

Entfremdungserleben am Arbeitsplatz – Kunsttherapie als lösungsorientierte Antwort

Felicitas Ganten 2007

Zusammenfassung: Die Autorin zeigt anhand von Fallbeispielen aus der Psychosomatik, welchen Beitrag die Kunsttherapie in der Behandlung von Menschen mit Arbeitsplatzkonflikten leisten kann. Das Atelier wird zunächst als Spiel- und Erkenntnisfeld, später als Ausdrucks- und Gestaltungsraum betrachtet. Ausgehend von kunsttherapeutischen Gruppenübungen entwickeln sich hier persönliche Entwicklungswege, die eine neue Selbstwahrnehmung und individuelle Möglichkeiten der Konfliktbewältigung aufzeigen.

„Ich bin mir selbst fremd geworden“, „fühle mich fremdbestimmt“ oder „fremd unter Kollegen“ – das sind Aussagen von Menschen, deren Arbeitsalltag von wachsendem Leistungsdruck gekennzeichnet ist, die sich als „Mobbing-Opfer“ oder als „ausgebrannt“ bezeichnen und nun unter reaktiven Depressionen, Erschöpfung, Angst- oder Schmerzstörungen leiden.

Eine drastische Zunahme dieser Krankheitsbilder im unmittelbaren Bezug zum Arbeitsleben verzeichnet sowohl die Deutsche Rentenversicherung¹ in den letzten Jahren, als auch die WHO, die dieses Phänomen in wachsendem Ausmaß in vielen westlichen Industrieländern zur Kenntnis nimmt². Der Leiter eines Klinikums, in dem Menschen mit Arbeitsplatzkonflikten behandelt werden, bringt die wesentlichen Auslöser hierfür auf den Punkt: „Schon sehr lange ist bekannt, dass eine hohe Arbeitslast, kombiniert mit einem geringen Entscheidungsspielraum und wenig Möglichkeiten, seine persönlichen Fähigkeiten umzusetzen, extrem belastend für Körper und Seele ist.“ Auch ein Mangel an Respekt, an Wertschätzung und angemessener Entlohnung machten krank. Arbeitnehmer müssten sich auf dem aktuellen Arbeitsmarkt immer rasanteren Umstrukturierungsprozessen anpassen können; sie träfen auf zu-

¹ Deutsche Rentenversicherung, 2007

² NDR Info, 2007

nehmend unmenschlichere und unmoralische Führungsstile und auf eine Idealisierung der Jugend, die bei gleichzeitiger entwertender Ignoranz gegenüber älteren Arbeitnehmern auf der einen Seite Konkurrenzverhalten, auf der anderen Seite aber noch viel mehr die Tendenz zur Resignation und Selbstaufgabe schaffe.³

Der Medizinsoziologe Johannes Siegrist spricht in diesem Kontext von der Gratifikationskrise als krankheitsauslösendem Faktor. Er belegt durch zahlreiche Studien, wie fehlende Wertschätzung, sei es durch angemessene Bezahlung, vom Arbeitgeber geförderten Weiterbildungsmaßnahmen oder auch durch konstruktive Rückmeldungen, dazu führt, dass Arbeitsmotivation, Leistungsbereitschaft und Stresstoleranz sinken und langfristig chronische Erkrankungen auftreten.⁴

Doch auch persönliche Krisen, wie beispielsweise eine Trennung, eine plötzliche Erkrankung des Lebenspartners oder ein Unfall können zu Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit und dadurch zu Konflikten am Arbeitsplatz führen. Oft aktiviert ein solcher biographischer Einschnitt früh angeeignete Verhaltensweisen wie passives Verharren, Vermeidungsängste, eine „Durchbeisser-Mentalität“ oder Trotzreaktionen: „Wenn die (meine Chefs oder Kollegen) keine Rücksicht auf mich nehmen, lasse ich mich halt krank schreiben oder beantrage Rente“ ist eine Haltung, die viele Arbeitnehmer aus Hilflosigkeit einnehmen, weil sie keine konstruktiven Bewältigungsmuster für solche Situationen erlernt haben.

Menschen, die unter solchen Bedingungen ihre Arbeitsfähigkeit oder ihre Anstellung verloren haben, kommen zusammen in einem Rehabilitationszentrum für psychosomatische Medizin, das sich darauf spezialisiert hat, Patienten mit Arbeitsplatzkonflikten zu behandeln.

Der Artikel will aufzeigen, welche Rolle die Kunsttherapie in einem solchen Setting einnehmen kann, um das Gefühl der Fremdheit in neues Vertraut-Sein zu verwandeln. Denn für diese Patienten geht es darum, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zurück zu gewinnen und die eigene Wahrnehmung wieder als verlässlich zu erleben. Es geht darum, sich neue, bisher vielleicht fremde Fähigkeiten anzueignen, wie beispielsweise, klarer die eigene Position zu vertreten oder flexibler mit den persönlichen Ideen umgehen zu können. Behandlungsziel ist, gestärkt und mit erweiterter Perspektive in den Arbeitsalltag zurückkehren zu können.

³ Pütz, 2007

⁴ DIE ZEIT, 2007

Im Rahmen eines ganzheitlichen Therapieansatzes, der aus psycho-educativen Elementen, Gesprächs- und Sporttherapie, einer Belastungserprobung und einer umfassenden medizinischen Versorgung besteht, bietet die Kunsttherapie den Patienten ergänzend zur herkömmlichen Psychotherapie eine Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungsfelder:

Zunächst öffnet sie einen **Erkenntnisraum**, denn schon erste Bilder oder Plastiken illustrieren und verdeutlichen sowohl dem Patienten als auch dem Behandler-Team die Problematik und können Hinweise geben, wie sich das Gefühl der Fremdheit beim Patienten eingeschlichen hat und sich im Status Quo abbildet. Subjektives Stress-Erleben und persönliche Belastungsfaktoren werden schnell sichtbar und damit auch für die Patienten greifbarer.

Dann wird das kunsttherapeutische Atelier zum **Spiel- und Testfeld**: Der schöpferische Prozess zeigt Analogien zu alltäglichen Abläufen am Arbeitsplatz. Hier wie dort gibt es Phasen der Ideenfindung und der ersten Umsetzung, des Strauchelns und Scheiterns, des Überarbeitens, Wachsens und Reifens. Doch während berufliche Anforderungen oft unter Leistungsdruck und in klar definierten Zeitstrukturen stattfinden müssen, bietet die Kunsttherapie einen Freiraum an, der zum Spielen und Ausprobieren anregt, der unverbindlich einlädt, neue Wege zu beschreiten. Anders als die Arbeitswelt, die vom Patienten oft als festgefahrenen in ihren Strukturen erlebt wird, impliziert der künstlerische Weg Entfaltungs- und Wandlungserlebnisse, die für die Teilnehmer mit persönlichem Wachstumserleben einhergehen. Hier entdecken sie ungewohnte, überraschende Fähigkeiten und „sich selbst fremd sein“ kann sich verwandeln in „sich selbst neu entdecken, *Neues in sich entdecken*“ mit Hilfe des Gestaltungsprozesses. Der Patient hat jetzt für sich ein **Ausdrucksfeld** betreten, in dem er dem Gefühl von Hilflosigkeit oder Sprachlosigkeit neue konstruktive Möglichkeiten sich zu äußern, entgegen setzt. Er erlebt sich oft gerade im kunsttherapeutischen Atelier erstmals wieder handlungsfähig und legt damit eine Grundlage für die neu zu erwerbende Handlungsfähigkeit im beruflichen Kontext.

Neben dem individuellen Entwicklungsweg bilden sich häufig auch wiederkehrende Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehung in kunsttherapeutischen Gruppensitzungen ab. Typische Interaktionsmuster zeigen sich im Kontakt zu den Mitpatienten oder exemplarisch auf Gemeinschaftsbildern und können so reflektiert und hinterfragt werden. Soziale Kompetenzen, wie die Fähigkeit Kompromisse einzugehen oder sich

abzugrenzen, können im gemeinsamen Gestaltungsprozess mit anderen Gruppenmitgliedern gelernt werden. Der Kunstraum wird hierbei zum **Übungsfeld**, um die kommunikativen Möglichkeiten des Einzelnen zu erweitern und zu trainieren. Die Patienten erarbeiten sich neue Fähigkeiten, die nicht nur am Bild oder an der Skulptur entdeckt und entwickelt werden, sondern auch im sozialen Miteinander. Im Beuys'schen Sinn wird das kunsttherapeutische Atelier hier zu einem Ort, an dem an der sozialen Plastik gearbeitet wird.⁵

1. Das kunsttherapeutische Atelier als Spielfeld und als Erkenntnisraum

Die Patienten unserer Klinik sind meist zwischen 40 und 60 Jahren alt; sie haben häufig seit der Schulzeit keinen Pinsel mehr in der Hand gehabt; viele von ihnen haben noch nie in ihrem Leben plastisch gearbeitet. Die meisten kommen mit einer Reihe von Vorbehalten und Befürchtungen in die erste kunsttherapeutische Sitzung, die sie oftmals gegen ihren Willen vom Bezugstherapeuten verordnet bekommen haben: „Was soll ich denn in diesem Bastel-Kurs?“, „ich bin völlig unbegabt“ und „das soll mir was bringen, damit mich mein Chef nicht mehr schikaniert?“ ist meist die Haltung, die mir zu Beginn der Behandlung entgegengebracht wird.

Es geht nun zunächst darum, die Angst vor dem Gestalten möglichst rasch zu verlieren und Vertrauen zu fassen zu einem Therapieverfahren, von dem sich die Patienten selten im Vorfeld vorstellen können, wie es funktioniert. Um leicht und unbefangenen zum Umgang mit dem Material und in den schöpferischen Prozess zu kommen, habe ich einige Aufgabenstellungen entwickelt, die schnell und einfach vermitteln, „das kann jeder, man braucht keine Vorkenntnisse“. Im zweiten Schritt geht es dann darum, dem Patienten durch eine erste Werk- oder Prozessbetrachtung seiner Einstiegsarbeit zu zeigen, inwiefern die Kunsttherapie für ihn persönlich einen Gewinn birgt. Auf dieser Basis fällt es ihm meiner Beobachtung nach leicht, einen eigenen künstlerischen Weg zu finden und zu beschreiten.

Eine jener Anfangsübungen, die ich in der Gruppe anleite, ist das gemeinsame Plastizieren: Zehn Patienten sitzen mit mir im Kreis, jeder hält eine etwa tennisball-große Menge Ton in den Händen und nimmt damit Kontakt auf. Mit offenen oder geschlossenen Augen wird geknetet, gezogen, gepresst, gebohrt, zerrissen, gedrückt und

⁵ Vgl. www.soziale-plastik.org

gedreht, alle Aufmerksamkeit gilt dem Tastsinn, dem Erforschen von Konsistenz, Temperatur, Widerstand und Elastizität, der unterschiedlichen Sensibilität in verschiedenen Regionen der Hand. Mit manchen Gruppen werfen wir den Ton mit Schwung (und manchmal mit lautem Rufen) auf den Boden, bauen Spannung ab, werden verspielt und ungezügelt im Umgang mit dem Material. Später formen wir jeder eine Kugel und betasten blindlings die Kugeln der anderen, spüren unterschiedliche Wärme und Feuchtigkeit, raue und glatte Oberflächen. Dann sucht jeder eine individuelle Form, eine, die gut in der Hand liegt, die einfach angenehm ist, jetzt, in diesem Moment. Und auch die wird von den andern befühlt, begriffen. Wir nehmen das Fremde wahr, vergleichen mit dem Eigenen, zunächst auf einer ganz intuitiven Ebene, ohne Worte.

Wir haben gespielt, waren ganz im gegenwärtigen Moment, haben Form gesucht und festgelegt unter der Prämisse „was passt *heute, jetzt* und *hier*, zu mir, zu meinem Händen? Was möchte *ich* jetzt fühlen, wie kann ich mir die amorphe Menge Ton zu Eigen und passend machen?“ Es geht nicht darum, etwas ausgedachtes zu formen oder abzubilden, sondern vielmehr einfach zuzulassen, was sich die Hände in diesem Moment suchen. Dann folgt eine Runde des Betrachtens und Beschreibens. Jeder kann erfahren, wie die anderen Gruppenmitglieder seine Form wahrnehmen, wie sie sie charakterisieren und dazu assoziieren:

Fallbeispiel 1, Fr.K.

„Eine kleine Schale, kaum handteller groß, assymetrisch, brüchig und rissig am Rand“; „die passt genau in die Hand, als müsse sie sich darin verstecken.“ „Wenn man sie umdreht, kipelt sie. Auf keiner Seite hat sie festen Stand. Sie wirkt zerbrechlich, leer.“ „Ich hab Angst, dass sie kaputt geht; in die kann man gar nichts rein tun, so zart ist sie.“ „Andersherum wirkt sie wie ein alter Schildkrötenpanzer, der seine Funktion nicht mehr erfüllen kann.“ – Die Patientin, deren Tonform hier von den Mitpatienten beschrieben wurde, lauscht und berichtet dann, genauso fühle sie sich: für die eigentliche Aufgabe nicht mehr nützlich, zerbrechlich, labil, innerlich leer und ohne festen Stand in ihrem Leben. Sie ist Arzthelferin, Anfang 50, ohne Anstellung nachdem sie wegen längerer Erkrankung den Arbeitsplatz verloren hat. Zuvor habe sie sechs Jahre lang ausgeharrt bei einem fordernden, jähzornigen Chef; unzählige unbezahlte Überstunden habe sie gemacht, sich täglich Entwertungen und sexuellen Übergriffen ausgesetzt gefühlt, aus Angst vor Arbeitslosigkeit und sozialem Abstieg

ausgehalten bis die körperliche und seelische Belastbarkeit überschritten war. In ihrer Freizeit habe sie ihre Kraftquellen wie den Kontakt zu Freunden oder der Familie zunehmend vernachlässigt. Nun leidet sie unter einer Binge-Eating-Störung und hat als Folge davon eine Adipositas entwickelt. Hinzu kamen Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerz und Depressionen mit ausgeprägter Affektlabilität. Ihr Selbstwert ist labil; sie könne einfach nicht mehr und habe auf dem Arbeitsmarkt ja ohnehin keine Chance mehr. Ihre privaten Dinge, die seit Monaten noch an ihrem alten Arbeitsplatz lägen, traue sie sich nicht abzuholen aus Angst vor Entwertung und Demütigung durch den ehemaligen Chef. Mit der kleinen, verbeulten, rissigen Schale hat die Patientin nun das Gefühl, sich selbst in den Händen zu halten und sie kann mithilfe dieser Tonform auf einmal Worte finden dafür, was sie sich wünscht und was sie braucht, um wieder gesund und arbeitsfähig zu werden. Es geht darum, wieder einen festen Stand zu gewinnen, stabil zu werden, sich sorgsam und in kleinen Schritten all der Risse anzunehmen und Selbstfürsorge zu erlernen. Nur eine heile Schale kann tragfähiges Gefäß sein, kann bereit sein für neue Inhalte.

Fallbeispiel 2, Hr. Z.

Hr. Z. ist 56 Jahre alt, verheiratet, hat Kinder und Enkel, ist seit Jahrzehnten der Ernährer der großen Familie, beruflich ein erfolgreicher Aufsteiger und Geschäftsmann. Vor drei Jahren hatte er sehr plötzlich eine bedrohliche Herzerkrankung, die eine sofortige Operation nach sich zog. Seither hat er sukzessive alle Freude an seiner Arbeit und einer aktiven Freizeitgestaltung verloren, ist antriebsgemindert und beklagt Schlafstörungen, obwohl er sehr schnell nach der Operation seine Tätigkeit wieder aufnahm. Er spürt Überdross und Widerwillen wenn er an seine kaufmännische Tätigkeit, seine Führungsposition, die Verantwortung im Unternehmen und an die noch bevorstehenden Jahre bis zur Rente denkt.

Skeptisch kommt er in die Kunsttherapie, lässt sich aber schnell ein auf das Arbeiten mit Ton und entwickelt schon in der ersten Stunde eine sinnliche Lust am Umgang mit dem Material; er streichelt den Ton, genießt die Berührungen seiner Tonkugel, die er über Handrücken und Unterarm rollt, beginnt dabei tiefer zu atmen und sein Gesicht entspannt sich. Die erste kleine Handform gleicht einer Tulpenzwiebel, die eben begonnen hat zu keimen, die ein Wenig gekippt ist und deren kleiner Trieb sich nach oben reckt. In der Besprechungsrunde findet Hr. Z wenig Zugang zu dieser Form, aber er kann sich gut vorstellen, dass die Kunsttherapie zu einem Ort für ihn

wird, an dem es vor allem um ein spielerisches Entdecken des Gegenwärtigen gehen könnte. Er beschreibt, welche Wonne er empfand, einfach nur den Ton auf seiner Haut zu spüren, im Kontakt zu sein mit dem Material und dabei mit sich selbst. Er findet Gewinn in der zweckfreien, ziellosen Handlung.

In beiden Fällen diente die erste Kunsttherapiesitzung der Standortbestimmung. Spielerisch haben sich die Patienten des Materials bedient, erste Erfahrungen damit gemacht, Berührungsängste abgebaut und eine neue Perspektive auf ihren Zustand gewonnen.

Eine weitere Übung, die diesem Klientel einen raschen Einstieg in die Kunsttherapie und zugleich wichtige Erkenntnisse vermitteln kann ist das Malen von Kontaktbildern: Jeder Patient bekommt einen breiten Pinsel und einen Teller mit Acrylfarbe; den Farbton wählt er selbst. Er sucht sich einen Partner aus der Gruppe, stellt sich ihm gegenüber und gemeinsam wird ein Bild (ca.35x60 cm) gemalt, ohne dass dabei gesprochen wird. Diese Übung wird mit verschiedenen Partnern wiederholt, gleich bleibt dabei die Farbe, die jeder einzelne benutzt, und, dass dabei nicht gesprochen werden darf. Die Spielregeln ändern sich aber von Runde zu Runde: einmal sind nur 45 Sekunden Zeit für das gemeinsame Bild, ein andermal sollen möglichst viele Mischöne dabei entstehen, auf einem weiteren Blatt soll mal richtig mit Wut gemalt werden. Die Patienten geraten dabei in Bewegung, die Stimmung wird bei jedem Bild gelöster und innerhalb einer halben Stunde hat jeder auf 4 bis 5 Blättern mit verschiedenen Partnern gemalt. Was zunächst spielerisch begann, erfährt eine tiefere Dimension, wenn wir die Malprozesse im Anschluss daran ausführlich in der Gruppe besprechen: Es geht um die Erfahrungen von Begegnung, Berührung und Grenzüberschreitung. Und darum, etwas gemeinsam zu gestalten. Da gibt es das Erlebnis des Verschwindens, wenn die eigene Farbe heller ist und förmlich verschluckt wird, oder jenen Moment des sensiblen Dosierens, wenn der eigene Farbton dunkler ist als der des Gegenübers und ihn schnell zu überdecken droht. Es gibt Hilflosigkeit zu Beginn der Übung, denn ohne die Möglichkeit der Sprache kann ich nur ahnen, was mein Gegenüber für unser Bild plant. Trete ich Ihm zu nah? Wieviel Raum darf ich einnehmen? Gelingt es uns, miteinander ein drittes, neues, das Bild, entstehen zu lassen? Schnell erkennen die Patienten, dass das gemeinsame Malen viele Parallelen aufweist mit Team- und Kommunikationsprozessen am Arbeitsplatz:

Fallbeispiel 3, Hr. D.

Hr. D. ist Bankangestellter, 55 Jahre alt, und leidet nach drei kurz aufeinander folgenden Banküberfällen unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung. In der Kindheit hatte er eine lebensbedrohliche Herzoperation und eine schwere Netzhauterkrankung, bei der Erblindung drohte. Vor zwei Jahren erlitt er einen Schlaganfall, von dem eine leichte Sprachstörung, Kraftminderung links und Konzentrations-schwierigkeiten bei erhöhter Anforderung am Arbeitsplatz zurück geblieben sind. Er ist seit einigen Wochen krankgeschrieben.

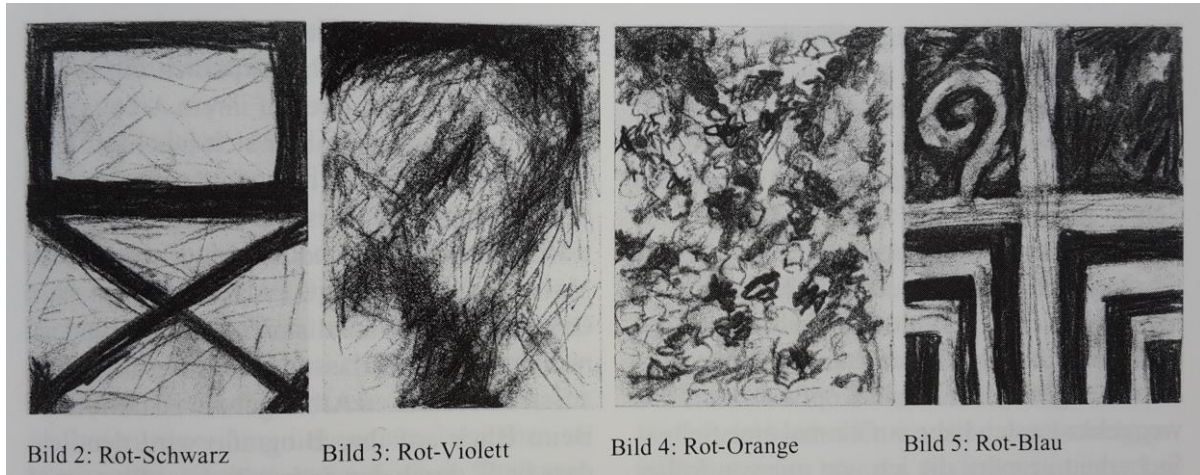


Bild 1: Rot-Dunkelblau

Hr. D. wählt die Farbe Rot und beginnt innerlich widerwillig, äußerlich aber angepasst. Zu Beginn der Sitzung hatte er über starke Kopfschmerzen geklagt. Seine Partnerin beim ersten Bild gibt mit Dunkelblau schnell eine Linienführung vor, er füllt nur Lücken. Später beschreibt er, er habe sich komplett hilflos und überfordert gefühlt mit dieser Aufgabe und sei froh gewesen, dass sie die Führung übernommen habe.

Auch beim zweiten Bild (auf Tempo) gerät er an eine zielsichere Mitpatientin, die mit Schwarz das Bild gleich zu Beginn in zwei Hälften teilt. Herr D. ist jetzt bereits selbstsicherer, wagt sich auf die andere Seite und erntet prompt ein deutliches schwarzes Kreuz in seinem Rot. Er beginnt Lust am Spielen und Streiten mit Farbe und ohne Worte zu entwickeln, beim dritten Bild verschwinden seine Kopfschmerzen, wie er danach erstaunt bemerkt. Er lässt nicht mehr das Gegenüber beginnen, sondern setzt zielsicher erste Impulse auf dem Blatt; es geht hier ums Mischen möglichst vieler Zwischentöne und erstmalig findet auf dem Blatt nicht nur ein Nebeneinander der Farben sondern auch ein Sich-Durchdringen statt. Beim Wut-Bild trifft er auf eine Partnerin mit orange; beide tupfen kraft- und lustvoll, lachen dabei; Hr. D wirkt befreit. Das letzte Blatt ist ein Freundschaftsbild: Hr. D gestaltet mit einer Patientin seiner

Wahl, er setzt souverän ein rotes Kreuz in die Mitte; drumherum reihen die beiden spielerisch und doch mit einer gewissen Symmetrie ihre Farben, achtsam die Formimpulse des Anderen aufgreifend und ergänzend.



In der anschließenden Besprechungsrunde beschreibt Hr. D., was er erlebt hat.⁶

Bild 1: ich war völlig verunsichert und heilfroh, dass mein Gegenüber die Verantwortung übernommen hat. Das Gefühl der Hilflosigkeit hatte ich auch bei den Überfällen, bei dem Schlaganfall und bei den schweren Operationen in meiner Kindheit.

Bild 2: Ich wusste jetzt, um was es hier ging, die erste Verunsicherung war weg. Dennoch war ich froh, dass wieder jemand den ersten Schritt gemacht hat.

Bild 3: Mit Herrn L. als Partner und den Erfahrungen aus den ersten zwei Bildern habe ich mich sicher gefühlt. Wir haben viel gemischt und dabei zu einem harmonischen Miteinander gefunden; mein Kopfweh war wie weggeblasen. Ich habe auf einmal eine Selbst-Sicherheit gespürt, die ich von mir von früher (vor dem Schlaganfall) kenne.

Bild 4: Mit dieser Sicherheit konnte ich auch ans nächste Bild gehen. Die Wut spielerisch zu durchleben, tat unheimlich gut. Mir ist klar geworden, dass ich diese konstruktive Wut brauche, um zu meinem Chef zu gehen und mit ihm zu besprechen, was ich brauche, um mich an meinem Arbeitsplatz wieder sicher zu fühlen. Ich weiß jetzt, dass ich mich trauen werde, ihm zu sagen, dass ich Rücksichtnahme benötige

⁶ Vgl. Abbildung 1-5

Zur kontrastreicheren Verdeutlichung in Schwarz-Weiß habe ich die Bilder nachskizziert. Die hellen Flächen stehen für das von Herrn D. verwendete Rot, Schwarz steht für die vom jeweiligen Partner verwendete Farbe; der untere Blattrand ist die Seite, auf der Herr D. im Gestaltungsprozess stand, sodass der Betrachter dessen Perspektive auf das Bild einnimmt.

in Hinblick auf die Einschränkungen durch den Schlaganfall und dass wir noch mehr Unterstützung bei der Verarbeitung der Überfälle im Team benötigen. Ich habe den Mut, der früher ein wichtiger Persönlichkeitsanteil von mir war, wieder gefunden.

Bild 5: Ich fühle mich gut im Kontakt mit mir selbst und meinem Gegenüber.

Fallbeispiel 4, Fr. S.

Fr. S ist 39 Jahre alt, kaufmännische Angestellte und seit einem halben Jahr aufgrund einer Angst- und Panikstörung mit Depressionen arbeitsunfähig. Beim Malen der Kontaktbilder erlebt sie mit unterschiedlichen Partnern immer wieder, dass ihre Gestaltungsimpulse nicht wahrgenommen werden, vom anderen übermalt oder verändert werden, dass auf dem fertigen Bild ihre Farbe kaum in Reinform auftritt und stets weniger Raum einnimmt als die des Gegenübers. In der Besprechungsrunde ziehen wir Parallelen zwischen ihren Erlebnissen während dieser Mal-Übung und ihren Kontakt-Erfahrungen im Büro: Dort hat sie einen grenzüberschreitenden, aber verbal abweisenden Chef, der ihr körperlich oft zu nah kommt, auf die Papiere auf ihrem Arbeitsplatz Asche fallen lässt, wenn er sich rauchend über sie beugt; der, da er ab und zu im gemeinsamen Büro übernachtet, dort seine schmutzige Unterwäsche liegen lässt und andere unappetitliche Verhaltensweisen zeigt. Fr. S. hat Angst, ihre Grenzen klar zu verbalisieren und aufgrund ihrer derzeitigen Verfassung traut sie sich nicht zu, sich bei anderen Arbeitgebern zu bewerben. Beim Blick auf ihre Biografie wird deutlich, dass Fr. S. durch den frühen Tod der Eltern und Vernachlässigung vonseiten anderer Angehöriger nur einen geringen Selbstwert ausbilden konnte, eigene Bedürfnisse schwer spüren und verbalisieren kann und als wiederkehrendes Moment in ihrem Leben Situationen erkennt, in denen sie sich wertlos oder entwertet fühlt, sich mit schlechten Bedingungen zufrieden gibt und in eine innere Bewegungslosigkeit verfällt. Beim Malen der Kontaktbilder hat sie sich jedes Mal dem Gegenüber angepasst, hat die eigenen Ideen zurückgestellt für den Preis, dass sie kaum Spuren auf dem gemeinsamen Bild hinterlässt. Und sie spürt beim Betrachten dieser Bilder auf einmal den Wunsch, sie möge mutiger, selbstsicherer und stärker im Ausdruck sein.

Beide Beispiele verdeutlichen, wie das Spielfeld zugleich Erkenntnismöglichkeiten bietet. Im Fall von Herrn D., der diese Übung gegen Ende seines Klinkaufenthaltes machte, öffneten sich hier außerdem neue Erlebnisräume: Lösungen für seine Prob-

lematik wurden für ihn ganz unmittelbar sichtbar im Gestaltungsprozess. Persönliche Fähigkeiten, wie Mut und Wut konnte er als kostbare Ressourcen wiederentdecken und sie zur Bewältigung seines Arbeitsplatzkonfliktes im Anschluss an den Klinikaufenthalt nutzen.

Für Frau S, Herrn Z. und Frau K. waren diese Übungen ein Einstieg in die Kunsttherapie. Ihre Geschichten werden im folgenden Kapitel weiter beschrieben.

2. Das Atelier als Testfeld und Ausdrucksraum

Anknüpfend an die Erlebnisse der ersten kunsttherapeutischen Übungen beschreiten die Patienten nun individuelle Entwicklungswege. Inhaltlich wird es darum gehen, sich beim Gestalten jenen Eigenschaften anzunähern, die ihnen fehlen, nach denen sie Sehnsucht haben, die sie letztlich brauchen, um das Gefühl der Fremdheit zu verwandeln und den Anforderungen ihres Lebens neu begegnen zu können. Die kunsttherapeutischen Sitzungen werden ein Ort sein, an dem neue Verhaltensweisen und Ausdrucksmöglichkeiten ausprobiert werden können. Jede Skulptur, jedes Bild wird eine Testfläche werden, um Qualitäten zu erleben und zu nutzen, die bisher fremd sind.

Fr. S. (Fallbeispiel 4) empfehle ich das Malen auf großen Formaten. Das braucht zunächst einmal Mut, wenn man das erste Mal in seinem Leben an der Malwand steht, vor einer leeren, weißen Fläche, 70x100 cm, und einfach loslegen soll. Selbstsicherheit kann nur wachsen durch Erfolgserlebnisse, durch das Gefühl, etwas bewältigt zu haben, ein selbst gesetztes Ziel erreicht zu haben. Ein großes Format zu ergreifen und zu füllen scheint ihr zunächst eine Überforderung zu sein; zugleich lockt es sie und sie beginnt nach erstem Zweifeln Freude an dieser Herausforderung zu finden. Sie stellt sich eine bunte Palette mit Acrylfarben zusammen, will etwas schönes, lebendiges malen und beginnt mit Orange eine starke Aufwärtsbewegung auf dem hochformatigen Blatt zu machen. Später wird daraus ein Baum, wichtig ist ihr, das er Wurzeln bekommt und Halt im Boden – jene Aspekte, die ihr biographisch so früh abhanden gekommen sind. Im Bild kann Fr. S. ihr Lebensgefühl diesbezüglich verändern. Den Hintergrund gestaltet sie in freundlichem warmen Gelb oben und Hellblau darunter. Kraftvolle Blumen und zarte Vögel beleben das Bild weiter und neh-

men ihm eine Leere, die vorher noch um den Baum war. Während der Arbeit an dem großen Blatt kommt sie nicht nur körperlich in Bewegung, auch seelisch steht sie immer wieder vor der Frage, was will ich gestalten, damit mir dieses Bild gefällt. Die mangelnde Handlungsfähigkeit, die sie in ihrem belastenden Arbeitsverhältnis erlebt, wird hier ersetzt durch ein Entscheidungs- und Handlungsgebot bei jedem neuen Bildelement. Es ist ihr Werk und sie kann sich dabei selbständig und frei ausdrücken. Am Ende ist sie stolz darüber; Fr. S. hat etwas getan, was sie noch nie zuvor getan hat und hat diese Anforderung gemeistert. Souverän arbeitet sie an weiteren großen Bildern. Wichtig ist hierbei für sie, alles was ihr nicht gefällt, ändern zu können. Anders als in ihrer Lebensgeschichte macht sie hier die korrigierende Erfahrung, bis ins Detail selbst bestimmen zu können, was geschieht: Dunkles hellt sie auf, Leere kann sie füllen, Langweiliges interessanter machen; Bildelemente, die herausfallen aus dem Gesamtgefüge, kann sie integrieren. Mit jedem Bild wächst ihre Handlungsfähigkeit und am Ende des Klinikaufenthaltes reist sie ab mit dem Wunsch, diese neu erworbene Selbstsicherheit auch in ihrem Alltag anwenden zu wollen, um dort die Veränderungen herbei zu führen, die sie braucht. Im Gestaltungsprozess hat sie einen Rollenwechsel vollzogen: Aus der passiven, sich immer wieder ausgeliefert fühlenden Patientin ist hier eine selbstbestimmt handelnde Frau geworden

Einstiegsthema von Herrn Z. (Fallbeispiel 2) in der Plastizier-Therapie war Spielen und Genießen. Er zeigte sich gleich zu Beginn sehr experimentierfreudig und offen für einen ziellosen Umgang mit dem Material. Die haptische Stimulation führte ihn weg von Grübeleien und dem Gefühl der Schwermut, hin zu einem bewussten Verharren im gegenwärtigen Moment. Ich motiviere ihn, dem Ton auch weiter mit dieser Haltung und nicht mit einer bestimmten Gestaltungsabsicht zu begegnen und ermutige ihn, auch in Folge mit geschlossenen Augen zu arbeiten, diesmal aber an einem großen Relief (ca. 50 x 60 cm). Es vergehen mehrere Sitzungen, seine Bewegungen am Relief werden größer, strömender, noch sinnlicher. Zentrales Thema bleibt die Aktivierung des Tastsinns, die ihn tiefer atmen lässt, bei der sich sein Gesicht entspannt und die dazu beiträgt, dass er nachts wieder besser schläft. Eines Tages beginnt er beim Plastizieren zu weinen, betrauert den Verlust von Lebensfreude, Libido und vor allem von seinem alten Elan, der ihm immer ermöglicht hat, verantwortungsvoll und zeitintensiv im Arbeitsleben eingebunden zu sein. Er beschäftigt sich weiter mit dem Relief und in der darauf folgenden Sitzung entstehen plötzlich mehrere Ge-

sichter im Ton. Als er sie ausgestaltet, sind es lauter Kinder, die uns anblicken und er beginnt zu erzählen: Von jener Kindheit in der Nachkriegszeit, dem italienischen Vater, der starb, als er 7 Jahre alt war und die Mutter in Deutschland mit fünf Kindern zurück ließ, von Hänseleien und großer Armut und vor allem davon, wie er bereits mit 8 Jahren erste Jobs annahm, um die Familie über Wasser zu halten. Viele Erinnerungen steigen auf beim Anblick dieser Kindergesichter und er betrauert eine verkürzte Kindheit und erkennt, wie Pflichterfüllung und Verantwortung für Andere sich seit Jahrzehnten wie ein roter Faden durch seine Biographie ziehen. Auch heute noch unterstützt er finanziell einen seiner Brüder, außerdem seine Kinder und Enkel. Spiel und absichtsloses Handeln, jene Qualitäten, die er beim Plastizieren findet und die Friedrich Schiller in seinen ästhetischen Schriften als zentral zugehörig zur menschlichen Seele beschreibt⁷, kamen Herrn Z. früh abhanden. Bei der Arbeit mit Ton wacht sein Hunger nach Lebendigkeit und Teilhabe an einer spielerischen Hingabe zur Welt wieder auf und er findet neue, für ihn bisher fremde Ausdrucks- und Erlebnisformen. In der Folge beginnt er Gespräche mit seiner Frau darüber zu führen, aktiviert alte Hobbies und beschließt, einige seiner finanziellen Verpflichtungen abzugeben. Seine depressive Verstimmtheit geht zurück. Er erkennt, „dass Arbeit nicht alles ist“ und kann sich mit dieser neuen Perspektive auf die verbleibenden Jahre bis zur Rente besser einlassen. Das Relief mit den Kindergesichtern hat seinen Zweck erfüllt und er verwandelt es in eine klare, aufrechte Form zum Abschluss der Therapie.

Auch Fr. K. beschreitet einen plastischen Entwicklungsweg. Nachdem ihre kleine brüchige Tonschale den Status Quo zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes eindrücklich abbildete, beginnt sie zunächst am Thema Stabilität und Heil-Sein zu arbeiten. Sie stellt eine schöne, „ganze“ Schale her – ohne Risse, nicht mehr ganz so zerbrechlich und erlebt daran erste bewusste Gestaltungsmöglichkeiten. Die ovale Grundform erinnert entfernt an eine Trage für ein kleines Kind oder an ein Nest. Allerdings begegnet sie auch an dieser Form wieder jenem Gefühl innerer Leere, das sie seit dem Verlust des Arbeitsplatzes begleitet. Dieses Gefühl kennt sie auch aus der Kindheit, hat damals schon viel gegessen, um den Schmerz zu lindern und das entstehende Vakuum zu füllen, das durch frühe Gewalterfahrungen und emotionale Vernachlässigung ausgelöst worden war. Hier liegen die Wurzeln ihrer Essstörung, die sie da-

⁷ Vgl. Schiller

mals als Lösungsversuch entwickelte, um der inneren Leere etwas entgegen zu setzen.

Um nun zunächst einmal im Plastischen die Leere zu füllen, will Fr. K. für den freien Innenraum ihrer Skulptur ein kleines Baby formen und hinein betten. Doch als die Arbeit fertig ist, wird für alle Betrachter schnell sichtbar, daß hier nur eine Kugel als Kopf, zwei Ärmchen und eine Decke in der Wiege liegen – das Kind hat keinen Körper. Vor dem Hintergrund, Fr. K. Fülle auf eine qualitative Weise erfahren zu lassen, schlage ich ihr vor, an einer Kugel zu arbeiten, die genau in ihre Hände passt. Die Kugel als vollkommene Konvexe wirkt gerade bei depressiven Patienten wohltuend stabilisierend und stimmungsaufhellend. Sie nimmt sich Zeit dafür und legt ihr Augenmerk ganz auf die gespannte Oberfläche. Innerlich kommt sie dabei zur Ruhe und weint in der Folge weniger. Nun möchte ich auch dem Wachstumsaspekt, der im Motiv des Neugeborenen lag, in einer weiteren Aufgabenstellung Raum geben, will aber die stabilisierende Qualität der Konvexe erhalten und rege an, dass sie ein Ei plastiziert. Das Ei fordert deutlich mehr Aufmerksamkeit im Gestaltungsprozess, wenn es glatt und prall werden soll. Ihr erstes Modell weist viele Dellen auf, doch Fr. K. hat Feuer gefangen und arbeitet mit Hingabe daran. Immer wieder beschreibt sie in den Abschlussrunden der Gruppensitzungen, daß jenes Halten und achtsame Formen des Eies für sie ist, als halte und forme sie sich selbst in fürsorglicher Weise. Parallel dazu arbeitet sie in der Gesprächstherapie an Wegen zur Selbstfürsorge, einer Fähigkeit, die sie in ihrer Kindheit und Jugend nicht ausreichend entwickeln konnte. Eben jenes Defizit war mit Auslöser für ihren Konflikt im Arbeitsleben. Dem Entfremdungserleben in der Arbeitswelt ging letztlich ein Fremd-Sein im eigenen Körper und den selbst geschaffenen Lebensräumen voraus.

Die Ei-Form beschäftigt Fr. K. nun bis zum Ende ihres Aufenthaltes und sie formt immer größere Ei-Plastiken, die letzte ist beinahe 50 cm groß. Nach einigen Sitzungen sollen diese Skulpturen auch nicht mehr liegen, sondern stehen. Parallel dazu wächst ihr Selbstwert und sie übt in Rollenspielen, wie sie noch offene Konflikte mit dem alten Arbeitgeber klären kann, wenn der Klinikaufenthalt abgeschlossen ist. Wichtigstes Anliegen im plastischen Prozess ist ihr, dass die Oberfläche ihrer Formen keine Unebenheiten und kleine Einbuchtungen mehr aufweisen, aller Druck von außen soll abprallen an der straffen Oberflächenspannung, die sie mit emotionaler Stabilität und einer von innen kommenden Stärke verbindet. Unbewusst spürt sie die

vitalisierende Kraft, die von der Konvexen ausgeht und nutzt sie als eine Art Selbstmedikation für ihren Heilungsprozess.

Für alle drei in diesem Kapitel dargestellten Patienten war es entscheidend, einen Ausdrucksraum zu finden, in dem sie in mehrfacher Hinsicht Erfahrungen sammeln konnten: Die Tiefe ihrer akuten Problematik erschloss sich ihnen in dem Moment, wo sie im Bild sichtbar, oder im plastischen Sinne be-greifbar wurde. Die persönliche Wahrnehmung der Patienten im Erleben ihrer Arbeiten wurde dabei ergänzt (und in gewisser Weise auch objektiviert) durch die anderen Gruppenmitglieder. Durch sie gab es vielfältiges Feedback und Zeugenschaft für das persönliche Leid des Einzelnen. Und auf dieser Grundlage konnte der individuelle kunsttherapeutische Prozess beginnen, in dem es um neue, bisher unbekannte Ausdrucksmöglichkeiten ging.

3. Ein Gestaltungsraum

Das kunsttherapeutische Atelier wird durch solche Prozesse zu einem Ort, in dem die schöpferischen Potentiale der Patienten wieder entdeckt und gelebt werden können, in dem das Gefühl der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins einem neuen Handlungsspielraum weicht und in dem jenes eingangs beschriebene Fremdheitsgefühl ersetzt wird durch neu erworbenes Selbstvertrauen. Es ist nicht vorrangig ein Raum zur Gestaltung von Kunstwerken, sondern letztlich ein Raum zur Gestaltung neuer Persönlichkeitsanteile.

In diesem Sinne stelle ich Worte einer Patientin ans Ende dieser Betrachtungen, die sie im Rahmen ihrer Abschlussausstellung formuliert hat:

„Mir ist dieses Bild wichtig, weil ich beim Malen meine Kraft sehr stark gespürt habe. Das Bild hat mich glücklich gemacht. In Zukunft möchte ich mich nicht mehr klein machen und mich nicht mehr klein machen lassen.“

Quellen

DRV Bund (2007) Zukunft Jetzt – Das Magazin der Deutschen Rentenversicherung, Ausgabe 2, 2007. Bad Homburg: wdv Gesellschaft für Medien und Kommunikation Verlag

NDR Info (2007), Von Selbstmordserien in französischen Topunternehmen, Radiosendung vom 17.3.2007

Pütz,D. (2007) Die Aufgabe der Psychotherapie bei Problemen am Arbeitsplatz. MediClin Intern - Das Mitarbeitermagazin. Offenburg: Selbstverlag

Schiller, F. (1965) Über die ästhetische Erziehung des Menschen. Stuttgart: Phillip Reclam jun. Verlag

www.zeit.de/2007/38/C-Arbeit-macht-krank