
Ablenkung und Selbstaufbau	3,03 ± 0,83	3,40 ± 0,66	3,77 ± 0,83	3,87 ± 0,95
Religiosität und Sinnsuche	3,60 ± 1,2	3,70 ± 0,97	3,73 ± 1,04	3,47 ± 0,96
Bagatellisierung und Wunschenken	1,94 ± 0,90	2,06 ± 0,97	1,78 ± 0,69	1,61 ± 0,49

(Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark)

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen FKV-Lis zu T1, T2 und T3.

Die Auswertung des FKV-Lis ergab, dass zum Zeitpunkt T0 von den PatientInnen ein aktives, problemorientiertes Krankheitsbewältigungsverhalten, das von Religiosität, Sinnsuche und von Ablenkung und Selbstaufbau geprägt ist, eingesetzt wurde. Das bleibt auch bei den weiteren Zeitpunkten so.

Signifikante Veränderungen der Skala Ablenkung und Selbstaufbau ($p=0,02$) kann man aus dem Vergleich aller Zeitpunkte mit dem Friedman-Test beobachten. Bei den anderen Dimensionen lassen sich keine Veränderungen nachweisen. Wenn man die einzelnen Zeit-

punkte dieser Skala mit dem Wilcoxon-Test vergleicht, zeigt sich eine statistisch signifikante Zunahme zwischen den Zeitpunkten T0 und T1.

2) *Psychische Belastung (POMS und HADS)*

In Tabelle 3 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen des POMS abgebildet.

Skala	Mittelwert u. Standardabweichung zum Zeitpunkt			
	T0	T1	T2	T3
	2,67 ± 1,37	2,24 ± 0,99	1,69 ± 0,73	1,46 ± 0,38
Müdigkeit	2,69 ± 0,62	2,50 ± 1,10	1,83 ± 0,77	1,81 ± 0,87
Tatendrang	2,02 ± 0,98	2,26 ± 20,84	2,59 ± 1,08	2,78 ± 1,03
Missmut	1,78 ± 0,49	1,69 ± 0,62	1,23 ± 0,39	1,33 ± 0,48

(Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark)

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des POMS zu T1, T2 und T3.

Die Werte des POMS weisen darauf hin, dass die PatientInnen zum ersten Untersuchungszeitpunkt vor allem durch Niedergeschlagenheit und Müdigkeit geprägt waren.

Beim Vergleich aller Zeitpunkte (Friedman-Test) kann man bei der Skala Niedergeschlagenheit eine hoch signifikante Veränderung ($p=0,006$) beobachten. Eine statistisch signifikante Veränderung lässt sich auch bei der Skala Müdigkeit ($p=0,015$) feststellen. Beim Vergleich der einzelnen Zeitpunkte dieser Skalen (Wilcoxon-Test) zeigt sich bei der Skala Niedergeschlagenheit ein signifikanter Unterschied ($p=0,028$) zwischen den Zeitpunkten T1 und T2. Bei der Skala Müdigkeit zeigt sich ebenfalls zwischen T1 und T2 ein signifikanter Unterschied ($p=0,046$).

Die Mittelwert und Standardabweichungen der Skalen Angst und Depression der HADS sind in Tabelle 4 dargestellt.

Skala	Mittelwert und Standardabweichung zum Zeitpunkt			
	T0	T1	T2	T3
Angst	9,00 ± 4,31	7,60 ± 3,41	5,33 ± 3,20	5,78 ± 3,15
Depression	7,75 ± 5,24	6,90 ± 3,07	3,83 ± 2,64	4,22 ± 3,11

(0-7=negativ, 8-10=grenzwertig, 11-21=positiv)

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen Angst und Depression der HADS-D zu T0, T1, T2 und T3.

Zum Zeitpunkt T0 lag die Stichprobe bei den Skalen Angst und Depression im mäßig-gradig erhöhten Bereich. Beide Skalen nahmen im Verlauf der Teilnahme ab, jedoch stiegen die Werte sowohl bei Angst als auch bei Depression zwischen T2 und T3 wieder an. Dieser

Anstieg ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Beim Vergleich aller Zeitpunkte mittels des Friedman-Tests wurde eine statistisch signifikante Veränderung beider Skalen nachgewiesen (Angst: $p=0,011$; Depression: $p=0,047$). Bei der anschließenden Prüfung der einzelnen Zeitpunkte der Skalen mit dem Wilcoxon-Test ergibt sich eine statistisch signifikante Abnahme der Angstwerte zwischen den Zeitpunkten T0 und T1, sowie zwischen T1 und T2 ($p=0,014$ bzw. $p=0,026$). Die Skala Depression zeigt ebenfalls zwischen T1 und T2 eine statistisch signifikante Verringerung ($p=0,027$).

Diskussion

Da nur eine kleine Stichprobe und keine Kontrollgruppe erhoben wurde, sind die Ergebnisse nur als mögliche Tendenzen zu sehen.

Neben dem Interesse für das Malen waren auch der Wunsch sich abzulenken und sich selber aufzubauen die Hauptgründe sich für die mal- und gestaltungstherapeutische Gruppe anzumelden. Die Ablenkung und der Selbstaufbau bleiben auch im weiteren Verlauf wichtige Gründe um in der Gruppe zu bleiben. Das interpretierten wir so, dass die Maltherapie den PatientInnen durch entsprechende maltherapeutische Angebote die Chance bietet, sich einmal von der Krankheit gedanklich zu entfernen und das Selbstwertgefühl zu steigern.

Die Teilnahme an der Mal- und Gestaltungstherapie stellt für die PatientInnen eine Erleichterung bzw. eine psychische Entlastung dar. Das kann man aus der Analyse der Interviews schließen. Dieser Effekt kommt schon mit Beginn der Teilnahme zum Tragen. Nach Ansicht der TeilnehmerInnen tritt ein verbesserter Umgang mit der Krankheit durch die Malgruppe erst später ein. Dieser verbesserte Umgang hat einen langfristigen Effekt, da er nach ihren Angaben auch ein Jahr nach Ende der Teilnahme noch wirksam ist.

Die PatientInnen führen diese Veränderungen nicht nur auf jene Elemente der Mal- und Gestaltungstherapie, die das Malen (Gestaltungs- und Symbolisierungsprozess) betreffen, zurück, sondern auch auf jene Elemente, die den Gruppenprozess betreffen (Besprechungs- und Beziehungsprozess). Der Gestaltungs- und der Symbolisierungsprozess wurden häufig ein Jahr nach Ende der Teilnahme als Veränderungsgründe angesehen. Zu diesem Zeitpunkt traten der Beziehungs- und der Besprechungsprozess etwas in den Hintergrund. Dazu ist zu erwähnen, dass, wenn jemand neu in die Malgruppe kommt, die Maltherapeutin mehr Gewicht in den Besprechungsprozess legt, da der verbale Ausdruck vertrauter ist als der Umgang mit Farben.

Die Häufigkeit der Nennung des Gestaltungsprozesses nahm besonders zwischen T1 und T2 zu. Das könnte man mit den Beschreibungen von Riedel (1992) in Verbindung bringen. Ihrer Ansicht nach muss sich die Freude am Malen oft zuerst entwickeln. Das trifft ebenfalls auf die Selbstbestätigung durch die Bilder zu. Häufig muss man sich zuerst von den klassischen Vorstellungen von „schön“ lösen, um die Bilder als wertvoll anzuerkennen. Außerdem braucht es auch Zeit bis eine Sicherheit im Umgang mit dem Material gewonnen wird was ebenso zur Sicherheit beiträgt als das wachsende Vertrauen zu der Leiterin der Gruppe und den TeilnehmerInnen. Innerhalb dieses Untersuchungszeitraumes berichten die Teilnehmerinnen auch vermehrt, dass eine bewussteren Wahrnehmung der Außenwelt einsetzt – sowohl in Hinblick auf Farbnuancen als auch auf Formwahrnehmungen.

Auffallend für uns war, dass PatientInnen, die im Interview einen sehr belasteten Eindruck vermittelten, in den Fragebögen zum Teil nur geringe Belastungswerte hatten. Das kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen stellen Fragebögen mit ihrer starren Struktur und

vorgegebenen Antwortkategorien einen starken Gegensatz zum Interview und zum Wesen der Mal- und Gestaltungstherapie dar. Dadurch könnte es möglich sein, dass TeilnehmerInnen kreativer Therapieformen Fragebögen eher kritisch gegenüberstehen.

Zum Anderen könnte es auch der Fall sein, dass die PatientInnen bei der Beantwortung der Fragebögen besonders um ein positives Bild bemüht waren. Dies ist bei einer weiterführenden Untersuchung zu beachten.

Parallelen der Analyse der Interviews und der Auswertung der Fragebögen sind, dass PatientInnen, mit einem aktiven, problemorientierten Krankheitsverarbeitungsstil, eher an der Mal- und Gestaltungstherapie teilnehmen, als PatientInnen, die zu einer depressiven Verarbeitung tendieren.

Sowohl die Ergebnisse aus den Interviews als auch die der Fragebögen weisen auf eine langfristige Intervention (mindestens 10 Termine) durch die Mal- und Gestaltungstherapie hin, da sich die meisten Veränderungen zwischen T1 und T2 abbilden lassen. Diese Veränderung war in den Interviews eine verbesserte Akzeptanz der Krankheit, deren Bewusstwerdung erst zu den Zeitpunkten T1 und T2 zum Tragen kam. In den Fragebögen veränderten sich die Skalen Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Angst und Depression ebenfalls erst signifikant zwischen den Zeitpunkten T1 und T2.

Die Ergebnisse dieser unkontrollierten Pilotstudie bezüglich der Wirksamkeit der Maltherapie sind nur als erste Hinweise und nicht als Nachweis der Wirksamkeit anzusehen. Um diesen Wirksamkeitsnachweis zu erbringen sind weitere Studien mit einem kontrollierten Studiendesign notwendig.

Sowohl auf Grund praktischer Erfahrungen als auch aus den Tendenzen, die sich aus der Studie ableiten lassen, kann festgestellt werden, dass das übergeordnete Ziel, Mal- und Gestaltungstherapie als Unterstützung zur Krankheitsverarbeitung im onkologischen Bereich anzubieten, insofern erreicht wird, als dass das therapeutische Malen und Gestalten zu einer Selbstwerthebung, einer Selbstbestätigung führt und den PatientInnen eine Auseinandersetzung mit sich und mit ihrer Erkrankung ermöglicht.

Ausblick

Seit Fertigstellung der Studie sind nunmehr eineinhalb Jahre vergangen. In dieser Zeit haben sich die Rahmenbedingungen für das ursprünglich zeitlich begrenzte Projekt wesentlich verändert.

Die Tiroler Landeskrankenanstalten waren bereit, die doppelte Stundenanstellung der Maltherapeutin zu finanzieren, was vor allem den bettlägerigen stationären PatientInnen zugute kommt.

Zu Beginn des Projektes gab es noch keinen adäquaten Therapieraum. Vieles wurde erprobt. Angefangen beim Ergotherapieraum der Psychiatrie, über Aufenthaltsräume und Seminarräume, gibt es nun ein wenig genutztes Arztzimmer das dreimal wöchentlich als Kreativraum verwendet werden kann. Dies hat natürlich auch eine Erweiterung des Materialangebotes mit sich gebracht. Großformatigeres Arbeiten ist nun ebenso möglich wie das Gestalten mit gefärbtem Sand oder mit farbiger Wolle.

In wenigen Monaten soll es einen eigenen Raum für ein psychoonkologisches Angebot

geben. Die Maltherapeutin wird dann einen Raum mit der Psychotherapeutin der Abteilung teilen.

Es stellt sich natürlich die Frage, wie es zu diesen Entwicklungen kam. Wesentlich scheint nach wie vor das Engagement des Leiters der Abteilung, Herrn Prof. Dr. Peter Lukas – vor allem der Klinikleitung gegenüber.

Durch Ausstellungen von Patientenbildern und durch Vorträge und Fortbildungen, die von der Maltherapeutin geleitet wurden, gewann die Mal- und Gestaltungstherapie an Bekanntheit im öffentlichen und klinischen Bereich.

Bei der Entwicklung des Pilotprojektes zu einem fixen Bestandteil des therapeutischen Behandlungsangebotes der Abteilung für Strahlentherapie waren alle PatientInnen durch die Teilnahme an der Gruppe maßgeblich daran beteiligt, den Bedarf an kreativen Therapieformen im klinisch-onkologischen Bereich zu untermauern.

Die Durchführung der Pilotstudie wäre ohne die bereitwillige Mitarbeit der PatientInnen nicht möglich gewesen.

Literatur

- Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995). HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber.
- Mayring P (1993). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McNair DM, Lorr M, Dropplemann LF, Biehl B, Dangel S (1981). Profile of Mood States. Ein Verfahren zur Messung von Stimmungszuständen. Selbst-beurteilungsskala (POMS). In: Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS), Hrsg. Weinheim: Beltz.
- Muthny FA (1989). Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Weinheim: Beltz.
- Riedel I (1992). Maltherapie: eine Einführung auf der Basis der Analytischen Psychologie von C. G. Jung. Mit Beiträgen von Christa Henzler. S. 25-60. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Schottenloher G (1994). Weg als Ziel: Bildnerisches Gestalten als Therapie? S. 28-52 in: Schottenloher G (Hrsg.). Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. Band 1. München: Kösel.

4 Praxisberichte

Kunsttherapie in der Onkologie an der Filderklinik

Rhoda Born und Markus Treichler

Teil A: Die Stellung der Kunsttherapie innerhalb der onkologischen Behandlung in der Filderklinik (Markus Treichler)

Teil B: „Margots Paradies“ – ein Therapieverlauf (Rhoda Born)

Teil A

Die Stellung der Kunsttherapie innerhalb der onkologischen Behandlung in der Filderklinik

Zusammenfassung

Die Kunsttherapien sind essentieller Bestandteil einer onkologischen Behandlung auf anthroposophischer Grundlage. Das zu Grunde liegende Krankheitsverständnis geht davon aus, dass der Mensch im Sinne seiner leiblich – seelischen und geistigen Einheit bis in alle Zellen hinein ganzheitlich nach Gestalt und Funktion organisiert ist. Die Krebserkrankung kann als eine aus dem Gesamtzusammenhang herausgefallene autonome und desorganisierte zelluläre Wucherung verstanden werden, deren „zu viel“ an Wachstum ein „zu wenig“ an anderer Stelle, konkret im autonomen Seelenleben der Gefühle, entspricht. Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Leben (hier im Sinne von Wachstum) und Erleben (im Sinne von Gefühlen) werden als Metamorphose bzw. Regression beschrieben. Hier können die Kunsttherapien ansetzen und, indem sie seelisches Erleben (also den Leib – Seele – Metamorphoseprozess) anregen, über differenziert zu beschreibende Wirkfaktoren und Wirkprozesse zu einem ganzheitlichen Behandlungsprozess im Sinne einer besseren Krankheitsbewältigung beitragen.

Einleitung

Die Kunsttherapien haben innerhalb des Therapieangebotes der Anthroposophischen Medizin einen festen Platz (Treichler 1998). In der klinischen Behandlung sind sie nicht nur in der Psychosomatik und Psychiatrie, sondern auch im Bereich der Inneren Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Neurologie und Geriatrie unverzichtbar; ein besonders wichtiges Indikationsgebiet ist seit Jahrzehnten die Onkologie. Hier liegen große Erfahrungen vor aus den Bereichen der Bildenden Künste ebenso wie der Musiktherapie und insbesondere auch der Heileurythmie (Ollilainen 2003).

Zum anthroposophischen Verständnis der Krebserkrankung

In der Anthroposophischen Medizin kommt dem Verständnis und der Behandlung der Krebserkrankung eine herausragende Bedeutung zu (Fintelman 2002). In diesem Bereich haben die Behandlungsangebote der anthroposophischen Medizin eine große Bekanntheit, Akzeptanz und Erfolge aufzuweisen.

Die Krebserkrankung kann als ein desorganisiertes, autonomes, zerstörendes Wachstum, als eine aus dem normalen und gesunden Gestalt- und Funktionszusammenhang des Organismus herausgefallene Wucherung beschrieben werden, die sich innerhalb eines Organs oder eines Organsystems physisch manifestiert. Die Ursachen der Krebserkrankung sind, trotz intensivster medizinischer Forschungen, bis heute nur zu einem kleinen Teil bekannt. Es wird heute allgemein als unwahrscheinlich angesehen, dass für die Entstehung einer Krebserkrankung ein einzelner Faktor als Ursache in Frage kommt. Vielmehr geht die Onkologie heute von einer multifaktoriellen Genese aus, bei der sowohl Umwelteinflüsse, genetische, endokrine, immunologische und psychische Faktoren auf noch „unbekannte Weise interaktiv oder kummulierend“ zusammenwirken (Tschuschke 2002). Als angemessene Antwort auf dieses multifaktorielle Krankheitsverständnis hat sich im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte auch die onkologische Therapie in ihrem Interventionsangebot weiterentwickelt. Im Rahmen dieser Entwicklung hat sich die Psychoonkologie als ein wichtiges interdisziplinäres multiprofessionelles Teilgebiet der Onkologie etabliert (Koch und Weis 1998, Larbig und Tschuschke 2000).

Der anthroposophisch psychosomatische Ansatz zum Verständnis der Krebserkrankung (womit keine kausale Erklärung der Krebserkrankung gemeint ist, sondern lediglich der – allerdings nicht unwesentliche – psychische Faktor bei der Krebsgenese) geht von folgender phänomenologischer Situation aus: Die Krebsgeschwulst fällt aus dem Organismusganzen heraus und tendiert zu einer Verselbständigung, indem die Geschwulst nur noch (eigene) Zellen produziert. Sie schließt sich von ihrer Umgebung ab und beginnt ein Eigenleben. Die undifferenzierten und funktionsuntüchtigen Geschwulstzellen vermehren sich und die Geschwulst vergrößert sich sowohl auf Kosten der Gestalt und Funktion des Ursprungsorganes wie auch auf Kosten der Umgebungsorgane, die durch das wuchernde Wachstum verdrängt werden. Dieses auf Leiblicher Ebene „eigensinnige“, desorganisierte und amorph-wuchernde Wachstum stellt, in Bezug auf das Organ wie auf den Gesamtorganismus Mensch, die Gestalt, die Funktion, das Leben und die Ganzheit des Zusammenhangs sowohl der Organe wie der Gestalt in Frage.

Auf der psychischen Ebene kann, korrelierend mit diesen physischen Phänomenen, eine Tendenz beobachtet werden, die sich nach ärztlicher Erfahrung aus eigen- und fremdanamnestischen Befragungen bereits prämorbid, also vor Ausbruch der Krebserkrankung bei den Menschen gezeigt hat und die in der psychoonkologischen Literatur seit langem bekannt und beschrieben ist: Empfindungen und Gefühle, insbesondere negative Affekte können von Krebspatienten überwiegend oder situativ zu wenig erlebt und an sich wahrgenommen werden und insbesondere zu wenig ausgedrückt und mit der Mitwelt ausgetauscht werden. Im Bereich ihrer Affekte, Stimmungen, Gefühle und subjektiven Bedürfnisse neigen krebserkrankte Menschen oft auch schon vor Manifestation der Krebsgeschwulst dazu, diese subjektiven psychischen Erlebnisqualitäten „in sich abzuschließen“, für sich zu behalten, sie zu unterdrücken und zu verdrängen, sie schlichtweg zu ignorieren und durch ein angepasstes,

leistungsorientiertes und nicht selten aufopferndes Verhalten zu kompensieren.

Die psychischen Qualitäten der Empfindungen und Gefühle entwickeln sich im Lauf der menschlichen Biographie im Sinne einer Metamorphose aus zunächst ganz leibgebundenen und leiborientierten Lebensprozessen (wie z.B. Wachstum, Regeneration) zu zunehmend leibunabhängigen persönlichen psychischen Erlebnismöglichkeiten. Dabei spielen die zwischenmenschlichen und psychosozialen Bedürfnisse und die aus Beziehungen entstehenden Affekte, Gefühle und Stimmungen eine wichtige Rolle. Werden nun diese psychischen Erlebnisqualitäten weder für sich selbst kreativ noch in zwischenmenschlichen Beziehungen interaktiv ausgedrückt und ausgelebt, so beginnt ein Regressionsprozess wirksam zu werden, der die geschilderten im Lauf der biographischen Entwicklung leibunabhängigen psychischen Qualitäten wieder zurückführt an ihren Ursprung: die organischen Lebens- und Wachstumskräfte (Treichler 2002). Unzureichende Metamorphose dieser leibgebundenen Wachstums- und Regenerationskräfte in psychische Qualitäten oder auch spätere Regression ungenutzter psychischer Fähigkeiten können nach diesem anthroposophischen Modell zu der beschriebenen Regression oder auch zu einer Reaktivierung „liegendebliebener“, also nie seelisch aktiver Kräfte führen. Diese organische Regression oder organische Reaktivierung eigentlich psychischer Fähigkeiten kann in seiner gravierendsten Auswirkung zu dem oben beschriebenen autonomen und desorganisierten Wachstum führen, das aus dem Gesamtzusammenhang herausfällt und die eigene Organgestalt zerstört.

Diese Tendenz zur Somatisierung, also der Rückentwicklung psychischer Fähigkeiten in leiblich organische Prozesse ist innerhalb eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses ein bekanntes Phänomen. Bei der Krebserkrankung geht diese Rückbildung (Regression) und Somatisierung aber entschieden am weitesten. Steiner hat dies bereits 1920 dezidiert für die Krebserkrankung beschrieben (Steiner 1975). Bahnsohn (1986) hat interessanterweise eine ähnliche Komplementaritätshypothese beschrieben und die Krebserkrankung als Ergebnis eines Regressionsprozesses dargestellt und in Polarität gesetzt zum Krankheitsbild der Psychose, was wir ebenfalls bei Steiner 1920 angedeutet finden.

Die Kunsttherapie in der anthroposophischen Krebsbehandlung

Die künstlerisch kreativen Fähigkeiten des Menschen sind Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeiten der Seele. Dabei können sowohl leibliche wie geistige Einflüsse, Bedürfnisse oder Erlebnisse in der Seele aus ihr heraus zur künstlerischen Realisation kommen. Auch diese kreativen Gestaltungskräfte entwickeln sich biographisch aus leibgebundenen, zunächst noch wenig koordinierten Bewegungsimpulsen (z. B. in frühen Kinderzeichnungen) zu mehr und mehr koordinierten, gestalteten, schließlich leibunabhängigen, freien phantasievollen Gestaltungen, Bewegungen und bildnerischen, musikalischen oder sprachlichen Produktionen. Spielerisches, kreatives, künstlerisches Schaffen ist unter diesem Aspekt Ausdruck eines seelisch-geistigen Vermögens, das sich aus ursprünglich leibgebundenen Kräften und Fähigkeiten zu tendenziell leibfreier, phantasievoller Bewegungs- und Gestaltungsfähigkeit metamorphosiert hat.

Dieser anthropologische Zusammenhang des künstlerischen Vermögens mit der menschlichen Organisation und ihrer leiblichen, seelischen und geistigen Entwicklung ist ein wesent-

licher Grund für den hohen Stellenwert den die Kunsttherapien in der anthroposophischen Therapie haben.

Die Wirkungsweise der Kunsttherapien bezieht sich primär auf die Seele, seelisches Erleben und Verhaltensmöglichkeiten, ist aber nicht darauf beschränkt. Vielmehr kann die Wirkung der Kunsttherapie, insbesondere im Sinne einer übenden Therapie, ausgehend von aktivem künstlerischem Tun über das seelische Erleben bis in organische Funktionsabläufe hinein sich auswirken und einprägen. Andererseits kann das durch künstlerisches Tun angeregte und bereicherte seelische Erleben sich bis in Veränderungen des Alltags, Lebensentscheidungen, biographische Gestaltungen oder geistige Interessen und Beschäftigungen auswirken. Die Wirkungsmöglichkeiten der Kunsttherapie sind also groß.

Wir können in der Wirkungsweise der anthroposophischen Kunsttherapien zwei *Wirkfaktoren* unterscheiden (Treichler 2003):

1. Ausdruck im Sinne von Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeit unbewusster oder bewusster innerer Vorgänge oder Zustände mit künstlerisch kreativen Mitteln.
2. Eindruck im Sinne einer Verinnerlichung, eines bewussten und unbewussten seelischen Erlebens der künstlerischen Gestaltungen. Dabei kann es sowohl zu bewussten Selbsterfahrungen kommen als auch zu unbewussten psychischen und organisch funktionellen Einflüssen und Veränderungen sowohl der Befindlichkeit wie von Organfunktionen oder psychischen Verhaltensgewohnheiten.

Bei dem von Rhoda Born geschilderten maltherapeutischen Verlauf einer Patientin mit Mammarkarzinom ist erkennbar, und zwar sowohl aus den Schilderungen der Patientin selbst, wie aus den Bemerkungen der Therapeutin, dass beide Wirkfaktoren, Eindruck und Ausdruck zur Anwendung kamen. Die Patientin malte Erinnerungsbilder und seelische Stimmungen als Ausdrucksmöglichkeit ihrer Seele. Dabei machte sie selbst Erfahrungen über Verhaltensweisen, Gewohnheiten, bis hin zu Persönlichkeitseigenschaften. Im weiteren Verlauf der Therapie verändert die Therapeutin das künstlerische Medium und greift zum Formenzeichen von Flechtbändern und später zum Plastizieren mit Ton. Dabei beabsichtigte die Therapeutin über den Wirkfaktor "Eindruck" bestimmte Prozesse und Erlebnisqualitäten anzuregen, und zwar sowohl physiologische wie psychologische: beispielsweise Beweglichkeit, Flexibilität und Ordnung, Anregung des Rhythmus im Atem, Anregung von Empfindungen wie Freude, Begeisterung und Zufriedenheit, im Plastizieren dann Sensibilität im Tasten, rhythmisches Arbeiten, Steigerung des Körpererlebens und der Sensibilität für die eigenen Stimmungen, Empfindungen und Bedürfnisse.

Auch bei diesen therapeutischen Übungen machte die Patientin, wie in dem Bericht deutlich wird, wichtige Selbsterfahrungen, die über das Erleben und Gespräch in der Kunsttherapie von der Patientin in psychotherapeutischen Gesprächen bei mir noch vertieft und ergänzt werden konnten.

Durch das multiprofessionelle Therapieangebot innerhalb unserer psychoonkologischen Behandlung kann es entweder zur alleinigen Verordnung einer Kunsttherapie oder der Heileurythmie, zu einer Kombination von einer Kunsttherapie mit Heileurythmie und zu einer Kombination einer Kunsttherapie oder Heileurythmie mit begleitender Psychotherapie kommen. Die Patientin Frau Juli hatte wegen ihrer vorbestehenden und begleitenden depressiven Erkrankung neben den ärztlich medikamentösen und pflegetherapeutischen Maßnahmen die dargestellte Kunsttherapie sowie Heileurythmie und stützende psychotherapeutische Gespräche.

Neben den erwähnten Wirkfaktoren unterscheiden wir in der anthroposophischen Kunsttherapie auch noch die jeweils kunstspezifischen *Wirkprozesse* (Treichler 1996 und 2003):

Beim Plastizieren können beispielsweise die Wirkprozesse der Gestaltbildung, der Oberflächenbildung, der Grenzbildung und Wahrnehmung, der Berührung, der Körperwahrnehmung, des Körpergefühls, der Sensibilität und Mitbestimmung bei Druck- und Gegendruck eine Form entstehen und wachsen lassen und selber begrenzen.

Beim Malen sind es eher die Prozesse, durch Farben und Formen etwas auszudrücken, etwas Inneres oder Erinnertes sichtbar zu machen, etwas verändern zu können, mit Übergängen und Grenzen umgehen zu können, sich selbst zu erleben, sich im Bild auszudrücken und sich daran wieder selbst wahrzunehmen.

Neben den genannten Wirkfaktoren und den angedeuteten Wirkprozessen unterscheiden wir noch die kunsttherapeutischen *Wirkprinzipien*. Diese Wirkprinzipien sind im Einzelnen:

1. Ressourcenaktivierung leiblicher, seelischer, geistiger und sozialer Kräfte (z.B. Regeneration, Selbstwahrnehmung, Selbstheilungskraft, Gestaltungskraft)
2. Positive Selbsterfahrung im Körper erleben, im Befinden, in Vitalität, Phantasie, Kreativität und Selbstwertgefühl.
3. Spielerisch kreative Erweiterung der Möglichkeiten des Erlebens und Verhaltens im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen; Möglichkeit eine neue innere Haltung sich selbst und der Erkrankungssituation gegenüber zu finden.
4. Aktivierung und Innovation von Ich-Stärke und Selbstgestaltungskompetenz in der Krankheitsbewältigung und in der Lebensgestaltung.

In der Psychosomatik und Psychoonkologie in der Filderklinik versuchen wir die Verordnung einer bestimmten Kunsttherapie für einen Patienten aus der Zusammenschau von Mensch, Krankheit und kunstspezifischem Wirkprozess zu ermitteln. Dagegen begründet sich die Indikation einer Kunsttherapie im Allgemeinen aus den vier Wirkprinzipien.

In diesem Sinn sind die anthroposophischen Kunsttherapien therapeutische Interventionen, die sich am Menschen, seiner Erkrankung und den kunsttherapeutischen Wirkprinzipien und Prozessen orientieren. Die Indikation einer kunsttherapeutischen Intervention innerhalb der Onkologie hat nicht eine Behandlung der Krebsgeschwulst als organische Manifestation eines desorganisierten autonomen psychischen und physischen Prozesses zum Ziel sondern vielmehr die Anregung und Steigerung der individuellen Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung, des Selbsterlebens, der Lebensqualität und des seelisch-leiblichen Befindens.

Teil B

„Margots Paradies“ – ein Therapieverlauf

Zusammenfassung

Frau Juli ist eine 53-jährige Hauptschullehrerin mit Mammakarzinom und einer Erschöpfungsdepression, die ärztliche Zielverordnung lautet: Abgrenzungsfähigkeit unterstützen; geführte Mitte. Frau Juli ist eine willensstarke, disziplinierte Frau, deren Erstbilder sehr dynamisch, aber auch stark abgegrenzt gestaltet sind. Sie erhält insgesamt 13 Einheiten Kunsttherapie, in deren Verlauf sie zu Beginn malt und später zu Flechtbändern und Plastizieren übergeht. Die Nass-in-Nass-Malerei überfordert Frau Juli zunächst, da sie malerisch keine Verbindungen erarbeiten kann und durch die geforderten, weichen Konturen innerlich noch mehr verkrampft. Durch eine Modifizierung des Therapieverlaufes gelingt es, Frau Julis intellektuell-lineare Ausrichtung aufzugreifen, zu rhythmisieren und langsam neu zu gestalten. Dabei erkennt Frau Juli viele Charaktereigenschaften bei sich, die ihr durch die Bewusstwerdung neue Möglichkeiten und Wege im Alltag und im Umgang mit ihrem Umfeld eröffnen.

Rahmenbedingungen

Die Patientin ist über die Darstellung des Fallbeispiels informiert; sie hat diesen Text gelesen und ist damit einverstanden. Ihr Krankenhausaufenthalt umfasste 28 Tage, in der sie 13 Einheiten Kunsttherapie zu jeweils 60 Minuten erhielt. Frau Juli erschien täglich zur Therapie, das Setting war Einzeltherapie in der Gruppe. Äußerungen in Gänsefüßchen stellen Originalzitate von Frau Juli oder mir dar.

Ersteindruck und Diagnose

Meine ersten Informationen über Frau Juli erhalte ich schriftlich auf der Verordnung: 53. Lebensjahr, Mammakarzinom links. Der Tumor wurde operativ entfernt und die linke Axilla geräumt; zusätzlich wurde eine Erschöpfungsdepression diagnostiziert.

Die ärztlichen Zielangaben für die Kunsttherapie lauten: Abgrenzungsfähigkeit unterstützen; geführte Mitte. Frau Juli soll in einen rhythmischen Austausch von Denken und Fühlen geführt werden, so dass die Einheit von Wahrnehmen und Erkennen und das dementsprechende Handeln eine verbesserte Grenzsetzung ermöglicht.

Unser erstes Treffen erfolgt eine Woche nach der Operation. Frau Juli (Name geändert) erscheint pünktlich, sie hat etwas Aufgeschlossenes, Sympathisches an sich und ihr Händedruck ist kräftig und warm. Sie ist ca. 1,74 m groß, schlank und wirkt sportlich. Ihr kurzes, glattes, aber feines dunkelblondes Haar umrahmt ein ebenmäßiges, ovales Gesicht mit klaren,

offenen Zügen. Ihr Blick aus den intensiven, graublauen Augen ist wach und interessiert, Frau Juli trägt eine Brille.

Ich beginne die erste Stunde immer mit einer kurzen Einführung, in der ich Aufbau und Schwerpunkte der Therapie erkläre. Meine primäre Intention zu Beginn einer Therapie ist es immer, zunächst Interesse und Freude am Tun zu wecken. Die ersten beiden Stunden sind zum Kennenlernen des Materials und der Nass-in-Nass-Technik¹ gedacht. Dabei entsteht in der ersten Stunde ein ungegenständliches Bild, in der zweiten Stunde wird um ein gegenständliches Motiv gebeten. Beim dritten Termin wird in einer gemeinsamen Bildbetrachtung der weitere Verlauf der Therapie festgelegt, wobei ich Vorschläge einbringe und diese bei Nachfragen auch begründe.

Frau Juli freut sich auf das Malen, da sie zu Hause selbst kreativ arbeitet und verneint meine Frage nach Operationsschmerzen trotz hoher Sommertemperaturen (ca. 30 Grad), die anderen frisch operierten Patienten Probleme bereiten. Sie ist so positiv, unternehmungslustig und vital, dass man kaum glauben kann wie schwer sie erkrankt ist. Trotz ihrer gesunden, gebräunten Gesichtsfarbe wirkt Frau Juli aber noch blass. Sie macht einen sehr disziplinierten, willensstarken Eindruck.

Anamnese: Biografisch-medizinische Aspekte

Frau Juli ist voll berufstätig und arbeitet seit 31 Jahren als Lehrerin an einer Hauptschule in Süddeutschland. Sie liebt ihren Beruf und fühlt sich dazu bestimmt, gleichzeitig hat sie aber den Eindruck, sich dabei zu überfordern. Sie ist verheiratet (ihr Mann arbeitet ebenfalls als Hauptschullehrer), hat drei Kinder und führt eine glückliche Ehe. Im April diesen Jahres hatte sie einen Zusammenbruch, seitdem nimmt sie Antidepressiva. Frau Juli friert leicht, isst gerne sauer und träumt normal. Den Knoten in der linken Brust hat sie erst vor kurzem bemerkt, es war ihr aber sofort klar, sagt sie, dass es ein bösartiger Tumor ist. Kurz darauf erfolgte ihre Einweisung durch den Hausarzt.

Die Erstbilder

Technik/ Mittel: Nass-in-Nass-Technik; Aquarellfarben.

Format: Saugpostpapier DIN A3.

Ablauf: Selbstständiger Aufbau der Malutensilien, ca. 40 Minuten freies Malen, selbstständiges Aufräumen.

Nach einer technischen Einführung, die sich aufgrund der guten Farbkenntnisse von Frau Juli kurz gestaltet, beginnt sie im unbekanntem Medium Nass-in-Nass-Technik ruhig und

1) Die Nass-in-Nass-Technik verwendet Aquarellfarben, die mit Wasser im Schälchen angerührt werden. Das Saugpostpapier wird ganz im Wasser untergetaucht, auf einem Brett glatt gestrichen und zuletzt mit einem aufgelegten Tuch kurz abgestrichen. Das Ergebnis ist eine feuchte, leitfähige Oberfläche, so dass ein „exakt-lineares“ Arbeiten durch die sich verbindenden Farben nicht möglich ist. Ich verwende sieben Farben: Zwei Rot, zwei Gelb, zwei Blau und ein Rot-Violett. Die Farbtöne sind warm und kalt ausgerichtet.

sicher zu malen. Dabei verlagert sie ihre Körperachse zunehmend nach links, so dass sie am Ende der Stunde nahezu diagonal (Kopf und Oberkörper links oberhalb auf der Tischplatte, Unterkörper und Beine nach rechts unten ausgerichtet und in sich verknötet) am Tisch sitzt. Nach ca. 50 Minuten ist sie fertig und ganz erstaunt über ihr Bild (Abb. 1), das sie „ganz anders haben wollte“. Trotzdem findet sie es gut – es sei „einfach so geworden“.

Auch ich bin überrascht: Meine Wahrnehmung von Frau Juli und des gefassten, ruhigen Malprozesses steht nahezu konträr zu dem feurigen, dynamischen Bild das entstanden ist.

Beim zweiten Termin erscheint Frau Juli reservierter. Sie wirkt zurückhaltender und in sich gekehrt. Ruhig richtet sie ihren Platz ein und beginnt das neue Bild mit der Vorgabe, etwas „Gegenständliches“ zu malen. Wieder arbeitet sie äußerlich rhythmisch und gefasst, ihr Pinsel aber tanzt rasch, leicht, fast flüchtig über das Papier. In kleinen, aufgeregten Strichen lässt sie aus Magenta und Zitronengelb einen Baum entstehen; abermals verschiebt sich die Körperachse während der Stunde nach links. Frau Juli arbeitet richtig; sie mischt, wägt ab, verdünnt und trägt erneut auf. Dabei ist sie völlig konzentriert und in sich versunken, die Füße sind wieder doppelt verschränkt.



Abb. 1: Das freie Erstbild von Frau Juli

Ohne sich weiter zu ihrem Bild (Abb. 2) zu äußern erklärt sie nach ca. 65 Minuten bestimmt das Ende der Stunde. Sie räumt gründlich auf und verabschiedet sich. Da ich in der nächsten Stunde vertreten werde, bitte ich sie, als Thema Farben zu malen, von denen sie glaubt, dass sie ihr gut tun.

Bei meiner Rückkehr hat Frau Juli erneut gegenständlich und ihren Lieblingsplatz im Garten gemalt (Abb. 3).

Wir betrachten die Bilder gemeinsam und ich bitte sie, sich dazu zu äußern. Frau Juli sagt zu ihren Bildern folgendes:



Abb. 2: Das zweite freie, gegenständliche Bild von Frau Juli

„Das erste Bild hat mich sehr überrascht. Es ist einfach so geworden, so wild und lebendig. Es gefällt mir sehr gut, auch wenn es wenig mit mir zu tun hat. Bei dem zweiten Bild ist nur der Baum absichtslos entstanden, alles weitere habe ich überlegt gemalt. Ich wollte meine derzeitige Lebenssituation darstellen: Ich stehe auf einem Hügel und hinter mir ist ein starker,



Abb. 3: Das dritte freie Bild von Frau Juli

gut verwurzelter Baum. Am Ende der Hügelkuppe steht ein Gatter – eigentlich sollte es eine Bank werden, zum Hinsetzen und Ausruhen. Jetzt ist es ein Gatter geworden, an dem man sich festhalten und hinunter schauen kann, um die Aussicht auf die Ebene zu genießen. Man hat einen weiten Blick und alles ist offen – ohne Menschen. Ich möchte keine Menschen auf dem Bild haben, das ist mir zu anstrengend. Auf dem letzten Blatt sieht man meinen Lieblingsplatz im Garten, das ist Margot's Paradies. Den habe ich mir so eingerichtet, dass mich niemand dort sehen kann. Da liege ich dann und lese, ohne die Tür zu öffnen wenn es klingelt! Leider ist mir der Strauch und das Buch nicht so gut gelungen.“

Bei dem anschließenden Gespräch zeigt sich, dass Frau Juli emotional sehr viel in ihren Bildern wahrnimmt. So schildert sie zu Bild zwei ausführlich ihren sehnächtigen Wunsch nach Ruhe, ihre Unfähigkeit sich von Schulproblemen abzugrenzen und ihre Schuldgefühle, wenn sie meint, bei sozial schwierigen Kindern zu versagen. Obwohl sie die innewohnende Kraft bewundert, ist ihr Bild eins fast unheimlich – so viel Energie und Dynamik – das ist nicht theirs. Als Frau Juli ihr „Paradies“ anspricht, ändert sie sich: Ihre Stimme wird tiefer und wärmer und die Augen beginnen zu leuchten. Ihre Gestalt richtet sich auf und der Atem wird tiefer. Gleichzeitig schwingt eine leise Wehmut bei der Beschreibung ihres Lieblingsplatzes mit – wie selten sie ihn aufsuchen kann – und eben nur im Sommer.

Kunsttherapeutische Betrachtung der Bilder

Die kunsttherapeutische Betrachtung der Bilder (nach Frieling und Auer 2000, S. 385) zeigt einen guten Umgang mit Pigment und Wasser, wobei das letzte Bild fast trocken gearbeitet ist. Auffällig sind die leuchtenden Farben und die Lebendigkeit des ersten Bildes, wogegen die beiden anderen sehr ruhig und nahezu leblos wirken. Die Dynamik, die sich aus den Farben ergebende Bildperspektive und die Farbspannungen² sind bei Bild eins am intensivsten. Es wirkt hell, feurig und beinhaltet große Wärme. Im Gegensatz dazu haben die beiden letzten Bilder eine diffuse Helligkeit in sich, die kühl wirkt. Alle Arbeiten sind kleinflächig gearbeitet und einzelne Pinselstriche erkennbar, größere, durchgestaltete Farbflächen treten kaum auf. Die beiden gegenständlichen Bilder weisen viele Weißzwischenräume auf. Alle drei Motive haben einen inneren Zusammenhalt und eine kompositorische Anordnung, der insgesamt eher lineare und geometrisch ausgerichtete Formen zugrunde liegen.

Es entsteht der Eindruck einer starken Persönlichkeit, die zwar über ausreichende Vitalkräfte zur Genesung verfügt, jedoch keinen richtigen Zugang dazu hat. Das emotionale und dynamische Innenleben wird durch einen starken Willen gebändigt und durch ein reflektierendes Ich zurückgenommen. Dadurch verliert Frau Juli aber auch an selbstheilenden Lebenskräften, die spontanen und tiefen Gefühlen innewohnen. Entsprechend der anthroposophischen Annahme, dass Tumore Gestaltverlust hinsichtlich unkontrollierten Wachstums oder Verhärtung bedeuten, steht hier der Aspekt der Verhärtung im Vordergrund. Die Bilder von Frau Juli weisen auf eine Trennung zwischen Kopf und Gefühl hin, die verbindende Mitte, und dadurch auch der Zugang zu körpereigenen Vitalkräften, fehlt.

2) Unter Farbspannung verstehe ich das durch Farbton und Farbhelligkeit entstehende Spannungsfeld (Hamm 1989, 4).

Therapieziel (kurz/langfristig)

Aus den Beobachtungen ergibt sich als kurzfristiges Therapieziel für die Kunsttherapie das Lösen der verhärteten Strukturen im oberen Bereich der Gestalt sowie eine malerische Verbindung von Grenzen und dadurch eine Intensivierung des Atems. Als Mittel der Wahl bietet sich die Nass-in-Nass-Technik an.

Langfristig strebe ich eine Aktivierung der Vitalkräfte an. Ziel ist der bewusste Umgang mit eigenen Ressourcen, die durch gezielte Form- und Grenzbildungen wahrgenommen und geschont werden. Das dafür geeignete künstlerische Medium ist Ton, aber Plastizieren setzt ein gewisses Maß an vorhandenen Kräften voraus und ist für frisch operierte Patienten zu anstrengend.

Beschreibung des therapeutischen Prozesses

Um an Frau Julis letztem, für sie sehr wichtigem Paradies-Bild anzuknüpfen, bitte ich sie, ihre Gefühle an diesem Ort in Farben zu beschreiben. Sie wählt dafür Zitronengelb, Karminrot und Magenta aus, da sie die Stimmung als hell, warm und licht empfindet. „Geborgen“ fühlt sie sich in ihrem Paradies. Dennoch legt sie kreis- und ellipsenförmige Farbflächen („Luftballons“) ohne Kontakt zueinander an, die sie gleichbleibend fest ausmalt und die sie im Anschluss wenig an ihre Empfindungen erinnern.

Frau Juli versucht die geborgene Stimmung mit Goldgelb und dynamischen Bewegungen zu intensivieren. Allerdings ist sie nicht in der Lage, aus der Fläche heraus zu arbeiten: Sie legt mit raschen Strichen Konturen an, die sie dann farbig füllt. Ihre Laune und ihr Bezug zu ihrem Bild sinkt ständig – sie hält das Unbestimmte in ihrem Bild kaum aus und kann keine Verbindungen aus den geschaffenen Formen heraus gestalten. Immer wieder zieht sie gedachte Umrisslinien und grenzt ab.³ In ihrem Gesicht beginnt sich ein großes Fragezeichen abzuzeichnen: Was soll das, ich kann das nicht! Gegen Ende der Stunde schlage ich ihr ein freies Gegenbild als Kontrast zur therapeutischen Übung vor. Sichtlich erleichtert und motiviert malt sie ihr viertes Bild (Abb. 4), sie möchte einen dunklen, kräftigen Gegenpol mit scharfen Konturen schaffen.

In der nächsten Stunde ist sie bei der Betrachtung des trockenen Zwischenbildes³ enttäuscht: es ist „fad und langweilig“. Pflichtbewusst geht sie wieder an die Arbeit und versucht, Schwerpunkte oder Betonungen aus der Farbe (hell/ dunkel) heraus zu setzen. Aber Frau Juli wirkt lustlos und arbeitet auch so: immer wieder übermalt sie bereits entstandene, schöne Stellen mit dicker Farbe. Ihr Bild gefällt ihr immer weniger. Ich frage, ob ich an ihrem Bild etwas ändern darf und sie stimmt zu. Vorsichtig nehme ich überschüssige Pigmente ab und verbinde die Reste mit einem kräftigen Pinsel in großen, weichen Schwüngen. Anschließend bitte ich Frau Juli um eine Reduktion der Einzelelemente von fünf auf vier. Sie will ein Element „ausblenden“ und macht sich daran, es zu übermalen. Erneut bitte ich um ihre Einwilligung und verbinde anschließend zwei Kreise mit leichtem Schwung durch gleichzeitige Intensivierung (Verdunklung) der Kreiszentren. „Man kann“, sage ich, „anstelle etwas auszublenden Dinge auch verbinden. Wichtig ist nur, dass man weiß wo der Schwerpunkt liegt“. Es geht mir dar-

3) Dieser Zwischenzustand wurde nicht dokumentiert.



Abb. 4: Das vierte (freie) Bild von Frau Juli (Der dunkle Gegenpol zu Abb. 5)

um, dass Frau Juli bemerkt, dass wir unser Umfeld an unsere Prioritäten anpassen können, und anstelle von Grenzen Schwerpunkte setzen, die wir selbst gestalten können. Frau Juli sieht mich aufmerksam an: „Wollen Sie mir damit etwas fürs Leben sagen?“, fragt sie, „ich verdränge sehr viel, blende viel aus. Darin bin ich gut.“ Die weitere Aufgabe besteht darin, spielerisch zu trennen oder zu verbinden ohne Konturlinien zu bilden. Obwohl sie sich schwer tut, beendet Frau Juli die Stunde zufrieden, jetzt sei ihr Bild nicht mehr so fad.

Bei der Betrachtung des getrockneten Bildes (Abb. 5) zu Beginn der sechsten Stunde lehnt Frau Juli das Bild erneut energisch ab. Es ist ihr alles zu schwammig, zu weich, zu ungenau.

Auch ich habe mir Gedanken gemacht: Offensichtlich löst die Lockerung der Grenzen im Bild und der Versuch, zu verbinden, als Gegenreaktion innere Bilder wie die entstandenen, aggressiven Spitzen hervor. Frau Juli reagiert auf Unkonkretes also mit noch mehr Form, noch mehr Verhärtung und Abgrenzung. Ich nehme ihr zuviel ihrer Struktur, ihres Haltes. Ich bin einen Schritt zu weit und zu schnell gegangen, jetzt muss ich sie da abholen, wo sie steht.

Wir entscheiden das Malen abzuschließen und beginnen mit dem Zeichnen von Flechtbändern. Flechtbänder haben klare Regeln und Gesetzmäßigkeiten (Kutzli 1984). Sie verlaufen in vorgegebenen Bahnen und verlangen doch nach innerer Flexibilität. Diese Übungen verlangen bereits nach einem gefestigteren, physischen Zustand und Frau Juli verfügt mittlerweile über die nötigen Kräfte, so dass auch Plastizieren in Erwägung gezogen wird.

Langsam beginnen wir mit der Arbeit an den Flechtbändern, zunächst max. 15 Minuten. Frau Juli ist begeistert. Sie ist ganz bei sich und atmet tief und gleichmäßig, während sie sich ihren Weg durch die Punktreihen sucht (Abb. 6). Das ist genau ihr, sagt sie, „ich bin total konzentriert und am Ende angenehm müde.“ Sie ist so angetan, dass sie im Zimmer üben will – was ich ihr sofort untersage. Sie muss lachen. Am nächsten Tag wollen wir zusätzlich mit Ton beginnen.

Diese Stundenaufteilung behalten wir für den Rest ihres Aufenthaltes bei: Zu Beginn werden ca. 20 Minuten Flechtbänder geübt, im Anschluss daran wird plastiziert. Dabei wird der geführte, rhythmische Schwung der Flechtbänder aufgegriffen und im Plastischen in einer ruhigen und gleichmäßigen Handlung konzentriert.

Frau Juli verfügt über eine rasche Auffassungsgabe und ist begierig auf Neues. Immer weiter, immer schwieriger will sie ihre Formen haben. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Ordnung lässt sie immer wieder lange Strecken in der Luft vorzeichnen, bevor sie den Bleistift auf das Papier setzt. Flechtbänder verlangen Mut, Selbstvertrauen, innere Flexibilität und Offenheit. Ist man zu sehr auf das Detail fixiert, verliert man den Blick für das Ganze. Ich weise Frau Juli darauf hin, ihr Tempo ruhig beizubehalten und sich langsam, aber gleichmäßig auch schwierigen Stellen mit dem Stift zu nähern und sich dabei von der Bewegung leiten zu lassen. Es fällt ihr schwer, sich selbst zu vertrauen und immer wieder verkrampft sie sich. Trotzdem wird Haltung und Atmung immer besser.

Für den Rest der Stunde beginnen wir langsam und rhythmisch mit der Aufbautechnik eine Kugel zu formen. Frau Juli arbeitet fast ausschließlich mit den Fingerspitzen, bemüht sich aber nach meiner Intervention, ebenso Handfläche oder Ballen zu benutzen. Es fällt ihr sofort auf, dass sie hier gezwungen ist, mit beiden Händen zu arbeiten, was sie als angenehmen Ausgleich zur sonst einseitig rechts orientierten Arbeit empfindet. Immer wieder greife ich ein, weise sie auf Tempo, Druck und Haltung hin. „Ich bin immer zu schnell“, sagt Frau Juli, „schnell, schnell, schnell. Das geht hier nicht, das finde ich gut“. Es ist auffällig, wie wenig Gefühl sie in den Fingerspitzen hat: Immer wieder schätzt sie Druck und Gegendruck falsch ein und verformt die Kugel häufig. Leicht ermüdet, aber zutiefst zufrieden verlässt Frau Juli die folgenden Stunden.

Immer wieder zeigt sich beim Flechtband ihr starker Intellekt, der sie zögern oder die kompliziertesten Wege suchen lässt. Sie ist hellauf begeistert, „es hat mich richtig gepackt“, sagt sie, „ich bin ein Harmoniemensch.“ Sie hat Freude an den sich immer vollendenden, ausgewogenen Formen und arbeitet zunehmend leichter und spielerischer. Parallel dazu bemerkt sie im Plastizieren, dass sie stets mit zuviel Kraft arbeitet, zu wenig abspürt, zu viel



Abb. 5: Das fünfte Bild von Frau Juli
(Das Gefühl in Margots Paradies)

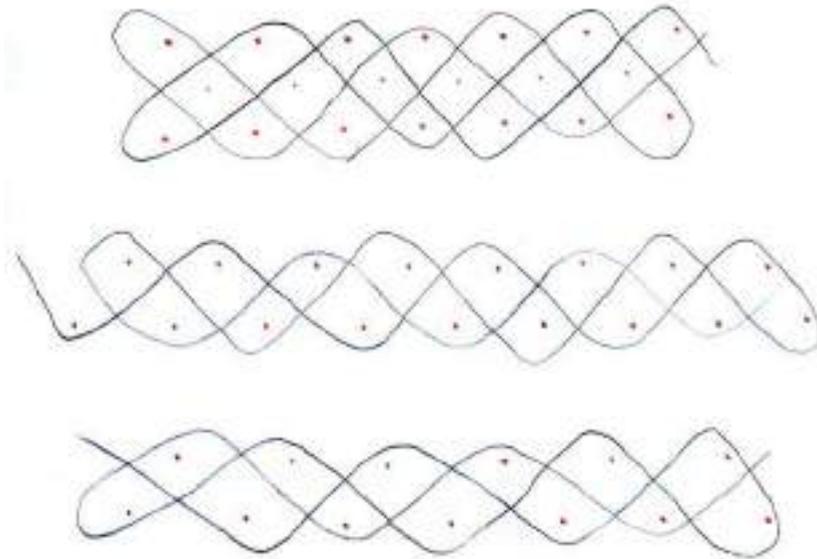


Abb. 6: Ein einfaches Flechtband

Anstrengung benötigt. Ihre Bewegungen werden gezielter, langsamer, geführter und sicherer. Mittlerweile arbeitet sie viel mit der Handfläche, spreizt die Finger dabei aber starr ab. Ich interveniere, weise sie darauf hin und bitte sie, bei jedem Druck auszuatmen und die Hand an die Kugelwölbung anzuschmiegen.

Einmal erscheint Frau Juli „durcheinander“, wie sie sagt, von einer anderen Behandlung, die direkt davor stattgefunden hat. Wir beginnen mit einfachen Flechtbändern, doch es geht schlecht. Sie findet keinen Rhythmus, bleibt hängen und ist unsicher. Erst nach einer halben Stunde findet sie sich besser zurecht und wir beenden die Therapieeinheit. „Das war gut“, sagt Frau Juli, „ich fühle mich wieder beweglicher, geordneter und sicherer. Vorher hätte ich nicht mit dem Ton beginnen können.“

In der 10. Stunde beginnt Frau Juli, die Kugel in die Fläche zu überführen. Ich befürworte Reliefarbeit, um weiterhin rhythmisch Arbeiten zu können (hoch/tief) und zugleich das emotionale Empfinden (der in den Fingerspitzen liegende Tastsinn sensibilisiert für Empfindungen) zu fördern. Frau Juli hat sich für ein Flechtband als Tonrelief entschieden und eine einfache, symmetrische Form ausgesucht. Sie drückt die Kugel zwischen beiden Händen flach und legt sie anschließend auf die Tischfläche. Die Ebene ist für Frau Juli „eine gewaltige Herausforderung. Dabei muss ich nichts anderes tun, als Unebenheiten abzuspüren – und genau das ist es ja, abspüren, in mich hineinhorchen...“ Sie stellt fest, dass sie immer wieder auf die Fläche schauen muss. „Als ob ich mich auf meine Hände nicht verlassen kann“, sagt sie. Zu Beginn arbeitet Frau Juli sehr angestrengt und schnell, immer wieder hält sie den Atem an. Schließlich schließt sie die Augen und arbeitet lange schweigend. Als Frau Juli sie wieder öffnet, ist sie sehr gerührt. „Das ist eine intensive Erfahrung gewesen, dass ich meinem Gefühl vertrauen kann und mich lange mit etwas auseinander setze. Zu Hause hätte ich einfachere Lösungen gesucht, ein Nudelholz zum Beispiel. Ich hätte versucht, die Schwierigkeiten zu umgehen.“

Von dieser Stunde an hat sich etwas geändert. Frau Juli erscheint am nächsten Tag senkrechter in ihrer Haltung, ihre Beine stehen fest auf dem Boden. „Ich habe nach der Stunde gestern viel aufgeschrieben“, sagt sie, „weil mir sehr viel über mich klar geworden ist.“ Dann geht sie zu ihrem Tonbrett und ich frage nicht nach. Ihr Atem geht ruhig und gleichmäßig und sie wirkt so souverän und sicher, dass ich mich zunehmend zurückziehe. Die wenigen Hilfestellungen die ich ihr noch gebe, formuliere ich meist nur zur Hälfte und sie vollendet den Satz, sie weiß genau was gemeint ist. „Das bin ich“, sagt sie, „ich verliere mich im Klein-Klein, strenge mich verbissen an und gehe dabei immer über meine Grenzen. Oder ich suche Wege, um dem Problem aus dem Weg zu gehen, anstelle mich durchzusetzen. Ich arbeite immer mit dem Kopf und der rechten Hand, zu einseitig. Und dann verkrampfe ich. Das beidseitige, Druck und Gegendruck, das Ganze tut mir gut.“

Frau Juli wirkt in zunehmendem Maße lebendiger, mutiger, zentrierter und sicherer. Dabei hat sich zusätzlich zu ihrem starken Willen ein leichteres, spielerisches Element hinzugefügt, das sie offener und flexibler wirken lässt. Sie verlässt die Kunsttherapiestunden strahlend mit einer gesunden Gesichtsfarbe. Als sie ihr Relief abschließt, meint sie lächelnd: „Die paar Unebenheiten lasse ich stehen, die verstärken den Kontrast zu der geometrischen Form noch.“

Im anschließenden Abschlussgespräch und der Betrachtung aller entstandenen Arbeiten sieht Frau Juli ihren Arbeitsschwerpunkt ganz klar im Plastizieren. „Die Farben haben mich gelockt, aber da wäre ich nicht weiter gekommen, mit dem Zackenbild z.B., da bin ich an meine Grenzen gestoßen.“ Sie empfindet das Bild jetzt „verbissen, fast aggressiv“ und „zusammenhangslos“. „Da fehlt der Gegendruck“, sagt sie und lacht. Das Baumbild hat sie am meisten aufgewühlt, weil sie wusste, sie muss etwas ändern, aber was? Jetzt hat sie klare Vorstellungen, in welchem Umfang und wie sie kreativ für sich zu Hause weiter arbeiten will. „Beim Plastizieren, gerade bei der Arbeit an der Fläche war ich ganz bei mir. Da ist mir bewusst geworden, wie oft ich mich verbiege, nicht nur körperlich; das ist mir nach Ihrer Haltungskorrektur aufgefallen. Dadurch verliert man den Überblick, auch für die eigenen Grenzen. Ich muss mein Tempo und meine Ansprüche ändern, das ist ganz wichtig für den Alltag. Auch sonst, auch das Gefühl, in der Schule für alle Kinder da sein zu müssen. Ich will immer alles schnell eibebnen, glatt machen und Harmonie haben. Mein Paradies eben.“

Frau Julis Angaben machen deutlich, was sie für sich aus der Therapie mitnehmen kann: Das Gefühl, sich selbst und die eigenen Bedürfnisse und Grenzen wieder klarer wahrgenommen zu haben. Sie hat die Möglichkeit, die Erkenntnisse, die sie sich im aktiven Tätigsein erarbeitet hat, in ihren Alltag zu integrieren. Ihr Eindruck, bzw. ihre Selbstwahrnehmung, kann zum neugestalteten, aktiven Ausdruck werden durch den sie ihr Leben und ihr Umfeld neu strukturiert.

Auf die Frage, ob sie noch etwas anmerken möchte, überlegt Frau Juli kurz. Dann meint sie: „Mir hat die heitere Atmosphäre hier gut gefallen. Dass ich keinen Druck gespürt habe, kein Muss, sondern nur Möglichkeiten. Durch dieses Gefühl der Freiheit war ich in mir selbst gefordert, bei Vorschriften hätte ich nur die Stacheln aufgestellt und innerlich: „Dagegen!“ gerufen. Man ist ehrlicher, kritischer mit sich selbst, wenn man sich nicht nach außen behaupten muss.“

Als Frau Juli ein viertel Jahr später meinen Text Korrektur liest, schreibt sie u.a. zurück: „Ich habe den Bericht mit Interesse gelesen und festgestellt, dass ich mich im Alltag weiterhin bemühen muss die damaligen Erkenntnisse ständig wieder wachzurufen. Es war der berühmte 'Wink mit dem Zaunpfahl' für mich. (...) Trotz meiner Krankheit wird mir der Aufenthalt in

der Filderklinik als eine sehr positive, intensive Erfahrung in Erinnerung bleiben und daran haben Sie einen wichtigen Anteil!“

Frau Juli hat ihr Flechtbandrelief (Abb. 7) mitgenommen. Sie hat es zu Hause glasiert und arbeitet an weiteren Formen.



Abb. 7: Das Tonrelief mit Flechtband

Literatur

- Bahnson C B (1986). Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: Uexküll (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fintelmann V (2002) (Hrsg.). Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Stuttgart: Mayer.
- Frieling E, Auer S (2000). Künstlerisch-malerische Elemente in ihrer Beziehung zur Menschenkunde. In: Mees-Christeller; Denzinger; Altmaier: Anthroposophische Kunsttherapie. Band 2: Therapeutisches Malen und Zeichnen. Stuttgart: Urachhaus 2000.
- Hamm U (1989). Farbe. Stuttgart: Klett.
- Koch U, Weis J (1998). Psychoonkologie in Deutschland. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. Schwerpunktheft Psychoonkologie 9/10, S. 319f.
- Kutzli R (1984). Entfaltung schöpferischer Kräfte durch lebendiges Formenzeichnen. Band 1-12. Freiburg i. B. : Die Kommenden GmbH.
- Larbig W, Tschuschke V (2000) (Hrsg.). Psychoonkologische Interventionen. München: Reinhardt.
- Ollilainen P (2003). Heileurythmie in der Krebsbehandlung. In: Fintelmann, V. (Hrsg.): Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Stuttgart: Mayer.
- Steiner R (1975). Physiologisch-therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft, GA 314, Dornach: Rudolf-Steiner-Verlag.
- Treichler M (1996). Mensch – Kunst – Therapie. Stuttgart: Urachhaus.
- Treichler M (1998). Das Therapieangebot in der Anthroposophischen Medizin. Stuttgart: Mayer.
- Treichler M (2002). Psychosomatische Ansätze in der Onkologie. In: Fintelmann V (Hrsg.): Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Stuttgart: Mayer (dort auch weitere Literatur).
- Treichler M (2003). Kunsttherapie in der anthroposophischen Onkologie – Grundlagen. In: Fintelmann V (Hrsg.): Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Stuttgart: Mayer.
- Tschuschke V (2002). Psychoonkologie. Stuttgart: Schattauer.

Traumverarbeitung in der Kunsttherapie bei Krebs – Psychosomnologische Aspekte in der onkologischen Rehabilitation

Angelika Specht

Zusammenfassung

Vielfältige Schlafstörungen, angefangen von Insomnien (Ein- und Durchschlafstörungen) über Albträume, aber auch Fatigue (Erschöpfungszustände) sind bei krebserkrankten Menschen in der Nachsorge bekannt. Im Folgenden wird die kunsttherapeutische Behandlung einer 65-jährigen Frau mit Brustkrebs vorgestellt, die während einer Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationsklinik mit ihren Träumen arbeitete. Das malerische Bearbeiten der Träume ermöglichte ihr eine Entlastung aus seelischer wie körperlicher Erschöpfung und persönlichkeitsgerechte Strategien der Neuanpassung an die veränderte Lebenssituation.

Immer wieder berichten an Krebs erkrankte Patientinnen und Patienten, dass die Diagnose und Primärtherapie ihrer Erkrankung zu einem einzigen Albtraum wurden, auch wenn sie fachlich nach bestem Wissensstand und Können und darüber hinaus menschlich freundlich behandelt wurden. In der Tat fanden sich eine Reihe von PatientInnen, die vor allem in unmittelbarer Folge nach der Erstbehandlung – in der so genannten Anschlussheilbehandlung einer Rehabilitationsklinik – vermehrt unter Schlaflosigkeit und Albträumen litten.

Ähnliches konnte ich auch bei Patienten beobachten, deren Krankheitszustand sich verschlechterte. Viele PatientInnen berichteten von Phasen der Erschöpfung und Burn-out-Syndrom im Vorfeld der Erkrankung oder während der Wiedererkrankungen. Schlafprobleme jeder Art wie auch Fatigue sind allerdings Befindlichkeitsstörungen, die nicht zwingend mit Krebserkrankungen in Verbindung stehen müssen. Dennoch ist es von therapeutischem Wert, das Regenerationssystem auch auf seelischer Ebene zu unterstützen. Hier gibt es Heilungschancen, die in der Praxis sicherlich noch längst nicht vollständig ausgelotet sind.

Ich durfte viele malerische Arbeiten von Patienten während ihres Kuraufenthalts in einer Rehaklinik vollständig fotografisch dokumentieren. Außerdem erlaubten mir die Patienten, ihre Krankheits- und darauf bezogenen Lebensdaten darzustellen. Die persönlichen Daten werden selbstverständlich geschützt. Im Folgenden stelle ich einen Einzelfall aus der Praxis vor.

Brigitte Andersen (Name geändert) war 65 Jahre alt und Rentnerin, als sie an Brustkrebs erkrankte. Hinter ihr lag eine Jahre lange Trennungsphase von ihrem Mann, die sie im Erstgespräch als sehr schwierig schilderte. Sie war ihr Berufsleben lang an einem Theater in Süddeutschland als Kostümbildnerin tätig gewesen, und hatte gleichzeitig ihre behinderte Tochter betreut. Wenn die Tochter einen weiteren Krankheitsschub hatte und weiterer Phasen

langer Krankenhausbehandlung bedurfte, betreute sie zusätzlich auch ihr Enkelkind. Frau Andersen war das erste von drei Kindern gewesen. Beide Eltern waren in mittleren Jahren an Krebs gestorben.

Der Diagnose Brustkrebs folgte eine Brustamputation mit Entfernung der Lymphknoten im Achselbereich. Danach erhielt sie Chemotherapie, die kurz vor der Reha-Maßnahme abgeschlossen war. Neben der Kunsttherapie-Gruppe, die sie für sich als außerordentlich wichtig einstufte, nahm sie kontinuierlich an einer Entspannungsgruppe mit Progressiver Muskelrelaxation, einer regelmäßigen Morgenmeditation und an einer psychologischen Gesprächsgruppe teil.

Alle Kreativität ist Offenbarung – (Matthew Fox)

Wie Frau Andersen sagte, wurde sie immer zum Zeichnen getrieben, und äußerte als Ziel für ihre Teilnahme an der Kunsttherapie-Gruppe, sie wolle wieder Freude am Malen gewinnen. An dieser Gruppe nahmen ausschließlich Patienten und Patientinnen aus der Anschlussheilbehandlung (Specht 1988, S. 5-7) teil.

Absicht hinter dieser Patienten-Auswahl für die Kunsttherapie-Gruppe war es, den frisch behandelten Patienten eine Möglichkeit der seelischen Verarbeitung des Krankheitsgeschehens und seiner Behandlungen zu geben. Sie sollten die Chance haben, 'das Unsagbare' ausdrücken zu können. Therapeutisch gesehen erforderte dies ein stark stützendes, nicht konfliktorientiertes Konzept (Specht 1992, S. 63-122). Ihnen stand ein während der Malzeiten vor Blicken und Störungen Fremder schützender Raum sowie therapeutische Hilfestellungen beim Malen zur Verfügung. Leuchtende Farben und vielfältige andere Malmaterialien waren für sie vorbereitet. Themen wurden nie vorgegeben oder angeregt.

Nach einer kurzen Begrüßungsrunde ging die gesamte Gruppe von 8 Mitgliedern für etwa eine Stunde zum Malen in den Malraum. Danach gab es eine weitere Stunde lang die Möglichkeit zur Besprechung der Malerfahrungen. Dies nutzten die einzelnen PatientInnen in unterschiedlicher Intensität und Dauer.

Zwei Mal in der Woche kam die Gruppe zusammen, wobei durch die Gegebenheiten der Klinik jede Woche ein kleinerer Wechsel der Mitglieder notwendig war, da Patienten abreisten oder neu anreisen. Kontinuität wurde allein durch die Therapeutin und das Konzept der Kunsttherapie gewährleistet. Der Wechsel der Mitglieder erschwerte die Kontaktaufnahme untereinander.

Ich orientierte mich vor allem an der Arbeitsweise des Ausdrucksmalens, wie es von Arno Stern (1978, 1998) und Bettina Egger (1980) entwickelt wurde, und passte diese Methode den Gegebenheiten der Klinik und den Betroffenen an. Dies bedeutete auch, dass Brigitte Andersen zu jeder Tageszeit in die Malwerkstatt gehen konnte, um dort ihre Bilder zu Papier zu bringen. Außerhalb der Therapiezeit hatte dies zur Konsequenz, dass sie beim Malen keine personelle Unterstützung bekommen konnte und dass andere Patienten ebenfalls im Raum anwesend sein konnten, auch solche, die nicht ihrer eher vertrauten Kunsttherapie-Gruppe angehörten.

Eine Nutzung der Werkstatt auch nachts sollte schlaflosen PatientInnen die Möglichkeit geben, in den Nachtstunden sinnvoll tätig zu werden und ihren Anliegen wie ihrer Gestaltungskraft einen Ausdruck zu verschaffen.

Für Frau Andersen präsentierte sich die Nachtseite ihres Lebens zu diesem Zeitpunkt dramatisch: sie hatte viele Albträume und längere Phasen der Durchschlafstörungen. Sie war es schon gewohnt, von ihren Albträumen erschreckt aufzuwachen und dann wach zu bleiben. Daher sind neben den Bildern aus der Therapiegruppe auch Spontanmalereien von ihren Träumen erhalten, die sie nachts während ihrer Schlaflosigkeit gemalt hatte. Einige entstanden am anderen Tag, manche im Rückblick auf ihre Tageserlebnisse, die zum Teil für sie ebenfalls Albtraumcharakter hatten. Weitaus mehr Bilder jedoch entstanden während der Therapiezeiten. Insgesamt sind ihre 37 zumeist großformatigen Bilder als Fotografie erhalten. Eine Bearbeitung ihrer Träume im Sinne einer psychoanalytischen Traumdeutung fand nicht statt, um dem Stützenden in der Therapie den Vorrang zu geben. Ich verhinderte jedoch auch das freie Explorieren nicht, da einige PatientInnen sich gerne mit den Inhalten ihrer Träume und/oder ihrer Bilder intensiv befassen wollten. Ich ermutigte die Malenden durchaus zu einem kleinen Austausch, ließ ihnen aber immer die Wahl, die Inhalte auch für sich zu behalten.

In allen Kunstwerken ruht Weisheit – (Hildegard von Bingen)



Abb. 1: 'Verfolgungstraum'

Brigitte Andersen berichtete mir unter vier Augen - noch vor ihrer Teilnahme an der Kunsttherapie-Gruppe - von ihrem ersten Traum (Abb. 1), und zwar innerhalb der ersten Tage nach ihrer Kliniksankunft. Es war ein Albtraum, der sie schon wiederholt beunruhigt hatte. Das Bild, das sie nachts gemalt hatte, zeigt eine Verfolgungssituation in einem dunklen Gewölberaum, in dem eine eher weibliche Figur in weißem Gewand von gesichtslosen Männern gejagt wurde. Jedes Mal bei diesem Traum war sie erschreckt und zutiefst beunruhigt aufgewacht. Beim Erzählen des Traums kam ihr der Gedanke, dass hier die Beziehung zu ihrem geschiedenen Mann, einem Alkoholiker, angesprochen sein könnte. Dieser habe auch schon Jahre vor der Trennung die gemeinsame Wohnung verlassen, sei auf Wanderschaft gegangen, und immer, wenn er kein Geld mehr besessen hatte, sei er plötzlich vor ihrer Wohnungstür

erschienen. Dies habe ihr immer einen großen Schrecken verursacht.

Da dieser Traum sich schon zu Hause wiederholt hatte, war sie sehr erstaunt, dass er nach dem Malen und Erzählen nicht wieder auftrat. Sie registrierte dies mit Erleichterung.

Das Malen von Träumen hat den Charakter einer 'Amplifikation' (C. G. Jung nach Ammann 1984). Albträume vieler PatientInnen sind gelegentlich so erschreckend, dass sich die Be-



Abb. 2: 'Initialbild der Therapie'

Davor stehe ein erschöpfter Baum, der keine Lebenskraft mehr habe, so wie etliche Gräser am Wegrand auch. Zu dem roten Gebilde unten links habe sie keinen Bezug. Sie kenne es nicht, aber ihr komme es so vor, als könne dies so etwas wie der Krebs sein. Das Malen in diesem großen Format habe ihr besondere Freude gemacht, weil sie mit großen Schwüngen habe malen können. Sie fühle sich am Ende der Sitzung freier und erleichterter.

Bemerkenswert ist hier für mich, dass die gemalten Symbole 'Weg', 'erschöpfter Baum' und 'Himmel' für die Patientin auf der Erscheinungsebene des Bildes gleichsam real erschienen. Sie sieht keinen direkten Bezug zu ihrem Lebensweg und Krankheitsgeschehen. Auf den weißen 'erschöpften' Baum wies sie sogar hin, dies blieb aber ohne Beziehung zu ihrer eigenen Erschöpfung. Auch die Benennung 'des Wegs, der im Himmel weiter geht', scheint keinen Bezug zu ihrer kognitiven Welt zu haben, obwohl im allgemeinen Verständnis unserer Kultur Krebs und Tod einerseits, Tod und Himmel andererseits, eng miteinander konnotiert sind. Lediglich bei der roten Figur im Vordergrund stellt sie eine vage Beziehung zu sich her. Es ist anzunehmen, dass das seelische Geschehen ihrer Krankheitserfahrung so überwältigend Raum gegriffen hat, dass Brigitte Andersen sich davon unbewusst weit distanzieren muss. Damit kann sie den Krebs buchstäblich in den Vordergrund stellen, ihn fokussieren und emotional überleben. In der Therapiestunde blieben wir vollkommen auf der Ebene des Erlebens der Patientin.

Ihr nächstes Traumbild entstand eine Woche später, also in der dritten Malstunde ihrer Gruppentherapie. Sie berichtete von einem Traumrest, in dem eine Art Mischung aus Vogel

troffenen abends schon vor dem Einschlafen fürchten. Ihre Hingabefähigkeit an den Schlaf ist eingeschränkt. Eine Erholung durch Schlaf, das natürlichste Mittel zur Regeneration, ist für sie nicht zu erwarten. Auch Frau Andersens berufliche und familiäre Erschöpfung fand keinen Ausgleich mehr in der Ruhe der Nacht.

In der ersten Malphase der Kunsttherapiegruppe (Abb. 2) entstanden insgesamt drei großformatige Malereien in einem Maß von 70 x 100 cm in einer Stunde. Das Initialbild der Therapie ist in dieser vorgestellten Bilderserie das einzige Bild, das nicht von einem Traum her entstand. Ich möchte es dennoch hinzufügen, weil es beispielhaft die Patientin als Person in dieser besonderen Lebensphase kennzeichnet.

Die Patientin beschrieb das Bild nach dem Malen in etwa so: Sie habe alles gemalt, wie sie es empfand: da sei ein Weg durch vertrocknetes Gras entstanden, der sich irgendwie am Horizont verliere. Genau dort scheine der Horizont zu brennen, rot vor Glut. Dann scheine der Weg im Himmel weiter zu gehen.

und Mensch sich wie aus spitzen Trümmern erhoben (Abb. 3). Es sei nicht ganz leicht gewesen, diese Figur zu malen, denn sie habe nur eine Ahnung von ihr gehabt, jedoch kein klares Bild. Sie meinte, es erinnere sie an die Redewendung vom Phönix aus der Asche. Doch sei die Asche hier hart und bedrohlich gewesen. Insgesamt aber sei es ein schönes Gefühl gewesen, dass die Figur aus dem Dunkel sich erhob und dem Licht zustrebte. Und das sei es gewesen, das sie zum Malen angeregt hätte.

Bei Bildner:innen Krebskranker findet sich häufig das Bemühen, zum Licht zu gelangen. Manchmal in Bildern von erlebten Nahtoderfahrungen (Grof und Grof 1984), manchmal in anderen Zusammenhängen, häufig in der symbolhaften Verwendung der Farbe Gelb oder im Wunsch, pastellfarbene, sehr zarte und helle Farben ohne Kontraste zu verwenden. Dennoch sollte man bedenken, dass die hellen Farben allein keineswegs einen Hinweis auf ein onkologisch relevantes Geschehen geben.

Bedeutsam könnte allenfalls sein, wenn den Patient:innen trotz intensivsten Bemühens das ersehnte Leuchten nicht gelingen will. Malerisch gesehen kommt ein Leuchten der Farben eher durch Hell-Dunkel-Kontraste zu Stande. Depressive und gleichzeitig kraftlose Kranke scheinen aber die dunklen Farben als 'schlechte' Farben zu meiden. Jedenfalls äußerten viele ihre Abneigung in dieser Weise.

Frau Andersen aber scheute keinesfalls dunkle Farben, nicht einmal das Schwarz, das sonst eher in den Farbtöpfen zurückblieb. Sie verwendete es häufig, aber nicht immer. Und mir kommt es in der Reflexion im Nachhinein so vor, als setzte sie sich mit den dunklen Seiten ihres Lebens ebenso auseinander wie mit dem Wunsch nach den lichtvollen und angenehmen Seiten. Parallel dazu ging sie mit ihrer Erkrankung nicht defensiv, sondern offen um, sowohl in ihren Bildern wie auch in den Schilderungen über sich und über ihre gesundheitliche und familiäre Situation. Selbstverständlich aber zögerte sie bei heiklen Themen, was auch ihr Psychologe berichtete, mit dem es eine enge Zusammenarbeit in der Klinik gab. Doch erschien uns ihr Mut außerordentlich, zu sich selbst und zu ihren Schwierigkeiten zu stehen. Dieser Eindruck wurde dadurch verstärkt, dass sie auch noch eine weitere schwere Erkrankung aus dem nichtonkologischen Bereich zu bewältigen hatte: eine drohende Erblindung. Darauf soll in diesem Rahmen nicht eingegangen werden.

In der vierten Sitzung malte Brigitte Andersen wieder einen Traum (Abb. 4, S. 238): sie geht einen geraden Weg entlang, links und rechts sind Mohnfelder. Wieder gehe sie ins Licht, der Sonne entgegen, meinte sie. Sie wunderte sich über die düster blauen und violetten Wolken, die seitlich am Himmel zu sehen sind, fand aber, dass diese die Stimmung des Traums bestens wiedergaben. Erstaunt erblickte sie bei der Betrachtung des Wegendes, wie dieser



Abb. 3: 'Phönix aus der Asche'



Abb. 4: 'Weg durch Mohnfelder'

Bilder in ihrer Symbolik eng mit einander verwandt sind (von Franz 1984). Auch konnte ich dies in therapeutischen Zusammenhängen innerhalb und außerhalb der Klinik immer wieder beobachten.

Abbildung 5 zeigt einen Traum, der in der Nacht unmittelbar vor der nächsten Therapie-sitzung die Träumerin regelrecht verwundert hatte. Er handelte von ihr selbst, wie sie in einem langen Kleid, gleichsam einer Figurine, durch den Rohbau eines Hauses wandelte. Auf dem Kopf trug sie ein Wagenrad. Wir sehen die Frau, wie sie sich in einer Art Tür- oder Fensterausschnitt des Rohbaus zeigt.

Zunächst machte dieses Traumgeschehen für die Patientin keinen Sinn. Doch bei der Betrachtung in der Gruppe fielen ihr verschiedene Elemente auf: Sie hatte während ihrer Theaterzeit nachts Figurinen zeichnen müssen, also Entwürfe für die Theaterkostüme neuer Stücke. Tagsüber sei keine Zeit dafür

sich, ähnlich wie im Initialbild, im Himmel verliere. Sie bemerkte es, konnte dazu aber keine Erklärung geben.

Wenn ich die Bilder der Patientin im Rückblick betrachte, sehe ich, dass das Motiv der seitlichen Einengung bei dieser Patientin mehrfach aufgetaucht ist. Zum Entstehungszeitpunkt habe ich es genau so erstaunt wie sie selbst aufgenommen, und von seinem Bedeutungsgehalt konnte ich es noch nicht verstehen. Zwei Sitzungen später jedoch zeigte sich ein erster Hinweis darauf, nämlich in ihrem Gewittertraum als sich verziehende Wolken.

Das Motiv des Mohns fand ich Jahre später häufiger in den Fantasien sehr erschöpfter Menschen wieder. Ich könnte mir vorstellen, dass hier eine Beziehung zum Schlafmohn besteht, der diesen Menschen vielleicht Ruhe verspricht. Es gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass Träume, innere und gemalte



Abb. 5: 'Figurine mit Wagenrad'

gewesen, denn sie habe dann schneiden müssen. Das war eine sehr anstrengende Zeit für sie. Die Malerei, die sie als Kind und Jugendliche liebte, ließ in ihr den Wunsch wach werden, dies als Beruf zu ergreifen. Sie konnte eine Ausbildung an einer Kunsthochschule aus finanziellen Gründen nicht verwirklichen. Es lag daraufhin für sie nahe, ihre Kreativität im Theater umzusetzen. Dort aber konnte sie unter dem Druck der Tagesereignisse und anderer Notwendigkeiten am Theater nur nachts zeichnen. Das hatte sie sehr eingeschränkt und erschöpft. Sie sagte dazu einmal, sie habe das Malen daraufhin hassen gelernt.

In diesem Traum schien aber etwas für sie verändert zu sein: der Rohbau kam ihr wie der Anfang einer neuen und frischeren Zeit vor. Und plötzlich lachte sie auf und bemerkte: „Im Theater heißen die großen Hüte Wagenräder!!!“ Damit erschien es ihr, als sei dieser Traum wie eine Wende zu etwas Realerem hin und eine Art humorvoller Aussöhnung mit ihrem Theaterberuf, den sie von nun an als vergangen betrachtete. In der Folgesitzung wandte sie sich in Vorfreude malerisch dem Besuch ihres Enkelkindes zu.

Dann brachte sie wieder einen Traum mit. Sie hatte ihn zuvor in der Nacht, als sie nicht schlafen konnte, schon einmal gemalt. Ich fand das Blatt im Malraum trocknend am Morgen vor (Abb. 6).

In der Malphase der Therapiegruppe ging sie noch einmal an das Thema ihres Traums und brachte schließlich beide Bilder zur Besprechung mit. Dazu berichtete sie zunächst den Traum: Über einem See lag ein Gewitter. Nach einiger Zeit verzog es und die Wolken teilten sich. In diesem Moment gaben sie den Blick auf einen Berg frei, auf dem sich drei Kreuze befanden. Der See lag nun ganz ruhig da, und die Luft war rein und klar. Eine wunderbare Stimmung des Friedens lag jetzt über dem Wasser.

Sie fand diesen Traum so außerordentlich, dass sie ihn noch in der Nacht zu Papier brachte. Leider war zu diesem Zeitpunkt noch ein Mann im Malraum, so dass sie sich nur traute, die Stimmung über dem See in Farben auszudrücken, nicht jedoch das Kreuzmotiv. Sie sagte, dass sie niemanden habe erschrecken wollen mit den drei Kreuzen, die ja an Grabstätten erinnerten. Dennoch war ihr der Traum so bedeutsam, dass sie das Motiv noch einmal vervollständigen wollte. Daraufhin nutzte sie die geschützte Situation in der Therapie, um das für sie Unsagbare noch einmal neu zu gestalten. Dabei entstanden etwas andere Farben und die Konturen wurden deutlicher (Abb. 7, S. 240). Als Fazit bemerkte sie, dass die Stimmung auf dem ersten der beiden Bilder farblich besser getroffen sei. Es stelle sie aber zufrieden, dass sie auf dem zweiten nichts verbergen musste. So habe jedes Bild sein Gutes.

Das zweite Bild zeigte sie aus Rücksichtnahme nur zögernd in der Gruppe. Die Gruppenmit-

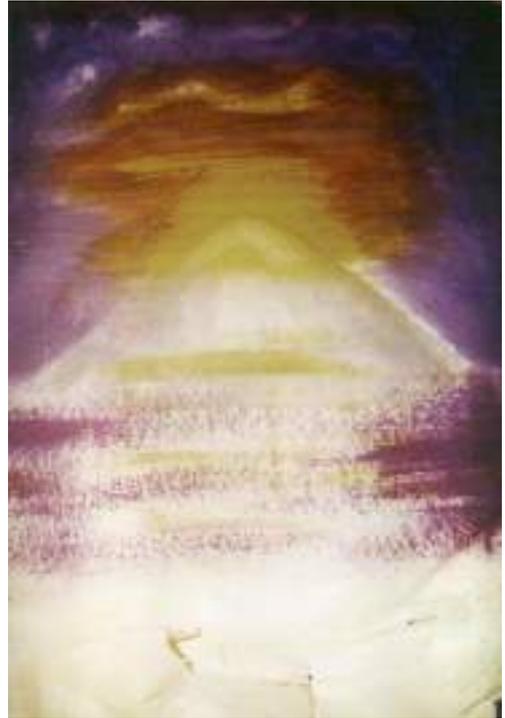


Abb. 6: 'Gewitter über einem See I'

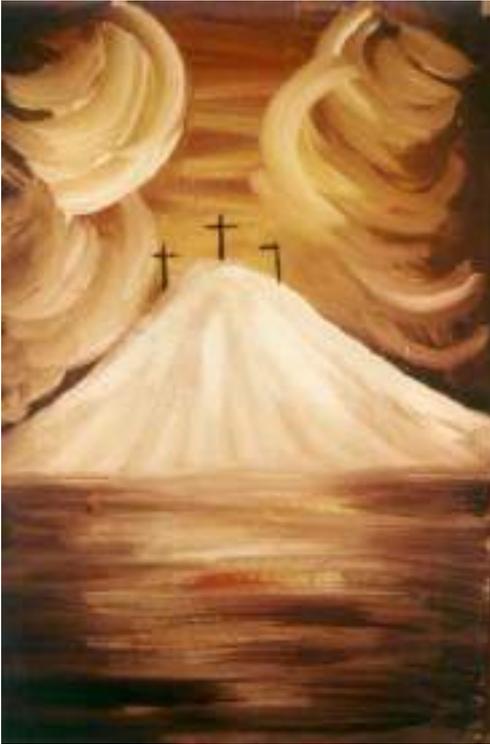


Abb. 7: 'Gewitter über einem See II'

vielen Therapien beobachten, dass Organverluste nicht das vorrangige Thema der Krankheitsverarbeitung waren, dass aber dieser Aspekt bei einer konstruktiven Bewältigung fast immer eine wichtige Rolle spielte.

Nach diesen Träumen begann für Frau Andersen eine Phase der Auseinandersetzung mit Malexperimenten. Ein letzter Traumrest fand Eingang in ihre Malerei. Von Schlafstörungen war bereits keine Rede mehr. Abbildung 8 zeigt ein durchsichtiges Haus an einem See bei Sonnenuntergang, das Ufer eingerahmt von grüner Vegetation. Doch sie fühlte sich hoch befriedigt davon, dass ihr etwas darzustellen gelungen war, das noch nie zuvor darstellbar war, wonach sie aber Sehnsucht verspürte.

In den letzten Sitzungen der Therapie und in Phasen freier Gestaltung der offenen Werkstatt fand Brigitte Andersen schließlich Worte für ihre Suche: Transparenz und Transzendenz

glieder hielten in diesem Moment den Atem an. Ich verstand dies als Erschrecken über das Grabmotiv in einem Lebenszusammenhang, in dem allen der Tod sehr nahe gerückt war. Die Rücksichtnahme fand ich damals durchaus gerechtfertigt und erleichternd für alle. Der Mut der Patientin zur Offenheit, auch gegenüber anderen Menschen, erschien mir wie gepaart mit einem besonderen Mitgefühl für die Situation anderer.

Dass wahrscheinlich auch andere Gefühle berührt waren, vermutete ich erst, als ich auch bei einer weiteren brustamputierten Frauen den Berg (Brustform) mit drei Kreuzen in deren Malerei wieder fand. Dies ist ein Golgatha-Motiv der christlichen Kunst, auch ein Symbol vorweggenommener Auferstehung. Die Patientin hatte das Opfer ihrer amputierten Brust mit Gefühlen von Peinlichkeit, Scham und weiblichem Identitätsverlust begleitet (s.a. Olbricht 1985). Ich konnte in



Abb. 8: 'Transparentes Haus'

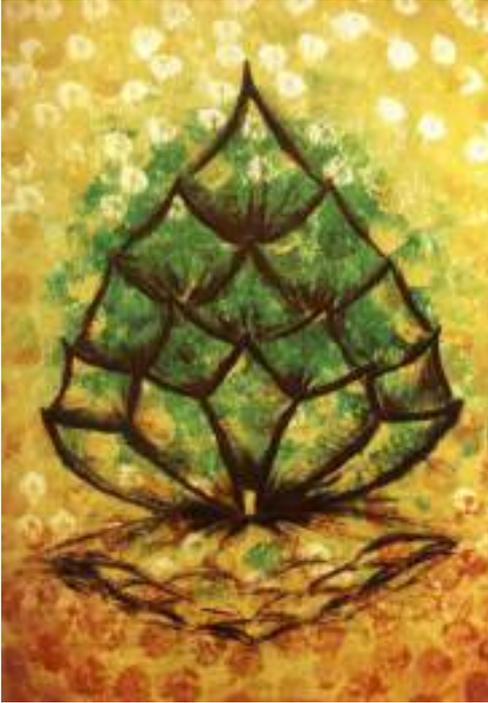


Abb. 9: 'Meditation'

(Dürckheim 1989, S. 30-56). Sie bedauerte sehr, dass sie bislang keinen Zugang zu religiösen Zusammenhängen gehabt habe, war aber zutiefst angerührt und befriedigt, wenn sie sich mit Sinnfragen des Lebens befassen und wenn sie sie dann mit mir besprechen konnte. Nun erst wagte sie es, ihre Gedanken und Gefühle einigen anderen Menschen vorsichtig mitzuteilen.

Ihr Finalbild (Abb. 9) ist stark meditativ geprägt, wie sie selbst dazu bemerkt. Diese Malerei entstand, wie das Initialbild, nicht auf einen Traum hin, weist aber auf einen positiven Ausgang der Therapie hin.

Alles wirkliche Leben ist Begegnung – (Martin Buber)

Sechs Wochen lang dauerte Brigitte Andersens Aufenthalt in der Reha-Klinik und damit auch die Kunsttherapie.

Etwa fünf Jahre nach der Therapie erhielt ich überraschend einen Telefonanruf von ihr, in dem sie mir freudig berichtete, dass sie Sinn gefunden habe, indem sie ihr Enkelkind nun ganz betreue, da ihre Tochter zu krank dafür geworden sei. Sie fände Halt in ihrem Glauben und habe kein Anzeichen mehr für ein Krebsgeschehen über die Jahre gehabt. Es klang fast ein wenig entschuldigend, als sie mir erklärte, dass sie in der Zwischenzeit nie wieder gemalt habe.

Die Geschichte von Frau Andersen zeigt, dass schwierige und existenziell bedrohliche Lebenssituationen durch malerischen Ausdruck umgewandelt werden können. Die Verarbeitung von Angst und anderen Gefühlen kann zu einer seelischen Neugestaltung führen, und zwar zunächst auf der bildnerischen Ebene und schließlich im konkreten Leben.

Im Vorfeld der Krebserkrankung war eine erschöpfende Situation entstanden, die die Lebensenergie von Frau Andersen aufzehrt. Daraus könnte die entstandene Krebserkrankung mit erklärbar sein. Die Krankheit erforderte Behandlung und eine Umorientierung im Leben. Die Einsicht in die Notwendigkeit und die Chance zur Wandlung entstand bei Frau Andersen u. a. aus dem malerischen Prozess und der menschlichen Begegnung heraus. Deutlich wurde bei ihr, dass sie etliche Bilder erst träumte und dann diese zu Papier brachte. Danach reflektierte sie darüber und ging dazu in den Kontakt mit anderen Menschen. Schließlich entwickelte Frau Andersen Neues, wiederum erst als bildnerische Experimente, dann im Leben.

Kunsttherapie kann hier als ein Übergangsgeschehen aufgefasst werden hin zu einer gesundheitlichen Konsolidierung und zu Lebensabschnitten, die ruhiger und freudiger wurden.

Literatur

- Ammann AN (1984). Aktive Imagination- Darstellung einer Methode. (Olten) 2. Aufl.
- Dürckheim K Graf (1989). Auf dem Wege zur Transparenz. Bern, 1975. In: Überweltliches Leben in der Welt – Der Mensch im Zeichen der Ganzwerdung. (N. F. Weitz)Aachen, 1989, S. 30-56.
- Egger B (1980). Faszination Malen. (Zytglogge) Bern.
- Franz von ML (1984). Traum und Tod - Was uns die Träume Sterbender sagen. (Kösel) München.
- Grof S und Grof C (1984). Jenseits des Todes – An den Toren des Bewusstseins. (Kösel) München.
- Olbricht I (1985). Verborgenen Quellen der Weiblichkeit. Die Brust – Das enteignete Organ. Stuttgart.
- Specht A (1988). Ein Weg zu sich selbst – Kunsttherapie in der Anschlussheilbehandlung. In: SIGNAL, H.4, S. 5–7.
- Specht A (1990). Die Angst in Wort und Bild fassen. Krankheitsbewältigung im kunsttherapeutischen Prozess – ein Praxisbeispiel. In SIGNAL, H. 2, S. 2-4.
- Specht A (1992). Kunsttherapie als Rehabilitationsmethode bei Krebs. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 3, S. 63-122.
- Stern A (1978). Die Expression. (Clasen) Zürich.
- Stern A (1998). Der Malort. (Daimon) Einsiedeln.

Autoren

Rhoda Born, Jg. 1971, Dr. rer. medic., Dipl. Kunsttherapeutin, hat an der FH Ottersberg studiert und in Kunsttherapie (Prof. Dr. David Aldridge, Universität Witten/ Herdecke) promoviert. Sie ist als Kunsttherapeutin an der Filderklinik (Filderstadt) schwerpunktmäßig im Bereich Onkologie und Psychosomatik tätig, sowie in Forschung und Lehre. Anschrift: Filderklinik Abt. Kunsttherapie, Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bonlanden.

Frank Fischer, Dr. med., zur Zeit tätig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrales Institut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Dissertation zur Kunsttherapie im Fachbereich Psychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover unter Betreuung von Prof. Peter Petersen.

Evelyne Golombek, Jg. 1956, ist Diplom-Pädagogin und Kunsttherapeutin. Seit über 15 Jahren begleitet sie Menschen auf ihrem Weg der Krankheitsbewältigung und Entwicklung, langjährig als Leiterin des Plastisch-Therapeutischen Gestaltens der Klinik Öschelbronn, einem anthroposophischen Krankenhaus für Innere Medizin. Seit über 10 Jahren ist sie zusätzlich Dozentin und Supervisorin für Kunsttherapie. Veröffentlichungen im Bereich Kunsttherapie.

Harald Gruber, Dr. rer. medic., Dipl. Kunsttherapeut (FH). Seit 1993 tätig in der Klinik für Tumorbiologie Freiburg. Seit 1997 verschiedene Forschungsprojekte mit dem Schwerpunkt der Bildanalyse. 2004 Promotion zum Dr. rer. medic. bei Prof. Dr. David Aldridge, Lehrstuhl für qualitative Forschung in der Medizin, Fakultät der Medizin, Universität Witten/Herdecke. Anschrift: Klinik für Tumorbiologie, Breisacher Straße 117, 79106 Freiburg.

Norbert Grulke, Dr. Dr., Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Robert-Koch-Straße 8, 89081 Ulm.

Harald Johan Hamre, Arzt, geb. 1958 in Norwegen, Medizinstudium an der Universität Bergen, Norwegen. 1986-1997 internistische und allgemeinärztliche Tätigkeit in Deutschland, Norwegen und Spanien. Seit 1997 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie e.V. Freiburg, Deutschland, 1998 Gründung der dortigen Abteilung für klinische Forschung. Konzeption, Projektleitung und Auswertung von multizentrischen Studien zu anthroposophischen Therapieverfahren in Deutschland, Europa und den USA. Entwicklung und Implementierung von Cognition-based Medicine im Rahmen klinischer Studien. Anschrift: Institut für Erkenntnistheorie, Böcklerstraße 5, 79110 Freiburg.

Wolfram Henn, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Dozent für Medizin an der Freien Kunststudienstätte Ottersberg, Fachhochschule für Kunsttherapie, Kunstpädagogik und Kunst. Mitarbeiter des Instituts für BiographieGestaltung in Sottrum, Mentor des BVAKT. Arbeitsschwerpunkte: Anthroposophische Medizin und anthroposophisch orientierte Kunsttherapie, Misteltherapie, chronobiologische Aspekte der Krebserkrankung. Anschrift: Fachhochschule für Kunsttherapie, Am Wiestbruch 66-68, 28870 Ottersberg.

Eva Herborn, Kunsttherapeutin, Malerin, Ausbildung bei Bettina Egger (Institut für Humanistische Kunsttherapie Zürich), tätig in der Charité-Frauenklinik/ Campus Virchow, der Schlosspark-Klinik Berlin, sowie im eigenen Malatelier. Arbeitsschwerpunkte: Onkologie, Rheumatologie, Ausdrucksmalen. Anschrift: Langkofelerweg 4a, 12247 Berlin.

Sibylle Herren-Pelzer, Dr. med., Jg. 1938, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Arbeitete 20 Jahre am Klinikum der Universität Ulm als Oberärztin der Psychiatrischen Ambulanz, der die Konsiliarpsychiatrie in der Medizinischen Klinik zugeordnet war. Seit Mai 2002 in eigener Praxis tätig, aber weiterhin ehrenamtlich in der Medizinischen Klinik mit der Organisation von wöchentlichen Konzerten und Maltherapie bei Krebspatienten befasst.

Florica Marian, Dr. rer. medic., lic. phil., Studium der Ethnologie und Psychologie in Zürich, der Malerei in Genf und Wien. 1994-2001 als klinische Kunsttherapeutin und in der Lehre tätig. Promotion über Kunsttherapie in Witten-Herdecke. Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bern. Mail: Florica.Marian@MEMcenter.unibe.ch.

Karin Müller, Mag., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin. Tätig in einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung.

Gerd Nagel, Prof. Dr. med., Internist und Onkologe. Studium der Philosophie und Medizin. 1986-1990 Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. 1991-2001 Professor für Tumorbio-
logie, Universität Freiburg. 1991-2003 Wissenschaftlicher Direktor der Klinik für Tumorbio-
logie, Freiburg. 2003 Europäischer Wissenschafts-Kulturpreis der Stiftung Pro Europa.

Peter Petersen, Jg. 1933, Dr. med., Universitätsprofessor em. für Psychotherapie, analytischer Psychotherapeut und Psychiater, Therapieerfahrung: psychisch schwer Kranke und psychosomatisch Kranke; Supervision, Forschung auf medizinischem und künstlerisch-therapeutischem Gebiet. Anschrift: Forschungsinstitut für Künstlerische Therapien, Kauzenwinkel 22, D-30627 Hannover, Mail: Prof.Peter.Petersen@t-online.de, Tel. 0511-5490633.

Angelika Specht, M. A., Heilpraktikerin (Psychotherapie) in eigener Praxis mit Kunsttherapie, Schlaftherapie und Initiatischer Therapie nach K. Graf Dürkheim. Zuvor klinische Kunsttherapie in der Onkologie. Pädagogin, Entwicklung von Gesundheits- und Präventionsprogrammen im Schlaf- und Entspannungsbereich, Durchführung von Trainings und Begleitung von Selbsthilfegruppen. Anschrift: Ludolfshausen 6, 37133 Friedland, www.schlaf-psychologie.de, info@schlafpsychologie.de, Tel. 05504-7553.

Thomas Staroszynski, Jg. 1969, Krankenpfleger in der Onkologie, Dipl. Kunsttherapeut (FH-Nürtingen). Seit 2003 arbeitet er als Kunsttherapeut an der psychosomatischen Ambulanz und psychoonkologischen Beratungsstelle der Medizinischen Klinik und Poliklinik III am Klinikum der Universität München–Großhadern, sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt der Klinik: „Kunsttherapie und Krankheitsverarbeitung bei Krebs“. Leiter des „offene Ateliers für Menschen mit Krebs“ in München. Anschrift: Psychosomatische Ambulanz und Psychoonkologische Beratungsstelle der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Marchioninistraße 15, 81377 München.

Markus Treichler, Jg. 1947, Studium der Philosophie, Psychologie und Medizin. Klinisch-ärztliche Tätigkeit in der Inneren Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie. Seit 1987 leitender Arzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Kunsttherapie und Heileurythmie an der Filderklinik bei Stuttgart. Besondere Arbeitsschwerpunkte sind: Biographie und Krankheit, anthroposophische Kunsttherapie und Psychotherapie und Psychoonkologie. Ausgedehnte Lehr- und Vortragstätigkeit; zahlreiche Buchveröffentlichungen. Anschrift: Filderklinik, Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bollanden.

Barbara Vogt-Fux, Mal- und Gestaltungstherapeutin an der Universitätsklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Innsbruck, Arbeit mit erwachsenen onkologischen Patienten.

Tanja Christa Vollmer, Dr. rer. nat., Jg. 1968, Studium der Biologie, Biophysik, Pädagogischen Psychologie und Medizin, wissenschaftliche Leiterin der psychosomatischen Ambulanz und psychoonkologischen Beratungsstelle der Medizinischen Klinik und Poliklinik III am Klinikum der Universität München - Großhadern. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich klinische Psychologie, Psychoonkologie und interdisziplinäre Kommunikation in der Medizin. Leiterin der Beratungsstelle des Vereins LebensMut - Leben mit Krebs e.V. in München. Anschrift: Psychosomatische Ambulanz und Psychoonkologischen Beratungsstelle der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Marchioninistraße 15, 81377 München, Mail: vollmer@med3.med.uni-muenchen.de.

Joachim Weis, Prof. Dr. phil., Leiter der Abteilung für Psychoonkologie der Klinik für Tumor Biologie Freiburg, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft, www.pso-ag.de. Anschrift: Klinik für Tumorbiologie, Breisacher Straße 117, D-79106 Freiburg.

