

Wenn das Rosa schmutzig bleibt

Ästhetische Verantwortung im kunsttherapeutischen Setting

Bei der kunst- und ausdrucks therapeutischen Arbeit wird neben dem Prozess auch dem Werk eine grosse Bedeutung beigemessen. Die ästhetische Verantwortung hinsichtlich des entstehenden Werks kann zu entscheidenden Erkenntnissen und Erfahrungen im therapeutischen Gesamtverlauf führen. Anhand von ausgewählten Praxisbeispielen wird verdeutlicht, was ästhetische Verantwortung als methodisch relevante Haltung konkret meint. Theoretische Verweise zu zeitgenössischen Ästhetikentwürfen sowie systematische Einordnungen in allgemeines kunsttherapeutisches Handeln helfen, das Verständnis der ästhetischen Verantwortung zu vertiefen.

Er schwitzt stark, das Gesicht ist nass. Der Körper gebückt, die Schneeschaufel in der Hand. „Ich kann nicht mehr!“, doch die Augen leuchten. „Also weiter.“ Die ‚Schneeburg‘ – der Titel stand schon fest – wartet auf die Vollendung. Mindestens eine dreiviertel Stunde harte Arbeit ist noch nötig. Ich habe mich vor Beginn des Baus für die Gestaltungszeit als Handlanger in den Dienst von Herrn C. gestellt. Mit Schaufeln und schweren Schuhen ausgerüstet, sind wir durch das Areal der psychiatrischen Klinik gelaufen, die neugierigen, teils leicht vorwurfsvollen Blicke von PatientInnen und Klinikpersonal geflissentlich ignorierend, schon ganz auf die kommende Aufgabe eingestellt. Herr C. ist seit drei Wochen mein Patient, ich bin sein Psychotherapeut. Die Herkunftsfamilie sei wie eine Burg, eine Festung eher, so eine der scheinbar beiläufigen Aussagen bei der familienanamnestischen Erhebung. Das vorsichtige Tasten, was diese Burg, diese Festung ausmache, bringt die patriarchale Machtausübung des Vaters ins Gespräch. Die sanftmütige Mutter sei immer mit dem Vater solidarisch gewesen, auch wenn sie selbst dessen Ungerechtigkeiten empfunden habe. Bei einer Reflektion über die Begriffe ‚Burg‘ und ‚Festung‘ entsteht plötzlich der Gedanke, dass auch ein Iglu – draussen ist schneereicher Winter – eine Burg sei. „Ich möchte einmal wieder einen Iglu bauen.“ Dieser spontane Gedanke des 45jährigen verheirateten Mannes ohne Kinder, bleibt nicht unbeantwortet im Raum stehen. Ein Versuch meinerseits, diesen Wunsch in seiner auch zeitlichen Dringlichkeit abzuschwächen, bleibt erfolglos. Das Anliegen ist ernsthaft. Es wird ein Termin mit einem Zeitfenster von 3 Stunden festgelegt. Die Organisation der passenden Ausrüstung wird von mir aufgrund der guten Beziehungen zur Gärtnerei – dem Winterdienst der Klinik – übernommen. Das Verlegen von einem Gesprächstermin mit seiner pflegerischen Bezugsperson und einer Absage bei der Gruppentherapie übernimmt Herr C. persönlich.

Der Bau des Iglus erfordert ein technisch-statisches und ein formal-künstlerisches Konzept. Auf dem von mir (Herr C. hat noch keinen Ausgang) zuvor erkundeten Bauplatz angekommen, ist die entsprechende Planungsphase kurz, aber klar. Ein Berg aus Schnee in Höhe von 1,5 Meter muss errichtet werden, zwischendurch fest getrampelt und am Schluss ausgehöhlt. Die Form soll klassisch rund werden. Vor dem Aushöhlen werden weitere Details festgelegt. Neben uns beiden Menschen beginnt in der buchstäblichen Wirklichkeit, nach den vorherigen tagträumenden Phantasien der imaginierten Wirklichkeit, die Entstehung eines weiteren Gegenübers. Das Iglu wächst. Der Patient will mehrfach aufgeben, er ist zudem seit ein paar Tagen mit reichlich Antidepressiva ‚versorgt‘, was die körperliche Fitness nicht gerade fördert.

Hier zeigt sich ein wichtiges Element der Verantwortung in kunstorientierten psychotherapeutischen Settings: die Verantwortung gegenüber dem Patienten liegt auf der Hand, in dieser

Situation im wahrsten Sinne des Wortes. Es gibt dazu eine Verantwortung gegenüber der persönlichen Gesundheit, des Heilens von Herrn C.'s psychischer Störung. Gleichzeitig erfordert ein Ernst-Nehmen (statt schonender Beruhigung) ein vorsichtiges, kaum wahrnehmbares Insistieren auf den gemachten Beschluss des Iglubauens, also auf das weitere körperliche Handeln. Die Verantwortung hat noch weitere Komponenten. Das Ernst-Nehmen der eigenen Erfahrung als Psychotherapeut mit dem Umgang mit Unsicherheit birgt die Notwendigkeit von Mut bei neuen Situationen in sich (Hillman, 1986: 120). Die Stimmen der Unsicherheit sind vielfältig: „Wäre nicht ein früher Abbruch des Igluplans auch in Anbetracht der körperlichen Konstitution und der möglichen fatalen Konsequenzen bei einem Beenden des Projekts kurz vor Vollendung eine sinnvolle Alternative?“, oder: „Könnte nicht das Resultat noch mehr verwirren?“.

Die Erhöhung des Komplexitätsgrades (die künstlerische Gestaltung kommt zur Begegnung zweier Menschen hinzu) kann plötzliche Eingebungen bringen, welche neue persönliche Ordnungsraster schafft. Die Offenheit des Therapeuten gegenüber Unsicherheit und Überraschung wird mit dem Begriff der kunstanalogen Haltung treffend beschrieben (Knill, 1995: 85). Kunstanalogue Haltung meint, dass der Therapeut analog zum Tun einer Künstlerin handelt. Konkret muss die Künstlerin u.a. in der Lage sein, Unsicherheiten auszuhalten oder Überraschungen zu integrieren.

Eine weitere Komponente der Verantwortung im kunsttherapeutischen Tun bezieht sich auf das ästhetische Objekt, hier den Iglu. Diese *ästhetische Verantwortung* nimmt das Kunstwerk ernst. Gadamer bezieht sich ausdrücklich bei einer Vertiefung des Symbolischen von Kunst auf die Eucharistie. Er folgt Luthers Nähe zur katholischen Transsubstantiationslehre (Wesensverwandlung von Wein zu Blut, von Brot zu Leib), verkennt dabei allerdings die konkrete Alltagsbezogenheit des eucharistischen Mahls (Lempert, 1995: 31) und beschreibt, dass „im Kunstwerk nicht nur auf etwas verwiesen ist, sondern dass in ihm eigentlicher da ist, worauf verwiesen ist. Mit anderen Worten: Das Kunstwerk bedeutet ein Zuwachs an Sein.“ (Gadamer, 1998: 46).

Der Schneeberg ist genügend gross, die Formgestaltung beginnt. „Soll es eine Eiform oder eine Kugelform haben?“ Die Wahl der Kugel durch Herrn C. ist anspruchsvoll. Mühsame Handarbeit, immer wieder zurücktreten und prüfen. Ich bekomme den Auftrag, aus 10 Meter Entfernung im Kreis um den Bau gehend, Korrekturhinweise zu geben. Im Schnee im Kreis gehen ist anstrengend, ich falle mehrmals hin. Herr C. lacht. Schliesslich ist der Schneeberg rund. Die Form des Eingangs wird bestimmt, diesmal ohne Rückfragen. Herr C. formt die Tür mit der Schaufel. Das Aushöhlen, wieder in penibler Kugelform, nimmt Zeit in Anspruch – und Kraft. Wir lösen uns zu Beginn ab, dann übernimmt Herr C. den letzten Schliff. Auf die Frage, ob nun das Werk vollendet sei, überlegt er eine Zeit, dann wird er ein kleines Fenster einbauen. Am Schluss stampft Herr C. noch exakt überall einen Meter rund um die Schneeburg den Schnee platt. Das Werk ist fertig, Herr C. gönnt sich eine Zigarette. Erleichterung und Freude im Gesicht. Wir haben in den gut 2 ½ Stunden nicht viel geredet. Ich bleibe still, bis er erwähnt, dass er während der Arbeit nicht mehr an seine Eltern gedacht habe und nun stehe hier eine Burg. Aber sie habe ein Fenster, er könne herausblicken, und „die Welt steht offen.“ Und die Burg gehöre ihm, ganz allein ihm. Dass ihm nicht in den Sinn kommt, mich hinein zu bitten, um die Schneeburg von innen zu bewundern, zeigt auf klare Weise diese Einsicht. Ich erwähne es anerkennend, dass ich nicht hinein darf. Er ist verwundert über meine Aussage, kann sie dann nach kurzem Nachdenken akzeptieren. „Früher hätte ich ein schlechtes Gewissen gehabt, jetzt bin ich froh, dass ich Sie nicht hinein gebeten habe.“ Seine Einsichten kommen langsam, so langsam wie das Projekt entstand. „Warum haben Sie eine Kugelform gewählt und wie wirkt nun diese Rundung auf Sie?“ Er beschreibt die Rundung der Burg „wie eine Mutterbrust“. Das ist ihm herausgerutscht, er lächelt: „Ja,

meine Mutterbrust, sanft. Na ja, ein wenig kühl.“ Die Zigarette ist fertig. Wir gehen zurück, versorgen die Schaufeln und trinken auf seinen Wunsch hin eine heisse Schokolade im Klinikrestaurant. Eine verschworene Zweierseilschaft mit langen Schals und roten Ohren. Schweigend. Als die Tassen leer sind, machen wir einen nächsten Termin ab und verabschieden uns.

Was ist therapeutisch geschehen? Die ästhetische Verantwortung bei diesem nicht alltäglichen Projekt in der künstlerischen Therapie war neben dem Dranbleiben am Werk fokussiert auf einfache Prinzipien und allgemeine Werkphasen (Vorbereitungsphase, Bauphase, Gestaltungsphase, Abschlussphase). Dabei sind besonders die Form der Burg, die Spezialitäten (Fenster) und der Abschluss erwähnenswert (das Stampfen rundherum am Schluss). In der kurzen Reflexion, noch bei der Schneeberg, kam der Bezug zu seinem Leben, zur therapeutischen Situation, kurz zur Sprache. Geradezu idealtypisch scheint, dass von meiner Seite aus nur wenige Worte gebraucht werden mussten. Die Sorgfalt – die Verantwortung – dem Werk und seinem Projekt gegenüber übernimmt Herr C. weitgehend selbst. Auch das ‚De-Role‘ meiner Funktion als Handlanger wieder hin zum Therapeuten ist nicht explizit nötig, die Vereinbarung des nächsten Termins genügt. Überhaupt ist hervorzuheben, dass Herr C. während der Arbeit seine Patientenrolle ablegen konnte (seine Äusserungen mir gegenüber während des Bauens und Gestaltens sind erfreulich ‚unbedarft‘). Im Zentrum stand das Iglu, nicht er selbst und nicht meine Interventionen. Das Kreative entwickelt sich „um so reicher und eigenwilliger, je weniger der Analysand dazu bewegt wird, seine schöpferische Kraft zur Wirkung zu bringen. Eine gute Therapie soll möglichst wenig ‚veranlassen‘.“, schreibt Bodenheimer bei seiner vernichtenden Kritik an Leo Navratils befehlenden Art der Intervention (Bodenheimer, 1992: 101).

Der mit künstlerischen Medien arbeitende Therapeut ist demnach verpflichtet, die ästhetische Verantwortung dann wahr zu nehmen, wenn die Patientin sie nicht selbst wahrzunehmen scheint – dabei eine gewisse Geduld zu üben und nicht voreilig zu sein mit Interventionen gehört zur selbstverständlichen Sorgfalt. Ein künstlerischer Prozess benötigt gewöhnlich Zeit. Die innewohnenden künstlerischen Notwendigkeiten umfassen auch ein Ringen und Stocken und Abwarten. Daher reagiert der künstlerische Prozess empfindlich auf Störungen.

Das Schneeberg-Projekt bot Stoff für zahlreiche Sitzungen (die Mutterbrust; das Fenster zur Welt; generell die ‚Übersetzung‘ sowohl der Prozesse als auch des künstlerischen Werks auf das alltägliche Leben und die Krankheitssituation). Es war zudem auch Grund für Stolz. Der Stolz umfasste zweierlei: einerseits den Burgbau geschafft zu haben und andererseits die Formvollendung des Iglus. Ohne hier auf die komplexe Krankheitsdiagnose und die Entlassung aus der Klinik drei Monate später einzugehen, sei noch anzufügen, dass das Burgprojekt zentral bei der psychotherapeutischen Behandlung war. Mit einer Verbrennungsaktion (von Klinikprospekten, Stimmungskurven und ausgewähltem Bildmaterial) fand die Therapie später auf dem Gelände der mittlerweile geschmolzenen Burg ihren Abschluss.

Die ästhetische Verantwortung hinsichtlich des *künstlerischen Weltbezugs* liess uns in der Therapie neben typischen Land-Art-KünstlerInnen wie Richard Long oder Andy Goldsworthy vor allem bei Ludger Gerdes verweilen. Dessen ‚Schiff für Münster‘ (1987), eine Insel in Schiffsform inmitten eines künstlichen Sees am Stadtrand der Stadt Münster, brachte Herrn C. zwei Erkenntnisse: 1. Wenn das Leben komplex und schwierig ist, kann das Eingebundensein in die Natur einen Halt bieten. 2. Ich selbst kann dem Naturbezug nachhelfen.

Das mag sich einfach anhören. Für Herrn C. allerdings bedeutete die zweite Erkenntnis, dass nicht nur ein Walking im Wald andere Gedanken bringt, sondern dass eine Oase im Wald gestaltet werden könnte (was Herr C. sich für die Zeit nach der Entlassung vornimmt: im Wald in der Nähe seines Wohnorts eine Lichtung zu schaffen). Diese Oase im Wald ist für Herrn C. so

etwas wie das Fensteröffnen und Welteinlassen bei der Schneeburg. „Ich kann auch ein Täter sein, nicht nur ein Opfer“ ist sein Kommentar dazu.

Eine Kategorisierung der Verantwortung im therapeutischen Setting scheint angebracht:

<i>Bezugsebene</i>	Selbstbezug	Weltbezug	
<i>Verantwortungsebene</i>			
PatientIn	Wo stehe ich mit meinen Sorgen und meinen Hoffnungen?	Wie beziehe ich meine Alltagswelt und meine Bezugspersonen in die Therapie ein?	Persönliche Verantwortung
TherapeutIn	Wie gehe ich mit meinen Erfahrungen und Zweifeln sorgfältig um?	Wie binde ich die Therapie ein in aktuelle therapeutische Forschungserkenntnisse?	Professionelle Verantwortung
Prozess	An welchem Punkt steht die Therapie hinsichtlich des Gesundungsverlaufs?	Wie kann die derzeitige Situation in Bezug zur Alltagswelt gebracht werden?	Therapeutische Verantwortung
Werk	Wie kann das Werk einen künstlerischen Charakter (er-)halten?	Wie ist der Bezug zur zeitgenössischen Kunst als Erweiterung des Horizonts?	Ästhetische Verantwortung

Tabelle: Verantwortungsbereiche im therapeutischen Setting

Die Therapeutin und der Therapeut haben demzufolge eine Vernetzungsfunktion gegenüber den Bezügen von Prozess, PatientIn und Werk. Die Vernetzungsfunktion gegenüber dem künstlerischen Werk macht das Spezifikum der kunstorientierten Therapie aus.

Frau M. hat Schmerzen

Um die Frage der ästhetischen Verantwortung zu vertiefen und zu präzisieren, muss auch die Begrifflichkeit näher betrachtet werden. Was heisst überhaupt Ästhetik im kunsttherapeutischen Bereich? Welche Zusammenhänge und Abgrenzungen existieren etwa von einer während der Therapie hergestellten Zeichnung zu Werken arrivierter KünstlerInnen? Stimmt die Aussage, „jeder Mensch ist ein Tänzer“, wie Rudolf von Laban 1920 formulierte? Welche Abgrenzungen und Zusammenhänge existieren mit den professionellen TänzerInnen?

Die folgende Therapiesituation kann bei diesen Fragen weiterhelfen.

Die Schmerzen im Bereich der Leber sind seit drei Tagen stechend stark. Was vor einer Woche nur ein undefiniertes Unwohlgefühl in jenem Bereich war, verhindert mittlerweile jegliche Konzentration auf anderes, wie etwa auf den bevorstehenden Mathetest des 9jährigen Sohnes. Dieser wünscht die Aufmerksamkeit der Mutter – während sie mit ihrer Leber beschäftigt ist. Die Patientin, Frau M., ist knapp 40 Jahre alt, ist seit 10 Jahren verheiratet, hat zwei Kinder, neben dem Sohn noch eine 6jährige Tochter. Sie war Sekretärin mit Handelsschulabschluss in einem Betrieb der Holzverarbeitenden Industrie, für die Familie gab sie den Beruf auf. Den Ehemann, welchen sie bereits seit der Schulzeit kennt, heiratete sie, weil „er die Heirat wollte“. Er ist leitender Angestellter in einer städtischen Verwaltung. Nach der gemeinsamen Schulzeit hatten die beiden sich

aus den Augen verloren, nur flüchtig hatten sie in jener Zeit Kontakte, welche über einen scheuen Begrüssungskuss nicht hinausgingen. Dann trafen sie sich auf einem Ehemaligenanlass wieder, bei welchem er, leicht angeheitert, mit ihr flirtete. Eher widerwillig liess sie sich von ihm zu einem Rendezvous überreden. Diesem folgte ein paar Monaten später ein Heiratsantrag.

Im Alter von 19 Jahren suchte Frau M. das erste Mal einen Arzt wegen eines stechenden Herzschmerzes auf. Zahlreiche weitere ärztliche Konsultationen folgten, wobei die Herzschmerzen einmal intensivsten Magenschmerzen, ein anderes Mal Schmerzen im oberen rechten Lungenbereich wichen. Die Diagnose einer Somatisierungsstörung wurde erstmals nach 5jähriger sporadischer ärztlicher Behandlung gestellt. Sie selbst erfuhr davon allerdings erst 3 Jahre später, seitdem war sie in psychotherapeutischer Behandlung, in den letzten Jahren zweimonatlich bis einmal die Woche bei einem ärztlichen Psychoanalytiker. Immer wieder erfolgten Konsultationen bei somatischen FachärztInnen, meist ohne Wissen des Psychiaters. Auch eine Schmerzambulanz hatte die Patientin aufgesucht, wobei sie selbst die Behandlung abbrach. In stationärer Behandlung war sie noch nie. Während der Zeit beim Psychoanalytiker gelang es, den vormals teilweise ungehemmten medikamentösen Gebrauch auf ein Minimum zu reduzieren. Zudem lernte die Patientin bei akuten Schmerzattacken, den Medikamenteneinsatz ein wenig zu steuern. Der Analytiker überwies mir infolge Ruhestand und Aufgabe der Tätigkeit die Patientin ambulant, wobei die medikamentöse Betreuung von der Hausärztin übernommen wurde.

Die Familiengeschichte zeichnet sich dadurch aus, dass der Vater depressiv veranlagt war – er ist vor einigen Jahren verstorben –, und als Selbstmedikation den Alkohol, mehr oder minder erfolglos nutzte. Das Verhältnis zur Mutter beschreibt Frau M. als herzlich, aber im Persönlichen distanziert, was aufgrund der Familienaufgaben der Mutter für sie noch heute akzeptabel sei. Die Patientin war die Jüngste neben drei Brüdern. Das Aufmerksamkeitsdefizit von Seiten des Vaters war bislang – neben Fragen der sexuellen Verhaltensweisen (die Patientin beschreibt sich als schon immer lustlos) – der am stärksten fokussierte Aspekt in den psychotherapeutischen Behandlungen. Die Patientin selbst erläutert weitschweifend ihre Sehnsucht als Mädchen und Heranwachsende nach einem fürsorglichen Vater, wobei sie selbst diese Sehnsucht mit ihren psychosomatischen Beschwerden in Verbindung bringt. Dieses Erzählen und Erwähnen der psychiatrischen Diagnose erfolgt eher monoton und umständlich, während sie, kontrastierend dazu, auch noch nach einigen Sitzungen enthusiastisch den Lichteinfall durch das Oberlicht meines Praxisraumes wahrnimmt und beschreibt. Da die Patientin eine Affinität zu Tanz hat, auf Nachfrage hin seit sie als Mädchen die tanzende Aschenputtel im tschechischen Märchenfilm ‚Drei Haselnüsse für Aschenbrödel‘ gesehen habe, arbeiten wir mit dem künstlerischen Medium Tanz.

Es hat sich für mich bewährt, unhinterfragt in ein von Patienten mit positiven Emotionen besetztes Kunstmedium einzusteigen. Dieses vor allem, wenn man eher nur ein einzelnes Medium in das Zentrum der kunsttherapeutischen Methodik stellt. Bei der weitgehenden Nutzung eines einzelnen Mediums kann auch in die Tiefe dieses Mediums gegangen werden. Wer denkt, er müsse Kunstmedien suchen, die stärker provozieren oder aufdecken, verkennt die Sprengkraft einer jeder Kunst hinsichtlich neuer Lösungsvarianten gerade auch abseits erforschter Bahnen. Wenn bei der Therapieverlaufsplanung allerdings bereits klar ist, dass mehrere Medien genutzt werden, gilt es Sprunghaftigkeit im künstlerischen Tun zu vermeiden und die jeweilige Situation sorgfältig zu prüfen. Die entscheidende Aufgabe des Therapeuten bleibt, zurückzutreten vor dem, was passiert, und gleichzeitig Sorge zu tragen, dass Raum entsteht für Überraschendes.

Anders sieht es aus, wenn eine Patientin weder künstlerische Präferenzen geschweige denn Lieblingskünste hat. Hier, genauso wie bei Menschen mit grossen Aversionen gegen konkretes (künstlerisches) Tun, ist einem Maturana-Begriff folgend, die *ästhetische Verführung* (Maturana/Pörksen, 2002: 50) eine Möglichkeit, neuartige Erfahrungen und Handlungsweisen zu entdecken. Der Grossteil der Interventionen in ‚verfahrenen‘ Situationen, kann allerdings als Manipulationsversuch verstanden werden und Widerstand wecken. Ich verstehe Manipulation so, dass der Therapeut die Beziehung zum Patienten so nutzt, dass - professionell geschickt - ein Signal für ein vermeintlich sinnvolles Handeln ausgesandt wird. Voraussetzung ästhetischer Verführung nach Maturana wäre eine klare persönliche Kongruenz von eigenem Sprechen und Handeln. Dann kann sich die respektvolle ‚Verführung‘ beim Gegenüber entfalten.

Auch wenn Maturanas Begriff der ästhetischen Verführung ein wenig unreflektiert und salopp bezüglich Ästhetik daherkommt, steckt letztendlich eine alte Erkenntnis dahinter. Ein Mensch überzeugt das Gegenüber nur durch die Kraft (oder: Schönheit) der eigenen Person. Besser (und komplex systemisch) ausgedrückt: Ein Mensch, welcher therapiert wird, kann eigene Perspektiven von Veränderungsmöglichkeiten entwickeln – und die Therapeutin ist im ‚Entwicklungsraum‘ als authentische kongruente Person präsent.

Frau M.'s Leberschmerzen bestimmen das Thema des Tanzes. „Haben Sie einen Wunsch für Ihren ersten Tanz?“ „Die Schmerzen sollen aufhören.“ Ich personifiziere die Schmerzen, um ein klareres Bild zu erhalten: „Was wünschen sich die Schmerzen?“ „Mich zu quälen.“ Ich schaue sie an. Eine kurze Stille folgt. Sie ergänzt: „Vielleicht auch, mich am Tanzen zu hindern.“ Wir bewegen uns im Kreis. Ich verstärke die letzte Aussage: „Richtig, Sie sollen gar nicht tanzen, das passt nicht zum Schmerz.“ „Ich will aber trotzdem.“ Das Thema ist somit klar: ‚trotzdem tanzen‘.

Auch hier zeigt sich, dass ein offensichtliches Thema genutzt werden kann, ohne dass weiter gesucht wird, um dann bei einem beladenen Thema wie ‚Frau sein‘ zu landen. Auch wäre es verfrüht, jetzt schon die Aschenbrödel-Thematik aufzugreifen. Auf Frau M. wartet eine Irritation: Der Tanz wird ohne Musik sein. Musik und Tanz sind, so erläutere ich, wie ein Ehepaar. Doch, wie im richtigen Leben, bräuchten sie manchmal ihre Selbständigkeit.

Den Nebeneffekt der alltagsbezogenen Kurzintervention nehme ich in Kauf, nun ist die Bewegung pur. Oft verfälscht die Musik den Tanz, gerade bei ungeübten Menschen. Stereotypen sind die Folge. Meine Aufgabe als Element der ästhetischen Verantwortung ist es vor allem bei Beginn des Tanzes als künstlerischem Medium, den Körper anzuwärmen. Kein Tanzschaffender tanzt aus dem Stegreif, die Gelenke sind steif, die Muskeln kalt.

Nach einem kurzen *Einschwingen* (ein Warm up) bestimmt Frau M. den Anfang, die Mitte und den Schluss des Tanzes ‚trotzdem tanzen‘. Dieses Bestimmen der Ablaufelemente des Tanzes gestaltet sich noch ungeübt. Doch langsam und klar und vorsichtig gelingt es: der Anfang soll ein ‚wütendes‘ Stampfen sein, die längere Mitte ein ‚fröhliches‘ Drehen und Springen, der Schluss ein sanftes Ausschwingen des Körpers.

Zurückhaltung beim Zuschauen

Wenn ein Performer ein Stück Hackfleisch mit einem Hundehalsband über die Zürcher Bahnhofstrasse zieht (Häusler, 2004: 3), dann benötigt das Absolvieren des performativen Aktes eine andere Anstrengung und Konzentration als alleine im stillen Kämmerlein drei Kerzen anzuzünden und der Reihe nach in einminütigem Abstand wieder auszublasen und dabei an den ehemaligen Liebhaber zu denken.

Wenn aber der neue Therapeut beim Tanz einer Patientin einfach zusieht, dann ist das eher ähnlich der Obszönität der Hackfleischaktion als dem Kerzenritual. Die Obszönität ist in beiden Situationen vorhanden. Das Zuschauen ist jedoch deutlich das obszönere Moment. Bodenheimers ‚Obszönität des Fragens‘ beschreibt das Eindringen in die Intimität des wehrlosen (Patienten-)Gegenübers durch aggressive Akte des Fragens (Bodenheimer, 1984). Eine ethische Aufmerksamkeit gegenüber dem „Antlitz“ des Anderen ist zwingend (Levinas, 1989: 47). In kunsttherapeutischen Prozessen werden diese obszönen (bei Levinas: ‚gewalttätigen‘) Elemente leider allzu oft auf die leichte Schulter genommen. Die tanzende Patientin soll neben dem Tanz auch den intimen Blick des Therapeuten bewältigen.

Das ist auch bei der Erarbeitung eines andern künstlerischen Werkes oftmals widersinnig. Der Maler Arnulf Rainer beschreibt ‚Distanzstrategien‘ der Künstlerin als kunstnotwendig. Der kleine Junge sucht sich einen ungestörten Platz zum Zeichnen im Familienhaushalt, der arrivierte Künstler errichtet „komplizierte Zwischeninstanzen, etwa Agenten, (...), das komplizierte Persönlichkeitsverhalten etc.“. Sinn der Distanzierung ist das Schaffen von Souveränität und Selbständigkeit bei der künstlerischen Produktion (Rainer, 1980: 190).

So überrasche ich einmal mehr Frau M., diesmal mit der Aussage, dass sie das erste Mal ihr Stück für sich alleine tanzen könne. Ich werde hinausgehen, und sie könne mich dann wieder hereinholen. Schliesslich würden wir uns erst zwei knappe Stunden kennen, da möchte ich ihr den Raum alleine geben, meine Erfahrung zeige, dass das sinnvoll sei für meine PatientInnen. Das ist zwar ein halbes ‚Todschlagnargument‘ (was soll sie da noch dagegen sagen), doch zeigen mir die nach der Ankündigung entspannteren Augen, gleichzeitig die straffere Körperhaltung von Frau M., dass meine Intervention sinnvoll war: Sie scheint schon beim Tanz zu sein, ihre Körperpräsenz baut sich auf. Ich frage, ob ihr Körper noch warm genug sei. Sie bejaht und macht sich bereit, während sie wie selbstverständlich davon auszugehen scheint, dass ich gleich hinausgehe.

Frau M. holt mich nach gut 7 Minuten wieder hinein in den Therapieraum. Ihre Worte sprudeln: „Das Stampfen hat gut getan, das habe ich lange gemacht, wie im Rausch. Dann das Drehen war zwar ok, aber fröhlich war es nicht, eher verhalten. Dafür war der Schluss angenehm ruhig; frei habe ich mich gefühlt. Und meine Schmerzen sind weniger!“ Frau M. strahlt, ich freue mich kurz mit ihr, gehe aber eher wenig auf diese letzte Aussage ein, bleibe beim Werk. In der Reflexion fokussiere ich auf die Übergänge zwischen den drei Teilen, insbesondere die Verbindung vom ersten zum mittleren Teil.

Da Spontanheilung selten und Kunst in der Therapie zwar sehr wirkungsvoll ist, aber immer der Alltag und Krankheitskenntnisse im psychotherapeutischen Setting mitberücksichtigt werden müssen, ist eine ‚vorübergehende Heilungserfahrung‘ die angemessene professionelle Sicht des Phänomens. Wenn jetzt auf diese spontane Schmerzminderung die Aufmerksamkeit gelegt würde, wäre die Enttäuschung später umso grösser, gerade auch hinsichtlich unserer zukünftigen therapeutischen Passung (die Psychotherapie bei mir ist dann langfristig ‚nichts wert‘). Selbstverständlich ist zwingend nötig, später auf diese spontane Schmerzminderung durch und im künstlerischen Prozess einzugehen, einerseits als Bestätigung ihres Wunsches nach Schmerzfreiheit, andererseits als Beispielcharakter für Erfolg versprechende zukünftige Strategien. Hier liegt eine der grossen, einzigartigen Stärken kunsttherapeutischen Tuns: die Erinnerung an diesen Tanz mit der Reduktion von Schmerz wird anhaltend sein aufgrund der ganzheitlich, sinnlichen Erfahrung – das Gedächtnis der Körpers ist formbar (Bauer, 2002: 232). Vielleicht ist in einigen Jahren der Titel ‚trotzdem tanzen‘ nicht mehr präsent, der Name des Therapeuten wahrscheinlich noch weniger, aber die künstlerische Kraft umso mehr. Gerade auch deshalb ist ein Fokus auf die ästhetisch-künstlerischen Aspekte sinnvoll, dann kann die Kunsterfahrung durch die geistige Reflexion verstärkt ins Bewusstsein treten.

Meine Vermutung, dass Wut gegenüber den diversen Schmerzen statt stoischer Hinnahme bereits in früheren Psychotherapien zum Ausdruck kommen konnte, scheint sich zu verifizieren (der Überweisungsbericht erwähnt das zwar, aber ob die Wut sich körperlich manifestierte, war unklar geblieben. Körperliche Manifestation hiesse bereits Verfärbung des Gesichts beim Erzählen oder Spannungsverstärkung der Hände, etc.). Die positive Erfahrung von Frau M. beim ersten Teil (wütendes Stampfen) ist da eindeutig. Allerdings ist auch aus tänzerischer Sicht der Übergang vom Stampfen zum Drehen und Springen keine einfache Sache, vor allem braucht die emotionale Änderung von der Wut zum Fröhlichsein eine ungeheure, auch körperliche Konzentration. Die Wahl der emotionalen Bezeichnungen der tänzerischen Dynamiken war sehr klar von Frau M. gekommen. Also könnte hier eine Wurzel für weitere Erkenntnisse liegen. Die ästhetische Verantwortung des Therapeuten liegt nun dezidiert darin, gerade auch den Finger auf die heiklen und schwierigen tänzerischen Elemente zu legen und nicht achtlos nur scheinbar gelungene Passagen zu untersuchen.

„Ich hatte da das Gefühl, die Wut wolle nicht weg, und dann habe ich versucht, an etwas Freudiges zu denken. Das hat nichts genutzt.“ Die Wertschätzung ihrer Bemühungen ist hervorzuheben. Für ein nächstes Üben können eher tanztechnische, statt rein emotionale Aspekte genutzt werden. So kann der Fokus von der Person von Frau M. weg hin zu künstlerischen Notwendigkeiten gelenkt werden. Vom Stampfen zum Drehen und Springen kann eine Übungssequenz werden, bevor wieder ‚trotzdem tanzen‘ Raum erhält. In Anbetracht der Zeit, die Stunde ist bald zu Ende, einigen wir uns auf eine solche gemeinsame Übungssequenz. In der nächsten Stunde dann wird Frau M. erneut ihren Tanz machen. Von ihr (!) kommt die Frage, ob ich denn dann nicht zuschauen wolle. Ich antworte, dass wir das gemeinsam in der nächsten Stunde besprechen können, dann könne ihr Wunsch ein anderer sein. Sie ist einverstanden.
Dann leite ich die Übungssequenz an, Frau M. kann sich körperlich erstaunlich gut auf den Übergang einlassen, ohne dass grössere Brüche im Bewegungsfluss sichtbar werden.

Wenn man sich noch wenig kennt, wie Frau M. und ich, dann ist sinnvoll, die Patientin mit einem positiven Grundempfinden nach Hause zu ‚entlassen‘. Statt also etwa einen zweiten Durchgang ohne vorherige Übungssequenz an den Therapiestundenschluss zu setzen, was auch sinnvoll sein könnte, ist ein runder Abschluss erste Wahl.

Eine grosse Sorgfalt gegenüber dem nächsten ‚Take‘ ist erforderlich. Einerseits wird es mit mir voraussichtlich einen Zuschauer geben, andererseits sollte dieser zweite Tanz ‚trotzdem tanzen‘ weiterhin eine kunstimmanente Kraft besitzen können. Gerade das ‚2. Mal‘ ist problematisch, die erste Spontaneität fehlt, man weiss, wie’s laufen soll oder nicht: es gibt also bereits Erwartungen ans Werk. Zudem liegt ein Woche Abstand zwischen unseren Sitzungen.

Insbesondere die darstellende Kunst benötigt Zeugen für die Reflexion. Die Zeugen erst (Dramaturgen, Künstlerfreunde, normale Zuschauerinnen) können einen ‚Wirkungsabgleich‘ bieten. Von daher ist ein Zuschauen meinerseits zwingend.

„Die Schmerzen sind am Abend wieder da gewesen.“ „Ich habe ein wenig Angst, wenn Sie mir zuschauen.“ Dass heute der zweite Tanzdurchgang erfolgen wird und dass ich zuschauen werde, ist für Frau M. klar.

Tanz als künstlerisches Werk

Eine theoretische Einordnung des Tanzes und des nahen Verwandten, der Performance, wird sinnvoll. Wenn das performative Werk ein Flüchtiges ist, welches sich dem exakten Wiederholen widersetzt, und auch wenn eine „autopoietische *feedback*-Schleife aus Handlungen und Verhaltensweisen der Akteure und Zuschauer die Aufführung entstehen lässt“ (Fischer-

Lichte, 2004: 283), bleibt die Aufführung immer ein Werk. Gerade die Performance (auch die spezifische Form der Tanzperformance) schafft ein neues Selbstverständnis der Künstlerin und des Werks. Das autonome Werk wie das autonome Subjekt sind inexistent. Die Überraschungen machen einen wesentlichen Teil der ästhetischen Erfahrung aus. Ein „plötzliches Stolpern, ein herunterstürzender Scheinwerfer (...) sind aus der Sicht des Zuschauers emergente Phänomene“ (Fischer-Lichte, 2004: 288), d.h. zum Ablauf gehörende Aspekte der Aufführung. Die Zuschauerin allerdings nutzt weitgehend die Gegebenheiten, welche sie für den Handlungsablauf als sinnvoll erachtet (und nicht unbedingt die ‚vorgegebenen‘ Aufmerksamkeitsmuster). Dadurch wird eine erhöhte Aufmerksamkeit auf allen Seiten erzwungen, welche im heutigen Theater als aussergewöhnlicher Zustand der Intensität von Präsenz beschrieben werden kann.

Wenn also vom Therapeuten die erwähnte kunstanaloge Haltung verlangt wird, ist u.a. exakt diese zeitgenössisch bezogene Präsenz gemeint (siehe: Knill, 1995: 133).

Wie verhält es sich dann mit der Aufgabe für die Therapeutin, eine günstige Atmosphäre zur Schaffung eines Kunstwerks zu ermöglichen? Gehen wir zur Antwort auf diese Frage zur tanzenden Patientin zurück. Weder der Therapeut noch die Patientin (!) stehen im Mittelpunkt, sondern das Werk. Diese Aufmerksamkeit, welche auch sprachliche Form finden kann („jetzt geht es um ihren Tanz, da könnten wir die Stühle ein wenig wegrücken, wo soll der Tanz stattfinden?“ etc.), ist entscheidendes Merkmal der Atmosphäregestaltung (Knill, 1995: 75, ebenso in diesem Band).

Frau M. steht seitwärts zu mir. Relativ plötzlich beginnen die Füße einen Rhythmus (tata tatatata ta) anzudeuten. Der regelmässige Rhythmus wird kurz lauter, bevor er in ein unregelmässiges Bodenklopfen übergeht. Der Körper bezieht sich ein, bis schliesslich nach ca. 2 Minuten ein lauterer Stampfen beginnt. Der tanzende Mensch nutzt kleinere Raumwege (der Blick von Frau M. ist leicht zu Boden gerichtet). Einzelne Körperteile (Ellenbogen, Hände, Kopf) zucken teilweise. Das Stampfen wird mehr und mehr zum Springen, der Körper wirkt elastisch mit Ausnahme des etwas steifen Beckenbereichs. Das Springen wird ‚leichter‘, der Kopf erhebt sich nach und nach, der Mund lächelt leicht, einmal blicken die Augen keck in meine Richtung. Dann nach ein zwei-drei Minuten beginnt eher unvermittelt ein Schwingen erst der Arme, bevor die Impulsivität nachlässt und Frau M. schliesslich – den Oberkörper hin und her drehend und die Arme seitlich mitführend – langsamer wird und mit der Körperfront drei Meter entfernt vor mir stehen bleibt.

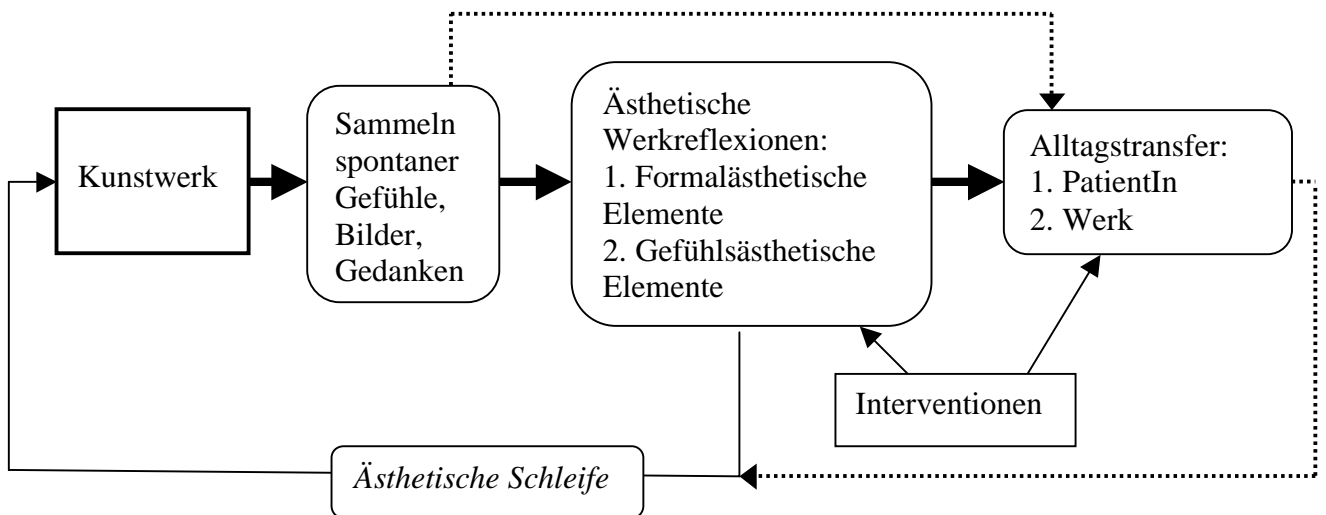
Frau M. zeigt eine bereits körperlich differenziertere Darbietung als letztes Mal. Ihr Bewegungsfluss mit Einbezug des unteren Teils des Körpers (Beine, Füße) ist wenig stockend. Die Bühnenpräsenz, vor allem direkt am Schluss und im ersten Teil, ist hervorzuheben. Künstlerisch bieten neben der Gestaltung der Übergänge insbesondere ihre Kopfhaltung, ihre damit verbundenen Gerichtetheit des Blicks sowie die Klarheit der Drehungen Veränderungspotential. Zurück zur Therapiestunde:

Ich klatsche und bitte sie, sich in den Sessel schräg neben mir zu setzen und noch kurz, in den Tanzraum blickend, zu beobachten, wie ihr Körper sich anfühlt. „Sind Ihnen interessante Bilder oder Gedanken während des Tanzens gekommen, oder haben Sie rein körperliche Erfahrungen gemacht?“

Es ist wichtig, diese Bilder und Gedanken während des Tanzens direkt und schnell einzuholen, weil sie sonst verloren gehen können. Von der Systematik her (Beschreibung der körperlichen und räumlichen Gegebenheiten, dann erst Gefühls-erlebnisse und weitergehende künstlerische Fragen, bis am Schluss dann eine Einordnung in Lebenszusammenhänge – früherer und aktuelle und zukünftige – erfolgt) wäre ein anderes Vorgehen angebracht. Das therapeutische Handwerk

besteht darin, jene Informationen über direkte Gefühls-Erinnerungen, etc. erst zu sammeln, ohne sogleich darauf eingehen zu müssen (sonst gerät die therapeutische Relevanz des ästhetischen Werks aus den Augen).

Hier eine einfache Skizze des idealtypischen Ablaufs einer kunstbezogenen therapeutischen Einheit:



Grafik: Situationen ästhetischer Verantwortung im kunsttherapeutischen Prozess

Die ästhetische Verantwortung ist mehrfach situiert: erstens bei der Werkreflexion, zweitens beim Alltagstransfer des Werks (→Weltbezug), drittens in der *ästhetischen Schleife*, welche auch einen künstlerisch werkbezogenen Gehalt hat und schliesslich bei den Interventionen, welche direkt den künstlerischen Prozess und das künstlerische Werk im Fokus haben können.

Nach erfolgten Werkreflexionen – oder erst nach dem Alltagstransfer – kann ein erneuter Durchgang (ästhetische Schleife), eine Wiederholung des künstlerischen Prozesses zu einem neuen Werk hin erfolgen. Sie geschieht im Sinne einer Vertiefung gemachter Erfahrung oder eröffnet Möglichkeiten zu neuer überraschender Erkenntnis. Der vorherige Ablauf schliesst sich dann erneut an.

Kunsttherapie und Ästhetik

Die Begriffe Ästhetik und Kunst(werk) benötigen eine eingehendere Reflexion. Auch beim ersten Versuch von Frau M. mit dem eigenen tanzenden Körper ist ein Werk entstanden. Doch was für eines?

Es gibt einige Versuche die Frage zu beantworten, ob das, was in der Therapie entsteht, Kunst ist.

Eine fragwürdige Ansicht ist radikal: ein Produkt in der künstlerischen Therapie ist niemals ein Kunstwerk (und Ausnahmen bestätigen dabei die Regel). Hier fehlt die Reflexion des menschlichen Sehns nach Schönheit und des Bezugs von Schönheit zur Kunst. Gleichzeitig bleibt der Wunsch von PatientInnen nach einer klaren Antwort unberücksichtigt, was etwa ihre wackeligen Tanzschritte von den Zuckungen eines Butoh-Tänzers unterscheidet.

Eine weitere problematische Betrachtungsweise ist, eine Unterscheidung zu machen zwischen der Kunst als notwendigem Tun jedes Menschen analog Essen, Sex und Trinken sowie der Kunst von professionellen KünstlerInnen. Die ästhetischen Bezüge in der Kunsttherapie werden dadurch anthropologisch untermauert und damit breiter gefasst. Allerdings ist diese Ansicht ungenügend, weil zeitgenössische ästhetische Ansätze und Künste weitgehend in eine Parallel-

kultur verbannt werden. Eine entsprechende ‚kunsttherapeutische Ästhetik‘ benennt zwar aktuelles Kunstschaffen als Referenzgrößen, allerdings selektiv.

Auch Vorstellungen, die bei den alten Griechen anknüpfen (Kunst muss sich bei Platon etwa in den Dienst des Guten und Wahren stellen; bei Aristoteles immerhin genügt es, wenn sie Freude schenkt), sind wenig hilfreich. So genügt bereits ein kurzer Blick auf Hauptströmungen zeitgenössischer Kunst, dass dort das Brechen von Sinnesgewohnheiten, das überraschend Dynamische und auch das Selbstreflektierende wichtige Aspekte sind.

Mit der Erkenntnis, dass es nicht eine einzige Ästhetik gibt, sondern eine Vielzahl, kommen wir der Sache näher. Die zeitgenössischen ästhetischen Entwürfe allerdings beziehen sich auf die Geschichtlichkeit von Kunst und deren ästhetischer Reflexion. Es geht in diesen Theorien darum, in der Welt zu sein und mit dieser Welt zu ringen. Es handelt sich um ein bezogenes Ringen im Hier und Jetzt. Diese Bezogenheit kann etwa bei einem Kunstwerk einer Patientin auf ihr Leben zeigen oder bei einem zeitgenössischen Künstler kunstgeschichtliche Verweise enthalten. Der Kontext, in dem das Werk entstanden ist, ist niemals von der innewohnenden künstlerischen Identität zu trennen. Der *Kontext* also ist der Schlüssel des Verstehens (vgl. Danto, 1991: 173).

Das zeigt auch, dass das in der Therapie entstandene Werk durchaus eine ihm innewohnende künstlerische Identität hat. Diese Identität bezieht sich in der Regel auf die Lebensgeschichte. Das Werk ist ein Kunstwerk, geboren aus der Not eines Menschen. Seine Aussagekraft wird aber nur eine verschwindend kleine Zahl Menschen erkennen, weil nur diese die persönliche Geschichtlichkeit und aktuelle Bezogenheit entschlüsseln können. Genau in diesem Beziehungskosmos bewegen wir uns in den künstlerisch orientierten Therapien. Eine ästhetische Verpflichtung existiert dem entstehenden Kunstwerk gegenüber. Zusätzlich ist der Dialog über die ‚Kunstwürde‘ des Werks auch in der Therapie zu führen, damit die Positionen der zeitgenössischen Kunst in den therapeutischen Dialog über die ‚Kunstwürde‘ des Werks einfließen können.

„Ich weis nicht warum,“ berichtet Frau M., „aber beim Stampfen kam mir ein Bild von mir als kleinem Mädchen im Zimmer meiner Brüder, da stampfte ich. Und geweint habe ich auch, fällt mir ein.“ Das Gesicht von Frau M. ist ausdruckslos. „Oh. Da werden wir später darauf zurückkommen, auf dieses Stampfen im Zimmer der Jungen, in Ordnung?“ Sie nickt. „Bevor wir zu Ihrem Tanz jetzt gerade eben kommen, gab’s auch sonst noch Bilder oder körperliche Erfahrungen?“ „Mmh. Als ich die Drehungen gemacht habe, fielen mir diese Derwische ein. Das habe ich mal im Fernsehen gesehen.“ „Derwische?“ „Ja, ich glaube, das sind so Männer, die sich ganz schnell drehen und im Islam ist das.“ „Dann werden wir auch auf diese Derwische zurückkommen. Fällt Ihnen sonst noch etwas ein, auch etwas Kleines?“ Sie überlegt. „Nein. Oder doch. Als ich ganz am Schluss vor Ihnen stand, habe ich komischerweise an meinen Vater gedacht.“ „An Ihren Vater?“ „Ja, als er einmal heimkam in der Nacht, kam ich vom Klo und er hat mich im Gang überrascht.“ „Überrascht?“ „Na ja, plötzlich stand er da.“ „Dann werden wir auf diese Szene im Gang auch noch eingehen. Gibt es sonst noch etwas?“ „Ich glaube nicht.“

Es ist eine Gratwanderung, wann beim Erfragen von Spontangefühlen und -gedanken ein Schlusspunkt gesetzt wird. Da bei Frau M. der dritte Aspekt (Vater im Gang) nach einer Nachdenkphase kommt, könnten bei einem weiteren Insistieren unwichtigere Erinnerungen die bereits vorhandenen unnötig relativieren. Da bereits eine breite Themenpalette vorliegt, gehe ich zum weiteren Schritt, zur ästhetischen Werkreflexion. In der Arbeit mit Frau M. schien dieses Einholen von erinnerten Szenen und Bilder sinnvoll zu sein, da nach einer zeitintensiven Werkreflexion ein eher flüchtiges Bild wie die Szene des Vaters im Gang verloren gehen könnte.

Werkreflexionen und neue Erkenntnisse

Ohne auf die einzelnen Phasen der Werkreflexion einzugehen, sind einige Aspekte hervorzuheben, welche zentral mit der ästhetischen Verantwortung zusammenhängen.

Einerseits wenden wir uns der Gestaltung der Übergänge bei ihrem Tanz ‚trotzdem tanzen‘ zu. Im Verlaufe von insgesamt ca. acht Darbietungen ihres Tanzes innerhalb von 15 Sitzungen – weitere Sitzungen werden mit anderen Tanzeinheiten, unter Einbezug von Musik gemacht – präsentieren sich die Übergänge als sehr gelungen, gemessen an den Fähigkeiten von Frau M.. Frau M. ist ausgesprochen stolz, diese „mühsame Sache“ durchgestanden zu haben. Bei einer Präsentation des Tanzes daheim vor einer Freundin erntet sie wohlwollende und erstaunte Kommentare (ihrem Mann wagt sie den musiklosen Tanz nicht zu zeigen). Dieses Durchstehen trotz Mühen kann Frau M. in Analogie zu ihrem Leben und ihrer belastenden Krankheit stellen (*Alltagstransfer*). Der Stolz darauf, das Tanzstück geschafft zu haben, vermittelt ihr eine Ahnung des Stolzes, das Leben trotz somatischer Beschwerden zu meistern. Dieser Hauch von Stolz wird eine wichtige Erkenntnis für ihr Leben mit der Krankheit.

Entscheidender und wichtiger aber ist bei der tänzerischen Vertiefung die Kopfhaltung und der Augenkontakt. Teilweise sind die entsprechenden ‚Trainingssequenzen‘ nur quälerisch für Frau M.. Doch da „das Tanzwerk ‚trotzdem tanzen‘ eine Verbesserung benötigt“, so formuliere ich, kann ich auf diesen tanzästhetischen Fokus setzen. „Tun Sie jetzt beim nächsten Tanz doch einfach mal so, als seien Sie jemand anderes. Zum Beispiel eine Person, die den Kopf immer erhoben hat und den Leuten direkt in die Augen schaut.“ Als mit diesem Kunstgriff Frau M. das erste Mal einen in dieser Hinsicht künstlerisch befriedigenden Tanz zeigt, ist sie selbst überrascht. Nach weiteren kurzen Übungssequenzen, bei denen sie mehr und mehr auf dem Weg von ‚jemand anderem‘ zu sich selbst kommt, ist sie in der Lage, den Tanz zu präsentieren.

Da die neue Kopfhaltung und die Augenhaltung auch ein körperliches Lernen darstellen, ist der Schritt zum Alltag nicht nur verstandesmäÙig einfacher, sondern kann auch im Alltag körperlich umgesetzt werden. Der Lerneffekt ist somit „dinglich“ und sichtbar erfahrbar geworden. Für Frau M. selber ist der Bezug zu ihrer Gesundheit offenkundig. Es freut sie, wieder erhobenen Hauptes durch die Stadt gehen zu können. Das gelingt zwar nicht die ganze Zeit, doch, wie sie sagt, erstaunlich oft. Aus der Sicht des Therapieverlaufs hat dieses Insistieren, diese Ernst-Nehmen des tänzerischen Körpers, neben dem Aspekt des künstlerischen Formens (*„forming“*: Jacoby, 2003: 254), auch unmittelbare, gesundheitsfördernde Auswirkungen.

Die Drehungen sind der letzte Aspekt, die am Werk verbesserungswürdig sind. Hier geht es psychisch vor allem um das Loslassen, dann wird sich die Drehtechnik automatisch einstellen. Die Übungssequenzen beginnen mit geschlossenen Augen und mit der Aufgabe, sich so langsam wie möglich zu drehen. Kurze schnelle Drehimpulse kommen dazu. Dann soll sich Frau M. wieder äusserst langsam drehen. Schliesslich, nach einiger Zeit, das Ganze mit offenen Augen. Frau M. schwitzt und strauchelt. Also wieder ganz langsam. Dann erneut mit geschlossenen Augen, dann schnelle Drehimpulse. Und so weiter. Nach nur zwei Sitzungen, neben Gesprächsteilen mit fünf- bis zehnminütigen Übungsteilen, gelingt Frau M. das erste Mal eine schnelle Drehung mit offenen Augen über eine gute halbe Minute. Sie ist erschöpft und strahlt. Ich bitte sie, sich Farben zu nehmen und ein Bild zu dieser Drehung zu malen. Frau M. wählt Gouache und ein DIN A3-Papier, welches sie rosa anmalt. „Aber das Rosa ist noch zu dunkel.“, murmelt sie vor sich hin und versucht eine weitere Farbschicht aufzutragen. „Jetzt ist es schmutzig.“, sagt

sie leicht empört. Dann lächelt sie plötzlich und malt eine tanzende Figur mit wehendem Rock in die Mitte des Blatts. „Das Rosa bleibt halt schmutzig. Ist auch nicht so wichtig. Hauptsache, die Frau da kann tanzen. Das bin ich.“ Sie blickt mich an und setzt sich in ihren Sessel. Wir schweigen beide recht lange. Da die Stunde sich sowieso dem Ende zu bewegt, machen wir einen neuen Termin ab und verabschieden uns.

Gemeinsames Schweigen angesichts wichtiger neuer Erkenntnisse und Erfahrungen vertieft diese Erkenntnisse und Erfahrungen. Ein Reden in solchen Situationen birgt die Gefahr des Unklaren und Verwässernden in sich. Entscheidend ist die Verankerung der Erkenntnis auch im Körper: ein Körper in Stille kann etwas an die richtigen Orte ‚setzen‘, darauf kann das Alltagsun folgen. Wichtig bleibt eine Wiedererinnerung oder eine Vertiefung einer neuen Erkenntnis. Diese Vertiefung erfolgt bei Frau M. mittels eines Alltagstransfers des tänzerischen Werks (*Weltbezug*). Zwei Tanzstücke waren in meiner Vorauswahl für den Weltbezug. Zum einen eine Passage aus einem Stück von Charlotta Ikeda (wegen des Stampfens), zum anderen Pina Bauschs ‚Nelken‘ (wegen des Blicks einer tanzenden Frau ins Publikum). Die Farbe des Gouache-Bildes von Frau M. führt mich spontan zu Bausch. Die Tänzerin im Stück ist alleine auf der Bühne auf einem Meer von roten Nelken. „Die Frau tanzt im Rot, ich im Rosa.“, stellt Frau M. fest. Das Foto mit der Tänzerin will sie unbedingt für sich kopieren. Als zusätzliche Erkenntnis nimmt sie von ‚Nelken‘ mit, dass auch eine einsame Tänzerin Menschen in ihren Bann ziehen kann. Von sich aus zieht sie recht unvermittelt eine Parallele zur Kraft ihrer Krankheit auf Aussenstehende.

Selbstverständlich sind auch die zu Beginn der gemeinsamen Arbeit geäußerten drei Themen (Stampfen und Weinen im Zimmer der Brüder, Derwische, Vater im Flur) Gegenstand von intensivsten therapeutischen Interaktionen. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass diese Themen wiederum in sich eine Vielzahl von für Frau M. sowie für die Therapie relevante Themenbereiche bergen, welche nach und nach zur Sprache kommen. Im Verlauf der Therapie werden von Frau M. die folgenden Zuordnungen gemacht: Das Stampfen und Weinen zeigt vor allem hin auf die Sehnsucht nach emotionalem Wahrgenommenwerden im Familienkreis. Die Derwische verweisen auf den Wunsch nach Ausbruch und manifestieren gleichzeitig innere Gelassenheit (in Verbindung auch zum Drehen im Tanz und zum schmutzigen Rosa). Der Vater im Flur macht die Angst sichtbar vor Überrascht- und Erkenntwerden durch den Therapeuten.

Schluss

Eine stärker in die Einzelheiten gehende Fallbeschreibung (zusammen mit den durchgeführten systemtherapeutische Interventionen) gehört nicht zum hier bearbeiteten Thema. Gerade auch der für ihre psychische Störung ungewöhnlich gute Körperbezug wäre eine separate Analyse wert. Abschliessend bleibt zu erwähnen, dass die anfängliche Diagnose noch immer Bestand hat. Frau M. selbst kann die Diagnose jedoch viel selbstverständlicher akzeptieren und beginnt, wie sie sagt, diese im Gespräch mit andern Menschen zu erwähnen.

Ich sehe Frau M. mittlerweile, nach nunmehr einem Jahr, monatlich einmal. Eine neue Vereinbarung mit ihr hält fest, dass der Besuch eines Facharztes ohne mein vorheriges Wissen (oder das der Hausärztin) in Ordnung ist. Wichtig dabei ist, dass die Patientin diesem Arzt gegenüber die psychiatrische Diagnose zumindest im Nachhinein erwähnt. Unsere Vereinbarung umfasst zudem ein vierteljährliches Nachfragen meinerseits, wenn von ihr in diesem Zeitraum keine Rückmeldungen kommen. Auch ist vereinbart, dass ich jederzeit ohne vorherige Absprache über ihren Gesundheitszustand mit Fachpersonen mit Ausnahme des nichtärztlichen Personals ihrer Krankenkasse sprechen kann Ein kürzliches Telefongespräch mit einem von ihr konsultierten neu hier niedergelassenen Internisten scheint die Beachtung der vereinbarten ‚Informationspolitik‘ zu bestätigen. Frau M. hat bereits zu Beginn der Untersuchung ihre psychiatrische Diagnose erwähnt.

Die Notwendigkeit der ästhetischen Verantwortung von Seiten der Therapeutin und des Therapeuten kann als wichtige, methodisch relevante Haltung in kunsttherapeutischen Settings angesehen werden. Beispielhaft können zwei entscheidende Aspekte bei der Behandlung von Frau M. hervorgehoben werden. Erstens brachte die Gestaltung der Übergänge im Tanz die positive Erfahrung, das Leben zu meistern. Diese Erfahrung war eine körperliche. Dadurch gab es eine positive Erweiterung der sonst meist krankheitsbedingt negativen Körpererfahrung. Zweitens hat die Sequenz des Übens der Drehungen und der Präsentation Frau M. wichtige, tiefe Erkenntnisse gebracht. „Ich kann tanzen, auch wenn das Rosa schmutzig bleibt,“ hat sie später einmal gesagt.

Bauer, Joachim (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Eichborn, Frankfurt.

Bodenheimer, Aron R. (1992): Verstehen heisst antworten. Reclam, Stuttgart.

Bodenheimer, Aron R. (1984): Warum? Von der Obszönität des Fragens. Reclam, Stuttgart.

Danto, Arthur C. (1991): Die Verklärung des Gewöhnlichen. Eine Philosophie der Kunst. Suhrkamp Verlag, Frankfurt.

Fischer-Lichte, Erika (2004): Ästhetik des Performativen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt.

Gadamer, Hans-Georg (1998): Die Aktualität des Schönen. Reclam, Stuttgart.

Häusler, Esther M. (2004): Tanzperformance. Unveröffentlichtes Protokoll der Liveperformances bei der gleichnamigen Lehrveranstaltung, Theaterhochschule Zürich.

Hillman, James (1986): Die Heilung erfinden. Eine psychotherapeutische Poetik. Schweizer Spiegel Verlag, Zürich.

Jacoby, Majken (2003): Making Sense of Expression. Steps to an Aesthetics of Expressive Arts. Unpublished Dissertation, European Graduate School, Leuk.

Knill, Paolo J.; Nienhaus Barba, Helen & Fuchs, Margo N. (1995): Minstrels of Soul. Palmerston Press, Toronto.

Lempert, Thomas (1995): Der Christenmensch zwischen Feuerstelle und Mikrowelle. Universitas Friburgensis, 4: 31/32.

Levinas, Emmanuel (1989): Die Zeit und der Andere. Felix Meiner Verlag, Hamburg.

Maturana, Humberto R. & Poerksen, Bernhard (2002): Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg.

Rainer, Arnulf (1980): Der Künstler zwischen Souveränität und Vereinnahmung. Protokolle. Zeitschrift für Literatur und Kunst (Hg. Otto Breicha), Jahrgang 1980, 1: 189-192.