

KUNSTTHERAPIE MIT KREBSKRANKEN KINDERN

Mag. Anna Rakoš /St. Anna Kinderspital 2005

1. Rahmenbedingungen:

Das St. Anna Kinderspital in Wien ist mit seinen beiden onkologischen Grundstationen (2A und 2B) und der Station für Stammzelltransplantationen (1A) das größte Behandlungszentrum für Krebserkrankungen im Kindesalter in Österreich. Nicht nur die medizinische, sondern auch die psychosoziale Betreuung spielen demnach eine Vorreiterrolle und werden an hohen Maßstäben gemessen: So ist es eines der ersten Spitäler in Österreich, in der eine Stelle für Kunsttherapie geschaffen wurde.

Nach der Etablierung einer Musiktherapie-Stelle bewarb sich im Sommer 2000 erstmals Anna Reuss als kunsttherapeutische Praktikantin. Sie arbeitete zunächst ein halbes Jahr unbezahlt in den Räumen der Tagesklinik. Ziel war es, den Kindern mit Hilfe von Mal- und Bastelarbeiten die oft langen Wartezeiten zu verkürzen. Daneben war sie auch als Kunsttherapeutin auf den beiden Grundstationen beschäftigt.

Nach und nach wurde ein Bewußtsein geschaffen, was Kunsttherapie beinhaltet und auf welche Weise die PatientInnen davon profitieren können. Die onkologischen Stationen erkannten den Wert der individuellen Betreuung durch die Kunsttherapeutin. Man war erstaunt über die Aussagekraft der Bilder und merkte, daß besonders Jugendliche, die sich schon zu „alt“ für die Angebote der Kindergärtnerin fühlen, durch Kunsttherapie angesprochen werden können. Vor allem bei LangzeitpatientInnen wurde der unterstützende Effekt der kunsttherapeutischen Begleitung erkannt. Ein nicht unwesentlicher Faktor zur Etablierung der Kunsttherapie war die Erkenntnis, daß es auch das Pflegepersonal entlastet, wenn man weiß, daß die Kinder einen Raum haben, wo sie Folgen der invasiven Behandlungen aufarbeiten können.

Dank des Engagements von Anna Reuss und dem Leiter der Psychosozialen Gruppe, Dr. Reinhard Topf, konnte so im Februar 2001 eine Stelle für Kunsttherapie geschaffen werden, die von der Elterninitiative der Kinderkrebshilfe finanziert wurde.

Im Herbst 2002 wurde ich Anna Reuss' Nachfolgerin, um auf den drei onkologischen Stationen tätig zu sein. Ein Teil der Finanzierung meiner Stelle wurde dabei vom St. Anna Kinderspital übernommen. Die Arbeit in der Tagesklinik wurde durch eine Kindergärtnerinnenstelle neu besetzt.

Demnach konzentriert sich der Auftrag an mich auf die (kunst)-**therapeutische** Begleitung und Unterstützung der krebskranken PatientInnen, während die musisch-kreative Beschäftigung Aufgabengebiet der Kindergärtnerinnen ist.

Organisatorisch bin ich Teil des **Psychosozialen Teams**¹, das aus dem Leiter Dr. Topf, den PsychologInnen, KindergärtnerInnen, der Sozialarbeiterin, der Seelsorgerin und der Musiktherapeutin besteht und sich einmal wöchentlich zur Besprechung trifft. Darüberhinaus nehme ich einmal in der Woche an den psychosozialen Besprechungen der jeweiligen Stationen teil, an denen ÄrztInnen,

¹ Topf et.al.: Das Psychosoziale Betreuungskonzept d. St. Anna Kinderspitals 1997

Schwestern, Psychologin und TherapeutInnen über die aktuelle Befindlichkeit der stationären PatientInnen diskutieren.

Nach Absprache mit den PsychologInnen übernehme ich neue PatientInnen, auf die eine oder mehrere der folgenden Indikationen zutreffen:

- starke Ängste
- Verarbeitungsprobleme (Regression, Sprachlosigkeit, Rückzug, Aggressivität)
- eine besonders schlechte Diagnose, die längere stationäre Aufenthalte bedingen wird
- Complianceprobleme
- schwierige familiäre Verhältnisse
- schließlich ein gewisses Interesse, Kunsttherapie kennenzulernen

2. Meine Rolle als Kunsttherapeutin

2.1. Im Gegensatz zum medizinischen Personal bin ich jemand, der den Kindern nicht weh tut sondern eine durchwegs positiv besetzte Rolle zugewiesen bekommt: ich bringe ihnen etwas das Spaß macht, sie „nährt“ und zwingt ihnen nichts auf. In der Kunsttherapie-Stunde sind sie der „Boss“. Im Gegensatz zu den Eltern wiederum bin ich neutraler, da keine Abhängigkeit von mir besteht. Diese Rolle ist es, die manchmal erst den freien Ausdruck von Gefühlen ermöglicht.

Dem therapeutischen Auftrag zufolge trachte ich danach, entsprechende **Rahmenbedingungen** für meine praktische Arbeit zu erhalten, was jedoch im stationären Alltag nicht immer leicht ist und viel Geduld und Flexibilität erfordert:

2.2. Ich arbeite prinzipiell im **Einzelsetting**, da die Erfahrung zeigt, daß die Kinder die einzelne Zuwendung sehr schätzen und ein intimer Rahmen den Ausdruck von Gefühlen oft erst ermöglicht.

2.3. Als Therapeutin habe ich ein „**aufsuchende**“ Rolle: Die Tatsache, daß die Kinder wegen ihrer Krebserkrankung und nicht wegen einer (kunst)therapeutischen Begleitung ins Krankenhaus gekommen sind, erfordern Überzeugungs- und Motivationsarbeit von mir, die in einem „normalen“ Setting nicht nötig wäre.

Ich bin „aufsuchend“, da ich den jungen PatientInnen erst einmal mein Angebot erklären und schmackhaft machen muß. Steigen jüngere PatientInnen meist mit Begeisterung ein, so sind ältere Jugendliche anfangs meist skeptisch. Bei Burschen hat sich der Einstieg mit möglichst neutralem Material (z.B: Collage, Fotografie), oder mit Werkzeug-Charakter (Ton, Speckstein, Draht, oder Spachteln auf Leinwand) bewährt. Auch spielt das Gespräch meist eine größere Rolle. In diesem Bereich sind noch viele Möglichkeiten unausgeschöpft. Das Erarbeiten neuer Konzepte und Ausprobieren neuer Materialien (z.B. Airbrush) mit dieser Zielgruppe ist spannend und macht Spaß! Schließlich muß man aber auch akzeptieren, daß nicht alle mit diesem Angebot etwas anfangen können und es ablehnen - selbst wenn man selbst das Gefühl hat, daß es ihnen gut tun würde.

„Aufsuchend“ bin ich auch im räumlichen Sinne, da ich zu den PatientInnen ins Zimmer komme und manchmal anwesende Eltern oder Verwandte bitten muß, den Raum zu verlassen. Bei kleineren Kindern darf die Mutter natürlich bleiben, wenn sie sich das wünschen. Es ist dann eine Herausforderung, mit dieser Situation

umzugehen: Manche Erwachsene kommentieren das Geschehen oder greifen mit Vorschlägen ein („mal doch was Gescheites, kein Kixi-Kraxi“). Mit der Zeit wird das Kind jedoch meist so sicher, daß auch die Mutter/der Vater das Zimmer verlassen darf. Die Eltern wiederum beginnen, sich auf die „Betreuungspause“ zu freuen und genießen es, in Ruhe einen Kaffee zu trinken oder einen Einkauf zu erledigen.

Da es keinen Atelierraum gibt, erfordert die Arbeit im Zimmer Kreativität im Umbauen von Krankenhaustischen und Verhängen von Wänden etc - damit lustvolles Experimentieren trotzdem möglich wird.

Es ist ein langfristiges Ziel von mir und der Musiktherapeutin, die Einrichtung eines eigenen Ateliers zu erreichen: Nicht nur würde der Ortswechsel den Kindern guttun - unsere Rolle wäre damit sehr verändert. Durch ein eigenes Atelier würde der Kunsttherapie/Musiktherapie symbolisch auch mehr Raum – und damit Bedeutung- gegeben. Darüber hinaus könnte ein Atelier freieres Arbeiten und vielfältigere Interventionen ermöglichen. Gruppenarbeiten oder die Nachbetreuung von ambulanten PatientInnen wären erst damit ebenso möglich.

2.4. Zwar trachte ich danach, möglichst ungestört zu arbeiten – ein Schild mit „Kunsttherapie“ wird stets an der Tür aufgehängt, mit dem Hinweis, wie lange wir noch beschäftigt sind- jedoch haben prinzipiell **medizinische Maßnahmen Priorität**. Es hängt stark vom Verständnis der/m jeweiligen Schwester oder Pfleger ab, ob eine „Störung“ z.B. durch Blutdruckmessen oder Abwiegen verschoben wird oder nicht. Andere Unterbrechungen müssen stattfinden, da z.B. eine Röntgenuntersuchung, Punktion, Computertomografie...etc. nicht aufgeschoben werden können.

2.5. Die Therapiestunden finden sehr **unregelmäßig** statt. Werden die Kinder zu Beginn der Erkrankung immer stationär behandelt, so kommen sie später – je nach Diagnose – nur tage- oder wochenweise auf die Station. (Durch den Aufbau der Tagesklinik ist es zunehmend möglich, Chemotherapien ambulant zu erhalten). Wird ein/e PatientIn entlassen, weiß man nie genau, wann er/sie wiederkommt. Es kann sein, daß Wochen vergehen, oder aber auch nur ein paar Tage, wenn z.B. eine unvorhergesehene Komplikation auftritt (Infektion, Übelkeit...etc). Manche Kinder kommen Monate oder sogar Jahre später wieder mit einem Rezidiv auf die Station.

Umso mehr bin ich bemüht, **Kontinuität** im künstlerischen / therapeutischen Prozeß zu erreichen bzw. zu halten. Immer wieder schaue ich vorbei, um den Kontakt zu halten und ein paar Worte zu wechseln, selbst wenn sich keine Therapiestunde ausgeht. Das Protokollieren der Stunden erhält in diesem Setting noch mehr Bedeutung.

2.6. Durch meine Tätigkeit auf drei verschiedenen Stationen müssen die **Materialien transportabel** sein. Zu diesem Zweck habe ich einen großen Wagen organisiert, auf dem Papier, Farben, Pinsel, Collagematerial, Ton und andere Knetmassen Platz haben. Zusätzliche Materialien werden in Kästen aufbewahrt und bei Bedarf mitgenommen. Der Wagen selbst wird am Ende des Tages in einem eigens dafür hergestellten Schrank versperrt, um Diebstählen vorzubeugen.

Darüber hinaus unterliegen die Materialien bestimmten **Hygienebestimmungen**: Durch die medizinische Behandlung sinken die Leukozytenwerte und damit die Abwehrkräfte der PatientInnen. Ab einem Wert von 1000 „Leukos“ (normalerweise hat ein Mensch ca. 4000-12000 Leukozyten) müssen die Kinder meist in ihrem

Zimmer bleiben: Jede/r BesucherIn muß sich vor dem Betreten des Zimmers zusätzlich zur Händedesinfektion Mantel/ Schürze, Maske und ev. Handschuhe anziehen. Auch mein Wagen muß draußen stehen bleiben. Die Materialien, die ich mit ins Zimmer nehme, müssen desinfiziert werden (Abwischen mit einer Desinfektionslösung), bzw. manche Materialien wie Ton dürfen gar nicht mit hinein genommen werden, da die darin enthaltenen Keime oder Pilze gefährlich für das Kind sein können.

Besonders auf der Station 1A, wo Knochenmarktransplantationen durchgeführt werden, sind die Hygienevorschriften sehr streng. Vor der Transplantation wird das eigene Knochenmark – und damit alle Abwehrkräfte durch Bestrahlung oder Chemotherapie völlig zerstört. Je nachdem, ob Fremdspender oder Geschwisterspender vorgesehen sind, erfolgt diese „Konditionierung“ stärker oder schwächer. Vor der eigentlichen Transplantation wird das Kind halbsteril bzw. steril eingeschleust: In ein spezielles „LAF-Zimmer“ („Laminar-Flow“), wo die Luft ständig gefiltert wird, dürfen nur sterilisierte/desinfizierte Gegenstände eingeschleust werden. Der Boden und die Wände gelten als nicht steril: bei Berührung müssen sofort die Handschuhe gewechselt werden. Das gilt auch für Kontakt mit den Haaren oder dem Gesicht. Alle Speisen, die das Kind zu sich nimmt, müssen gekocht sein etc. Durch das Hineinbringen von nur ausgesuchten Materialien sind meine Interventionsmöglichkeiten auch eingeschränkt: Ich kann nicht schnell einmal hinausgehen und noch etwas holen, da ich mich dann wieder komplett neu umziehen müsste. Kreativität ist angesagt: mit dem, was da ist, etwas zu machen.

2.7. Extreme Schwankungen im körperlichen oder seelischen Befinden der PatientInnen erfordern von der Therapeutin viel Einfühlungsvermögen, aber auch die Fähigkeit, Ohnmacht auszuhalten. Besonders im palliativen Bereich führt dies zu existentiellen Fragen über Leben und Sterben, Trauer und Spiritualität – Fragen, mit denen man sich selbst auseinandersetzen muß.

3. Belastungen für das Krebskranke Kind

Mit der Diagnose Krebs gerät der junge Patient und seine Familie in eine schwere Lebenskrise. Während die Eltern unter dem Schock stehen, möglicherweise ihr Kind zu verlieren, muß sich das Kind sofort verschiedensten invasiven medizinischen Maßnahmen unterwerfen, deren Sinn es nicht ohne weiteres einsehen kann. Bei vielen Krebserkrankungen fühlen sich die Kinder zu Beginn subjektiv nicht krank, werden aber fast zwei Jahre lang massiven körperlichen Eingriffen ausgesetzt, die sie erst – ihrem Verständnis nach – „krank“ machen: Mit der ersten Chemotherapie wird der Infusionsständer ein ständiger Begleiter: das Kind kann sich nicht mehr frei bewegen.

Es folgt der Haarausfall und damit einhergehend die Stigmatisierung als „krebskrank“, unter dem besonders ältere Kinder leiden. Chemotherapie kann Übelkeit, Appetitlosigkeit und Schmerzen verursachen. Besonders Entzündungen der Schleimhäute im Mund und der Speiseröhre („Mukositis“) beeinträchtigen das Wohlbefinden der Kinder massiv: Sie können nicht mehr sprechen, geschweige denn schlucken oder essen. Auch der Geschmackssinn kann sich für Monate ändern. Müdigkeit, Blutarmut und damit einhergehende ständige Gefahr vor Infektionen bestimmen den Alltag der jungen PatientInnen. Die Behandlung mit Cortison kann ein sog. „Cushing-Syndrom“, also das Anschwellen der Haut, bewirken. Die operative

Entfernung von Tumoren kann Störungen der Motorik bis hin zur Amputation von Gliedmaßen mit sich führen und massive Veränderungen im Körperschema der Kinder verursachen.

Zu den körperlichen Auswirkungen kommen psychische Belastungen: Auf den Schock der Diagnose folgt die Angst vor der Behandlung und deren Auswirkungen². Die fremde Krankenhauswelt und die Ungewißheit des Therapieerfolges verstärken diese Angst. Gefühle wie Ohnmacht und Kontrollverlust müssen ausgehalten werden. Als PatientIn ist man plötzlich verschiedensten Regeln und Verhaltensweisen unterworfen, die ohne Ausnahme eingehalten werden müssen: Medikamente schlucken, zu verschiedensten Untersuchungen fahren, schmerzhafte Behandlungen ertragen, nicht aus dem Zimmer gehen dürfen, viel trinken müssen, in einer Tätigkeit immer wieder unterbrochen werden und schließlich sehr oft: warten, warten, warten...

Die Krebserkrankung bewirkt weiters soziale Isolation: aus hygienischen Gründen dürfen nur wenige Verwandte zu Besuch kommen, größere Ansammlungen von Menschen müssen gemieden werden, dazu gehören Schul-, Kino-, Schwimmbadbesuche ebenso wie das Benützen von öffentlichen Verkehrsmitteln. Schließlich kommt es bei vielen Familien zu Rollenverschiebungen aufgrund der neuen Situation. Ein Elternteil hält sich meist beim kranken Kind auf, der andere muß dann alleine im Haushalt zurechtkommen und für ihn neue Aufgaben bewältigen. Geschwisterkinder müssen neue Verantwortungen übernehmen und sind häufig mehr auf sich allein gestellt. Schließlich übernimmt manchmal der kleine Patient die Rolle des/der Trösters/in der Eltern, deren Verzweiflung für ihn/sie schwer auszuhalten ist.

Je nach Alter versuchen die Kinder, mit Hilfe unterschiedlicher Strategien mit der neuen Situation fertig zu werden³. Oft kommt es zu einer massiven Regression: Kleinere Kinder werden sehr anhänglich, die Mutter oder der Vater dürfen nicht mehr für eine Minute aus dem Zimmer gehen, andere Personen werden ignoriert. Aber auch ältere PatientInnen brauchen wieder mehr Kontakt zu den Eltern, was gerade in der Phase der Ablösung einen Bruch bedeutet. Es wird auf ältere Verhaltensweisen zurückgegriffen, da sie ein Stück Sicherheit vermitteln: Stofftiere werden wieder wichtig, sprachlich nimmt der Patient sich zurück, sogar Einnässen oder Einkoten kann eine Folge der psychischen Belastung sein.

Zum sprachlichen kommt der emotionale Rückzug – Kinder sind nicht mehr ansprechbar und leisten durch ihr Schweigen Widerstand.

Auch Aggression ist eine häufige Belastungsreaktion bei Kindern und Jugendlichen, die an Krebs erkranken.

4. Warum Kunsttherapie?

In den folgenden Punkten möchte ich darstellen, wie und auf welche Weise Kunsttherapie in der Betreuung onkologischer PatientInnen Sinn macht und wirken kann.

² Bürgin D./Di Gallo A.: Pädiatrische Psycho-Onkologie (S143 ff)

³ Topf R.: Medizinische Krebsaufklärung als psychosoziale Notwendigkeit, 1997 (S291ff)

Meine wichtigste Grundlage in der Arbeit ist die Suche nach der noch vorhandenen **Vitalität** des Kindes. Obwohl psychodynamische Aspekte wie die Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung zwischen KlientIn, TherapeutIn und der Gestaltung mit einfließen, so steht in der Arbeit mit krebskranken Kindern nicht die Aufdeckung eventueller alter „Störungen“, sondern die **Ressourcenarbeit** im Vordergrund. Nicht Defizite und Unfähigkeiten sollen bearbeitet werden, sondern Stärken und Fähigkeiten. Das Entlocken, Suchen und Finden dieser Ressourcen macht den größten Teil der kunsttherapeutischen Begleitung aus: Wo beginnen die Augen der PatientIn zu glänzen, wo kommt er/sie in Bewegung, wo erlebt er/sie sich positiv?

Beginne ich mit einem Kind zu arbeiten, so steht meist der Wunsch nach **Normalität** im Vordergrund: Häuser, Bäume, Tiere, Hobbies sind Dinge, an die gerne gedacht wird, und die auch ein guter Anknüpfungspunkt sind, um sich kennenzulernen. Gute Erinnerungen können **Anker** sein und helfen, auch schwierige Situationen zu meistern. Bei älteren Jugendlichen bieten sich Collagearbeiten mit Bildern aus Zeitschriften an. Sie zeigen mir ein wenig von der Persönlichkeit und bieten einen guten Einstieg, da sie nicht an „Zeichenunterricht“ erinnern. Zur Grundlage der Ressourcenarbeit gehört die

4.1. Intensivierung der Sinneserfahrung:

Ich biete den Kindern vielfältigste Materialien an, aus denen sie sich dann das aussuchen, wonach ihnen gerade zumute ist:

Jedem künstlerischen Material können bestimmte Eigenschaften zugeordnet werden. Dieser dem Material immanente Charakter ist ein wesentlicher Aspekt in der kunsttherapeutischen Arbeit. Auf der Ausdrucksebene (auch Diagnostik) kann das Material Aufschluß über die psychische Situation des Gestaltenden geben. Dies beginnt schon bei der Wahl des Formates: Braucht das Kind viel Raum oder möchte es sich am liebsten verkriechen? Möchte es sich in Farben suhlen oder lieber kontrollierter mit Stiften arbeiten? Bedürfnisse werden sichtbar und somit zugänglich. Gleichzeitig wirkt das Material mit seinen Eigenschaften auf den Gestaltenden zurück und ermöglicht somit z.B. das Nachholen bestimmter Erfahrungen. (Fingerfarben- siehe Abb.1 u.2.)



Abb.1



Abb. 2

Durch das Material, aber auch den Umgang mit den verschiedenen Techniken, wird ihre Wahrnehmung stimuliert, Assoziationsfähigkeiten gestärkt und der Erlebnishorizont erweitert – Kunsttherapie bietet somit im Spital ein positives

sinnliches Erlebnis, das auch möglich ist, wenn man sich tage- oder sogar wochenlang in einem Zimmer aufhalten muß, weil man eingeschleust ist.

Ich ermuntere die Kinder anfangs besonders, die sinnlichen Qualitäten der Farben oder des Tons zu erforschen und betone, daß es nicht darum geht, ein „schönes“ Bild zu malen, um jeglichen **Leistungsdruck** zu vermeiden. Ich spreche damit ihre Phantasie und Vitalität an, die meist nach wenigen „Probablättern“ zum Vorschein kommt. Es bereitet den meisten unheimliche Lust, herum zu klecksen, spritzen und werken, ohne daß irgend etwas Bestimmtes dabei herauskommen muß. Natürlich werden das Bett und die Pyjamas mit Plastikschrürzen abgedeckt und zum Schluß alles wieder geputzt, dennoch kann einmal etwas daneben gehen.

Ein tolerantes Umfeld ist also sehr unterstützend – wenn Eltern, Schwestern oder auch das Reinigungspersonal Verständnis dafür zeigen, vermitteln sie auch dem Kind, daß seine Vitalität geschätzt wird!

Ist es dem Kind möglich, sich dermaßen zu befreien, tauchen später von selbst eigene Themen in den Gestaltungen auf, an denen weiter gearbeitet werden kann.

4.2. Wegfallen der Sprachbarriere:

Wir haben schon von den körperlichen Beeinträchtigungen, die eine Krebserkrankung mit sich bringt und Sprachlosigkeit bewirken kann gehört (Mukositis, Müdigkeit...). Sprachlosigkeit ist in den meisten Fällen jedoch mit einer psychischen Sprachbarriere verknüpft:

Kunsttherapie kann ein Kind dort abholen, wo es sich gerade befindet- auf der Ebene der Regression, der Bilder, der unmittelbaren Handlung ohne verbale Erklärungsversuche.

Maria⁴, ein 9jähriges Mädchen, war sehr lange stationär aufgenommen. Sie war ein freundliches, jedoch schweigsames Kind. Lange Zeit genoß sie, in der Kunsttherapie verschiedene Farben und Materialien auszuprobieren und damit herumzulecksen, ohne darüber sprechen zu wollen. Ich spürte, daß es ihr manchmal nicht gut ging, und sie selber darunter zu leiden schien, dies nicht ausdrücken zu können. Bezeichnend dafür ist ihr Bild von einem Haus mit einer Mauer, die das ganze Blatt durchquert. Ich sprach sie darauf an: „Es wäre wohl interessant zu wissen, was sich hinter der Mauer befindet?“ Maria nickte. „Ja, da gibt es etwas hinter der Mauer, aber niemand kommt dorthin und darf es sehen“.



Abb.3

⁴ Die Namen der PatientInnen sind alle verändert

In der nächsten Stunde begann Maria, mit der Walze heftig mehrere Blätter zu bearbeiten. Ihrem Impuls folgend, fragte ich sie, ob sie nicht einmal Lust hätte, ein ganz „häßliches“ Bild zu malen. (Ich gab ihr sozusagen die Erlaubnis, etwas Negatives auszudrücken, ohne das Gesicht dabei zu verlieren) Sie ging darauf ein und malte ein „häßliches“ Gespenst. Betrachtet man das Gespenst näher, so fällt auf, daß es lächelt. Zwar deutet der schwarze Balken oberhalb auf eine gedrückte Stimmung, es läßt sich aber ein Widerspruch zwischen dem Lächeln des Gespenstes und der Bezeichnung „häßlich“ erahnen. Fast wirkt das Lächeln aufgesetzt – es erinnert mich an Maria selbst, die nach außen hin immer freundlich wirkt, aber kaum zeigt, wie es ihr wirklich geht. Das behielt ich aber für mich. Ich ließ sie weiter arbeiten – sie begann, ein Blatt mit schwarzer Farbe anzumalen, es folgte ein weiteres, bis das letzte Blatt ganz schwarz zu gemalt war. Der schwarze Balken bekam mehr Raum, dehnte sich aus, er durfte sein. Danach beschriftete sie das Blatt groß mit ihrem Namen – als ob sie auffordern würde, hinzusehen: „Seht her, auch das bin ich, mitten im Dunkeln“. Sie sagte, daß sie fertig ist und jetzt etwas anderes machen möchte. Ich bot ihr Ton an. Zu meinem Erstaunen knetete sie drei Häschen, die in einem Gehege sitzen. Maria meinte dazu: „Das sind meine Lieblingstiere. Sie sitzen im Stall, aber es ist sehr eng. Eigentlich sind sie gefangen, sie wollen raus, aber sie können nicht.“ Maria hatte eine Form gefunden, ihr Gefühl des Eingesperrtseins auszudrücken (an diesem Tag wurde ihr gesagt, daß sie noch nicht nach Hause darf, sondern noch länger in der Klinik bleiben muß). Wir fanden noch einen Weg, den Hasen das Leben im Käfig angenehmer zu gestalten: Sie formte ein paar Karotten, damit sie wenigstens nicht hungrig sind...(Abb. 4-7)



Abb.4



Abb. 5



Abb.6



Abb. 7

Kunsttherapie bot Maria die Möglichkeit, etwas zu benennen, ohne darüber sprechen zu müssen. Das **Augenzeugen- Sein** der Therapeutin hat dabei eine wichtige

therapeutische Funktion. Es setzt einen sehr behutsamen Umgang mit dem Bild voraus – gutgemeinte Fragen von Eltern, Ärzten oder Pflegepersonal, die in das Zimmer hineinkommen wie „Was ist das?“ oder „Warum hast du das gemalt?“ können dabei bewirken, daß sich das Kind noch weiter in sich zurückzieht. Selbst wenn in den Bildern bestimmte Themen ganz offensichtlich zu erkennen sind so wird es manchmal wichtig sein, diese im Bild zu belassen und nicht weiter zu bearbeiten – um dem Kind zu signalisieren, daß es – auch in seiner Verweigerung zu sprechen – in Ordnung ist.

4.3. Kompetenz/ Macht/ Ohnmacht:

Durch die Förderung der kreativen Fähigkeiten in der Kunst erfährt sich das Kind/ der Jugendliche wieder als Handelnder, Schaffender – ein Erlebnis, das diametral der Erfahrung des dem „Schmerz-Ausgeliefertseins“ gegenübersteht. Das Kind wird so in seiner Ich-Organisation gestärkt, seine Selbst-Akzeptanz erhöht. Positive Erfahrungen stärken wiederum die Motivation und das Vertrauen, die Krankheit zu bewältigen.

Das Gefühl des „Eingesperrtseins“ erleben viele Kinder. Im Bild, in der Phantasie jedoch ist man frei. Manchmal stelle ich die Frage: „Wo wärest du gerne, wenn du jetzt hinaus fliegen könntest?“

Susanne, 10 Jahre alt, wünschte sich sofort auf eine „verlassene Insel“ mit einer Höhle, in der sie gerade einen Fisch am Feuer brät (ein Pfeil deutet auf die Feuerstelle, um zu zeigen, wo sie selbst ist). Die Höhle bietet Schutz und Geborgenheit. Auf der Insel selbst ist kein Mensch zu sehen – damit auch niemand, der sie potentiell „stören“ könnte. Rundherum ist Wasser, in dem auch einige Lebewesen zu erkennen sind. Der Krebs und der Fisch sind weniger freundlich gesinnt, meint sie, aber sie sind ja im Wasser, da können sie ihr nichts tun.

Das Bild des Krebses tauchte in der nächsten Gestaltung noch einmal auf: Susanne formte ihn aus Ton und meinte: „Diesen Krebs mag ich nicht!“ Ich fragte sie, was man denn tun könnte, damit er nicht so gefährlich wäre. Sie formte darauf eine Stopp-Tafel und stellte sie vor ihn hin. „Er muß da stehen bleiben und darf nicht weiter gehen!“ – Im Spiel war es tatsächlich der Krebs, das grausliche Tier – dass er doch den gleichen Namen wie die Krankheit hat, dürfte jedoch kein Zufall sein. Susanne hatte auf symbolischer Ebene eine Handlungsmöglichkeit gefunden, dem Krebs Widerstand zu leisten



Abb.8



Abb. 9

Eine andere Möglichkeit, sich selbst als Handelnde zu erleben, fand Iris (10 Jahre) für sich heraus: Sie experimentierte mit Rasierschaum. Rund um die weißen Kleckse drückte sie aus den Acrylfarbeflaschen Kreise in verschiedensten Farben. Dazu meinte sie: „Dieser Schaum ist jetzt eingesperrt, der darf nicht hinaus, ich halte den jetzt auf!“ Jetzt war sie die Akteurin! Auch die Spritzen werden manchmal umfunktioniert: Werden sie sonst mit Schmerzen assoziiert, so bekommen sie, mit Farben gefüllt, eine subversive Funktion: Das Kind verwendet sie selbst,- manchmal noch dazu „gegen“ das Spital, indem das Zimmer potentiell verschmutzt wird. (Ein Mädchen spritzte sogar bis zur Decke hinauf!)

Bevor ich mit meiner Arbeit im St. Anna begann, war ich mir nicht bewußt, daß **Ohnmacht** – sowohl die der Kinder, als auch die eigene – so eine zentrale Rolle spielen würde. Insbesondere, wenn es sich abzeichnet, daß der/die PatientIn einen Rückfall erlitten hat oder die Behandlung keinen Erfolg zeigt.

Sobald das Wort „**palliativ**“ in den Besprechungen auftaucht, heißt es, daß man dem Kind zwar eine möglichst gute Lebensqualität durch Behandlung der Schmerzen etc. bieten will, im Grunde aber die Hoffnung auf Gesundung aufgegeben wurde. Oft dauert es sehr lange, bis das gegenüber dem Patienten und den Eltern ausgesprochen wird: Nicht zuletzt durch die Erfolge der modernen Medizin wird es immer schwieriger, festzustellen, ob es nicht doch irgendwo noch eine Chance, eine experimentelle Therapie geben könnte, die in seltenen Fällen Heilung ermöglichen könnte. Es ist verständlich und wünschenswert, daß alles unternommen wird, bevor man ein Kind „aufgibt“ – andererseits erleben sich die Beteiligten wie in einem „leeren Raum“ – die Ungewißheit verhindert auch die Vorbereitung auf den Sterbeprozess und damit ein Stück vorwegnehmender Trauerarbeit. Der Umgang mit dem Tod ist nach wie vor in unserer Gesellschaft tabuisiert. Die jungen PatientInnen möchten in den seltensten Fällen darüber sprechen – sei es, weil sie den Gedanken selbst nicht ertragen, oder weil sie Angst vor der Trauerreaktion der Eltern haben und diese nicht verletzen wollen.

Als Kunsttherapeutin kann ich dem Kind die Möglichkeit geben, sein Verhältnis zum Abschied und Tod zu gestalten und sich dadurch zu entlasten – ohne der Gefahr, jemand anderen damit zu belasten.

Erst wenige Wochen vor seinem Tod lernte ich Phillip kennen. Ich war neu auf der Station, mir wurde gesagt, daß er von meiner Vorgängerin kunsttherapeutisch begleitet wurde und gerne weiter machen würde. Seine Mutter war besorgt, daß er nie über sein Sterben sprach und hoffte, daß er vielleicht durch das Malen einen Ausdruck für seine diesbezüglichen Gefühle finden könnte. So stieg ich ein, obwohl ich Bedenken hatte, ob in dieser Phase noch Bereitschaft für einen neuen Kontakt da sein würde. Normalerweise ziehen sich Kinder immer mehr zurück, wollen von der Welt nichts mehr wissen, wenn sie spüren, daß ihr Ende naht.

Ich war erstaunt, daß Phillip mich freundlich begrüßte und sofort zu malen begann. Er verhielt sich so, als würden wir uns schon lange kennen. Ganz offensichtlich war er es schon gewöhnt, das Malen für sich zu nützen. Nach wenigen Stunden kam ein Bild zustande, das ich mit seinem bevorstehenden Tod assoziierte und mir lange in Erinnerung blieb. (Abb.10)



Abb. 10

Er meinte dazu: „Das ist ein Rennfahrer, der fliegt mitten in einen Tornado hinein, so einen, den es in Japan gibt. Dort drinnen ist nichts, dort ist es nur schwarz. Aber er stirbt nicht!“ Verbal war es Phillip nicht möglich, das nahe Sterben anzuerkennen. Im Bild selbst ist aber zu sehen, daß der Rennfahrer schon fast am Tornado ankommt – nur noch wenige Millimeter trennen ihn davon.

Boris, ein 17 jähriger Bursche, malte eine Palme mit Kokosnüssen. Dahinter liegt das Meer, eine paradiesische Landschaft. Eine Kokosnuß liegt am Boden, zerschellt. Der Pfeil deutet darauf. Er beschrieb sein Bild so: „Früher war ich wie diese Kokosnüsse da oben. Ich hatte eine schöne Aussicht und alles war ok. Jetzt bin ich die Kokosnuß, die auf dem Boden zerschlagen ist. Ich sehe die Dinge von unten, ich sehe jetzt alles ganz anders. Die Kokosnuß kann nicht mehr hinauf. Sie ist kaputt und niemand kann sie mehr flicken.“



Abb.11

Das Bild kann in der Trauerarbeit Container sein, wo Dinge noch einmal angesehen und beweint werden können.⁵ Es kann so auch kathartische Funktionen übernehmen. Das gilt genauso für den Umgang mit Aggression: Ein Stück Ton kann geknetet,

⁵ Siehe Konzept des „Containments“ bei J. Shaverien (1992) bzw. Winnicott: (1973)

geschlagen, zerschnitten werden – die Wut hat ihren Platz und kann damit ihre Anerkennung bekommen.

4.4. Rezeptive Kunsttherapie

Mehr als anderswo wird man in der Arbeit mit krebserkrankten Kindern und Jugendlichen mit körperlichen Beschwerden konfrontiert, die es den PatientInnen verunmöglichen, selbst aktiv zu sein. Ständige Müdigkeit, Übelkeit oder Schmerzen sind oft Gründe, Kunsttherapie- Stunden zu verschieben oder abzulehnen.

Ich begann mich zu fragen, ob es nicht noch mehr Möglichkeiten gibt mit Bildern zu arbeiten, ohne daß es für die Kinder zu anstrengend ist. Schließlich wollte ich auch nicht, daß Kunsttherapie nur damit assoziiert wird, daß man „malt“ und aktiv sein muß. Zunächst einmal versuchte ich zu vermitteln, daß Kunsttherapie für mich ein **Beziehungsangebot** ist: Einfach da zu sein, zu plaudern, die Hand zu halten und gemeinsam zu hoffen, daß es wieder bergauf geht, ist manchmal genauso wichtig wie malen oder gestalten.

Darüber hinaus begann ich mich- neben den bekannten Interventionen mit Postkarten und Kunstbüchern (z.B. Frida Kahlo, Munch oder Caspar David Friedrich werden gerne betrachtet)- mit dem Zugang zu „inneren Bildern“ zu beschäftigen: Phantasie Reisen zu angenehmen Orten, Kraftplätzen oder Krafttieren ermöglichen auch einem erschöpften Patienten, in eine andere Welt einzutauchen und aufzutanken.

Ich bekomme in solchen Situationen verstärkt die Rolle der „**Nährenden**“: Steine und Muscheln sind Gegenstände aus der Natur, die Energien an die Jugendlichen weitergeben können und gerne ausgesucht werden. Manchmal male ich selbst für das Kind ein Bild, wenn es sich das von mir wünscht. Gemeinsam mit meiner Supervisorin Irmgard Starke (Leiterin der Wr. Schule für Kunsttherapie) entwickelte ich eine Fotoserie von meditativen Bildern, die zum Assoziieren und Phantasieren anregen: Szenen aus der Natur (Elemente Wasser, Feuer, Erde, Luft), Bilder von heiligen Plätzen wie z. B. Ayers Rock (Aborigines), Blumen, Bäume, Bilder von Kargheit und Üppigkeit, von Übergängen. Die Fotos sind groß (A4) und in Plastik eingeschweißt, so daß man sie auch desinfizieren und in eine Sterileinheit mit hinein nehmen kann.

Auch das Vorlesen von poetischen Texten z.B. von indigenen Völkern ist eine Möglichkeit, sich in andere Welten zu begeben und die Phantasie anzuregen.

Immer wieder geht es darum, flexibel auf die jeweilige Situation zu reagieren und Möglichkeiten des Angebots bzw. der Interventionen zu erweitern.

Zum Schluß noch eine kurze Überlegung zum

5. Umgang mit therapeutischen Bildern:

Genauso wie eine Gestaltung Containerfunktionen übernehmen kann, so ist es auch möglich, das Objekt/Bild wieder wegzustellen und sich davon zu dissoziieren. Schlimme Gefühle können gemalt werden, danach ist es aber möglich, wieder „auszusteigen“. Es kann eine eigene Schublade für diese Bilder benützt werden, die Gestaltungen können verschnürt, verpackt, zerstört oder einfach nur umgedreht werden – je nach dem, wonach dem Kind zumute ist. Gerade weil die Bilder quasi als magische Objekte besetzt sind – sei es bewußt oder unbewußt – spielt es eine große Rolle, wie sie auch aufbewahrt werden. Da Kinder empfinden, daß die Gestaltung

auch ein Teil von ihnen selbst ist, wird sich der Umgang damit immer auch auf das Kind selbst beziehen. Als Therapeutin habe ich die Verantwortung dafür, die Bilder entsprechend aufzubewahren, so daß das Kind auch weiß, daß sie – mitsamt dem Schrecken, der Wut oder der Trauer – gut aufgehoben sind. Nicht umsonst fordert z.B. die britische Gesellschaft für Kunsttherapie eine Aufbewahrungsdauer aller Bilder von mindestens drei Jahren – für den Fall, daß das Kind sie doch noch einmal zurück haben möchte.

Aus diesem Grund, und nicht zuletzt auch als Ergebnis früherer Erfahrungen mit Ausstellungen, wurden im St. Anna Kinderspital neue Richtlinien für den Umgang mit Bildern von PatientInnen erarbeitet. Darin wird zwischen therapeutischen und nicht-therapeutischen Gestaltungen (z.B. mit der Kindergärtnerin entstandene Bilder) unterschieden. Alle Bilder werden archiviert und dürfen nur mit schriftlicher Genehmigung der Erziehungsberechtigten publiziert werden. Bilder, die in kunsttherapeutischen Sitzungen entstanden sind, werden nur in bestimmten Ausnahmefällen freigegeben.

Statt einem Schlußwort möchte ich noch einen jugendlichen Patienten sprechen lassen:

„Für mich persönlich war es eine große Abwechslung zum Spitalsalltag, der mich immer an das selbe erinnert und dir mit der Zeit total auf den Keks geht. Doch es war mehr als nur eine Abwechslung. Es war vielmehr eine Verarbeitung und Ausdruck der inneren (=seelischen) Ängste, Hoffnungen und Gefühle. (...) Es würde wahrscheinlich auch ohne Bilder gehen, aber ich brauche einen „Gedankenanstoss“ der auch gleichzeitig eine Absicherung darstellt, falls man nicht mehr weiter- oder darüber reden möchte...auf die Frage ob die Kunsttherapie mir etwas gebracht hat und/oder ob ich mich danach besser gefühlt habe kann ich nur mit „JA“ antworten. Wie schon oben erklärt fühle ich mich danach immer etwas anders (im positiven Sinn). Entweder fühle ich mich danach erleichtert oder klarer.“ (Walter, 21.J.)

Literaturhinweise:

Bürgin D. /Di Gallo A.: Pädiatrische Psycho-Onkologie (S 143-155) in: Meerwein F./Bräutigam W. (Hrsg): Einführung in die Psycho-Onkologie, Hans Huber Verlag 1998

Kramer E.: Kindheit und Kunsttherapie, Verlag Nausner&Nausner, Graz 2003

L. Niederreiter: Bilder zwischen Leben, Krankheit und Tod, C. Richter Verlag, Köln 1995

R.Topf: Medizinische Krebsaufklärung als psychosoziale Notwendigkeit-Tiefenpsychologische Aspekte in der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder; in: Kinderanalyse (Hrsg.J.Stork), 5.Jrhg. Heft 3, September 1997.

R.Topf, J.Trimmel, L.Vachalek, C.Felsberger und H.Gadner: Das Psychosoziale Betreuungskonzept der Pädiatrischen Onkologie des St.-Anna –Kinderspitals, Wien; In: Pädiatrie und Pädologie, Wien 1997

A. Rakoš: Bilder von Kindern verstehen; in: Hemayat, Verein zur Betreuung von Folter- u. Kriegsüberlebenden Flüchtlingen. Jahresbericht Wien 2000

J. Shaverien: The revealing Image, Routledge Verlag, London 1992

Winnicott,.D.U.: Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart 1973