

Monika Lucia Fuchs (Bad Berleburg)

**Bedeutungswandel des Kölner Doms als mütterliches und religiöses Symbol im
Behandlungsverlauf eines adoleszenten Mannes nach dem Tod seiner Mutter**

Mein Vortrag beinhaltet eine Falldarstellung über einen adoleszenten Mann nach dem Tod seiner Mutter, der in der Klinik Wittgenstein für 13 Wochen in stationärer Behandlung auf der Abteilung Sozialpsychiatrie war. Der Vortrag gliedert sich in drei Teile, im ersten berichte ich Wesentliches und Prägendes aus der Lebensgeschichte dieses Patienten, im zweiten gehe ich auf bedeutsame Stellen im Behandlungsverlauf des Patienten ein, und im dritten widme ich mich den Bildgestaltungen des Patienten und erläutere, inwiefern ich den Kölner Dom, den Herr G. oft in seine Bilder hinein malte, als mütterliches und religiöses Symbol verstanden habe.

I. Aus der Anamnese

Bei Aufnahme litt der Patient unter einer depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung. Wir diagnostizierten ihm außerdem eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, histrionischen und dissozialen Zügen. (F32.1, F60.9)

Erster Eindruck

„*Ich möchte den wahren Michael kennenlernen*“ sagt der Patient zuallererst und hat mich damit auch schon gewonnen. Mich berührt der Patient durch sein Anliegen, dass er mithilfe der stationären Behandlung einen Neuanfang in seinem Leben erreichen möchte. Ich spüre seine Reue wegen seines Diebstahls und empfinde Achtung gegenüber ihm, wie er für seine schwerkranke Mutter gesorgt hat, aber auch Traurigkeit darüber, dass er so wenig Unterstützung erfahren und so wenig für seinen Weg getan hat. Mich beeindruckt besonders, dass er in seinen einsamen Stunden Zettel geschrieben hatte, mit Ideen für einen Neuanfang i. S. konkreter Veränderungen, die auch Bestrebungen zur Wiedergutmachung beinhalteten. Ich möchte ihm helfen, dass ihm ein Neuanfang gelingt.

Symptomatik

Der 24jährige Herr G. schilderte seine Symptomatik im Zusammenhang stehend mit der auslösenden Situation. Im Oktober 2013 sei ihm von seiner Chefin gekündigt worden, weil er eine große Summe Geld gestohlen habe. Er habe viel über seine Tat nachgedacht und rückblickend sagt er über sich, dass er neidisch gewesen sei auf den Lebensstil der Chefin, er habe seine Einsamkeit durch Materielles ersetzen wollen, habe aber feststellen müssen, dass dies auch nicht glücklich mache. Nun fühle er sich erst recht allein, er sei oft traurig und niedergeschlagen. Er habe an sich beobachtet, dass er in manchen Situationen überreagiere. Wenn ihm das hinterher bewusst werde, ärgere er sich über sich selbst. Im Vorfeld der Aufnahme hatte er Suizidgedanken, von denen er sich im geschützten Rahmen distanzieren konnte.

Der Patient berichtete, dass er am meisten unter dem Alleinsein leide. Er fühle sich nicht beachtet und nicht geliebt.

Herr G. machte sich viele Gedanken um seine weitere, insbesondere seine berufliche Zukunft, da er keine abgeschlossene Ausbildung hat. Er sagte, er werde „*nicht jünger und mein Lebensstand dadurch besser...*“. Klar benannte er, dass er „*gerne wieder sein eigenes*

Geld verdienen“ würde und er es verabscheue, von jemandem abhängig zu sein. Herr G. berichtete, dass er gerne aus der bisherigen Kleinstadt, in der er wohne, raus und in eine andere, größere Stadt ziehen wolle, um dort einen „*Neuanfang*“ zu beginnen. Er habe sich vorgenommen, nicht mehr zu lügen, wie es ihm bereits fast zur zweiten Natur geworden sei.

Im Januar 2013 erhielt er die Diagnose HIV, diese werde seitdem medikamentös behandelt. Er hatte sich auf einen Mann sexuell eingelassen, der ihm seine HIV-Erkrankung verschwiegen hatte. Von diesem Mann wusste der Patient, dass er inzwischen vor Gericht stand, weil es mehrere Kläger gegen ihn gab.

In der Aufnahmesituation berichtete er verschämt, jedoch offen über sein früheres Lügen und das Bestehlen der Chefin. Er litt unter Schuldgefühlen und sucht diese über Wiedergutmachungsbestrebungen zu mildern. Er ängstigt sich vor der anstehenden Gerichtsverhandlung.

Zur Lebensgeschichte

Der Patient ist bis zu seinem 18. Lebensjahr gemeinsam mit seinem Bruder (+5) bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen. Der Vater des Patienten war bei Geburt des Patienten 34, die Mutter 33 Jahre alt. Der Patient hat die Beziehung der Eltern zueinander als sehr spannungsreich erlebt, Spannung und Aggression sei jedoch wegen der Erkrankung der Mutter unterdrückt worden. Der Patient sprach von einer „angepassten“ Beziehung der Eltern zueinander. Der Vater war mit einer eigenen Firma selbständig.

Er habe keine Freundschaften schließen können. Er habe sehr schnell für sich sorgen und Verantwortung tragen müssen, in einem Alter, wo viele Kinder das noch nicht müssen. **Als** Kind sei er mit seinem Hund spazieren gegangen, und schränkte diese Aktivität gleich ein: „*falls dafür Zeit war*“ - und er habe Playstation gespielt.

Die Mutter des Patienten war bereits bei der Geburt des Patienten an MS erkrankt. Während der Oberstufe des Gymnasiums wurde die Mutter pflegebedürftig. Der ältere Bruder war bereits ausgezogen, auch der Vater des Patienten hatte sich eine eigene Wohnung genommen. Die Mutter lehnte jede Pflege durch fremde Personen vehement ab. Sie war auch sehr verschämt und wollte sich draußen mit dem Rollstuhl nicht blicken lassen. Der Patient passte sich den Wünschen der Mutter an, betreute und versorgte sie und lebte ganz auf die Mutter bezogen. Eine Oberärztin, die nach 1 ½ Jahren die Mutter untersuchte und Herrn G. befragte, war entsetzt, als sie erfuhr, dass dieser junge Mann ohne jede fremde oder familiäre Hilfe seine Mutter gepflegt hatte. Sie sorgte dafür, dass die Übernahme der Mutter in ein Pflegeheim eingeleitet wurde. Die Mutter verstarb im Juni 2013, im 24. Lebensjahr des Patienten.

Zur Entwicklung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit

Da, wo andere Patientin bezogen auf eine bestimmte Frage im Anamnesefragebogen, die eher partnerschaftliche Beziehungen intendiert, beschreibt der Patient die zurückliegende Beziehung zu seiner Mutter und zu seinem Hund:

„Ich habe meine Mutter 1,5 Jahre zu Hause gepflegt und wir waren uns schon immer sehr nah. Wenn es mir dann mal zu viel wurde, war mein Hund für mich da: zum Kuscheln, reden oder rausgehen. So konnte ich von der stressigen Zeit zu Hause abschalten. Im Mai 2009 (20. Lj. d. Pat.) kam meine Mutter dann in ein Pflegeheim und mein Vater zwang mich, den Hund in ein Tierheim zu geben. So habe (ich – das Wörtchen „ich“ fehlt sogar im Text!) die

wichtigsten 2 Personen (falls man den Hund als Person ansieht) auf einmal verloren und war sehr traurig darüber.“

In der Schule sei er „nur gemobbt“ worden. Herr G. meint, dass das daran gelegen habe, dass er früher „sehr weiblich“ ausgesehen habe. Darüber sei geredet worden und auch über seine Homosexualität. Er habe den Wunsch gehabt, sich zu integrieren, tatsächlich sei er aber immer aus Gruppen ausgeschlossen worden und allein geblieben. Um besser bei Mitschülern dazu stehen, um vor denen „interessant“ zu sein, habe er viel gelogen. Er habe bei den Mitschülern angesehen sein wollen und wollte dazugehören. Das Lügen sei ihm fast schon „zur zweiten Natur“ geworden. Mit Lehrern sei er gut zurechtgekommen, denn er habe von ihnen lernen wollen, manche seien ihm Vorbild gewesen und er habe sich an ihnen orientiert.

In seiner Familie sei über Sexualität nicht gesprochen worden. Im jungen Erwachsenenalter habe er gelegentlich Sex mit verschiedenen Männern gehabt. Seit ihm im Januar 2013 die HIV-Diagnose mitgeteilt wurde, habe er mit anderen keinen Sex mehr. Der Patient hatte noch nie eine partnerschaftliche Beziehung gehabt, sehnte sich jedoch danach.

Zur schulischen und beruflichen Entwicklung

Nach der Grundschule habe Herr G. das Gymnasium besucht. Die 11. Jahrgangsstufe habe er wiederholt und habe schließlich den Schulbesuch abgebrochen. Aufgrund hoher Fehlzeiten, entstanden durch die Pflege und Betreuung der erkrankten Mutter zu Hause, hatten sich seine Schulleistungen deutlich verschlechtert. Bei Schuleintritt sei er sieben, bei Entlassung siebzehn Jahre alt gewesen. Seine Berufswünsche standen im Zusammenhang mit dem Erleben der Krankheit seiner Mutter. Er habe Apotheker oder Anwalt werden wollen. Er sei sehr oft in die Apotheke gegangen und habe die Medikamente für seine Mutter geholt.

Im 20. Lebensjahr sei er arbeitssuchend gewesen. Zwischen dem 21. und 23. Lebensjahr besuchte Herr G. eine Fachschule, um PTA zu werden, auch diese Schule hatte er wegen zu hoher Fehlstundenzahl (3 mehr als die erlaubte Höchstzahl) abbrechen müssen, d.h. ihm wurde gekündigt.

Ihm sei dann von einer Mitbewohnerin im Haus eine Stelle im Pfandhaus angeboten worden. Diese Stelle hatte er von April 2012 bis zu seiner Kündigung im Oktober 2013 inne. Seine Aufgabe dort habe u.a. darin bestanden, Gold auszuwiegen und den Preis dafür zu berechnen.

Der Patient wünscht sich eine Ausbildungsstelle, die ihn zu einem Beruf führt, bei dem man „auch mal länger bleibt, weil er einen so erfüllt“.

Zur aktuellen Lebenssituation bei Aufnahme

Der Patient lebte in einer eigenen Wohnung einer Kleinstadt. Er kannte seine finanziellen Verpflichtungen sehr genau. Wegen seiner Straffälligkeit war er für den Bezug des Arbeitslosengeldes gesperrt. Nach der Sperrzeit wird er ALG II beziehen. Vater und Bruder erlebte er, anders als zu Zeiten der Pflege der Mutter, stärker ihm zugewandt.

Belastend sei inzwischen auch, dass seine Ex-Chefin mit im selben Haus wohne. Aus Scham würde er ihr lieber nicht begegnen.

Der Diebstahl beim Arbeitgeber belief sich auf 11.000 €. Ein Strafverfahren lief. Der Patient war zur Zeit der stationären Behandlung in Erwartung der Gerichtsverhandlung wegen seines eigenen Strafverfahrens, auch zu der Gerichtsverhandlung des Mannes, der angeklagt war, weil er seine HIV-Erkrankung verschwiegen und mehrere Männer, u.a. den Patienten infiziert hatte, war er geladen.

Psychodynamische Hypothesen

Im Elternhaus hat der Patient nur unzureichend Zuwendung, Entwicklungsanreize, Hilfe und Unterstützung erfahren. Durch mangelnde Förderung, mangelndes Vorbild und Orientierung entwickeln sich die strukturellen Fähigkeiten des Patienten vor allem im Bereich der Kommunikation nach außen defizitär. Die Entwicklungsbedingungen führten auch zu einer Identitätsunsicherheit, einschließlich einer Unsicherheit in der sexuellen Orientierung, die schließlich in die Homosexualität mündet. Solange die Mutter noch lebte, wäre es zu bedrohlich gewesen, bewusst wahrzunehmen, wie sehr die Mutter ihn als Selbstobjekt verwendete, und die Mutter-Sohn-Beziehung keine wechselseitige gewesen war, in der auch die altersgemäßen Entwicklungsaufgaben des Patienten hätten Raum haben dürfen. Auch Vater oder Bruder standen nicht als helfende oder ausgleichende Dritte zur Seite. Neidgefühle, Gefühle, dass auch er endlich einmal ein schönes Leben genießen möchte, brechen sich erst nach dem Tod der Mutter mit voller Wucht Bahn.

Im bisherigen Leben bis heute hat die Einsamkeit dominiert, die tatsächliche und das Einsamkeitserleben. Herr G. blieb weitgehend sich selbst überlassen und mehr noch, mit Verschlimmerung des Krankheitszustandes der Mutter kommt es zur Rollenumkehrung: das Kind, der Schüler sorgt für seine Mutter, hilft und unterstützt sie, wo er nur kann und vernachlässigt hierüber Aufgaben, die für seine eigene Entwicklung dringend notwendig gewesen wären. Bei Gleichaltrigen hatte er durch sein Anderssein ohnehin einen schweren Stand. Die Fähigkeiten sich selbst und andere angemessen wahrzunehmen und mit anderen angemessen zu kommunizieren sind nicht zuletzt wegen mangelnder Übungsmöglichkeiten nur defizitär ausgebildet und erschweren es dem Patienten Anschluss an Gruppen Gleichaltriger zu finden und sich zu integrieren. Auch das schulische Lernen und das Lernen in der Ausbildung kamen zu kurz. Statt altersgemäßer sozialer Lernerfahrungen ist der Heranwachsende auf die häusliche Lebenssituation zurückgeworfen und zwischen Sohn und Mutter entwickelt sich eine Nähe, die die Krankheitsnöte der Mutter lindert, die psychischen und realen Nöte auf Seiten des Patienten jedoch erhöht. Der Hund wird zur „Ersatzperson“, zur einzigen Person, mit der er seine Nöte teilen kann. Nach dem Tod der Mutter realisiert der Patient das Ausmaß seiner Einsamkeit, das ihn überfordert, zumal der Vater ihn zur Trennung von seinem Gefährten, dem Hund, zwingt. Im Kontakt mit der Chefin, die es gut mit ihm meint, kommen Sehnsüchte nach einem leichteren und schöneren Leben auf. Die Chefin hat Geld, kann sich schön kleiden und hat einen Partner. Der Patient erliegt der Versuchung sich auf falschem, unehrlichem Wege zu einem schöneren Leben zu verhelfen. So wie die Mutter den Patienten als Selbstobjekt missbraucht hat, missbraucht nun der Patient die materiellen Mittel seiner Chefin, um sich selbst endlich zu dem zu verhelfen, was er dringend braucht: er bezahlt vom gestohlenen Geld seine Ausbildungsschulden und versucht über die äußeren Attribute eine Identität zu erlangen (er kaufte sich Kleidung derselben Marke, wie seine Chefin sie trug). Man könnte es auch so interpretieren, dass sich der Patient durch diese Handlungen unbewusst eine Entschädigung dafür holen möchte, was er in all den Jahren entbehrt hat.

Die selbstreflexiven Fähigkeiten des Patienten sind jedoch so weit entwickelt, dass er kritisch über sich und seine Handlungsmotive zumindest im Nachhinein nachdenken kann, und es auch tut. So kann in ihm auch der Wunsch nach Versöhnung mit seiner Chefin und nach Wiedergutmachung wachsen (siehe Traum).

Behandlungserwartung

Herr G. formuliert zu seiner Behandlungserwartung:

„Ich möchte selbstbewusster werden, Dinge nicht mehr so dicht an mich heranlassen, die mir nicht guttun, Tipps bekommen, wie ich mein Leben in den Griff bekommen kann und es dann auch so leben.“

Zwei seiner Ziele sind sehr konkret, er möchte die „Geldsorgen aus der Welt schaffen“ und Hilfe bekommen, einen Ausbildungsplatz zu finden. Er wünscht sich jemanden, der ihm „offen zuhört“, wenn er von seinen Problemen spricht.

Außerdem möchte er lernen, seine Freizeit zu gestalten und Kontakte zu finden, er möchte sich selbst akzeptieren lernen und sich als Person stärken.

Da er zum Aufnahmezeitpunkt keine Arbeitstätigkeit hat, ist er bereit, sich so viel Zeit für die Behandlung zu nehmen, die er braucht, und er hat eine Idee davon, dass eine Therapie mehr oder weniger gut „anschlagen“ könnte, und dass auch davon die Behandlungsdauer abhängen wird.

Behandlungsplanung

Aufgrund der schwierigen Lebenssituation des Patienten, der Identitätsunsicherheit und der strukturellen Einschränkungen des Patienten besteht die Indikation für eine vollstationäre Behandlung des Patienten, bei der sowohl non-verbale als auch verbale Behandlungsangebote, dazu beitragen können, dass der Patient sich seiner Identität bewusster wird, sie finden und verschiedene Identitätsaspekte differenzieren kann und er in seinem Selbstwerterleben gestärkt wird.

Dem Wunsch des Patienten entsprechend, soll er durch den Sozialdienst Hilfe bekommen, einen für ihn geeigneten Ausbildungsplatz zu finden und ggf. Unterstützung eine neue Wohnung in K. zu finden, wo auch die medizinische Versorgung wegen der HIV-Erkrankung stattfindet.

Im Rahmen einer Deliktbearbeitung soll der Patient sich mit seinen Wiedergutmachungsbestrebungen auseinandersetzen, genauso wie mit Aspekten eines Neuanfangs in einem selbständigen Leben, in dem er sich, auch vor der Rechtsprechung wird bewähren müssen.

Inwiefern nach Abschluss der stationären Behandlung eine ambulante Psychotherapie oder/und die Begleitung durch einen Bewährungshelfer indiziert sein werden, bleibt abzuwarten.

II. BEHANDLUNGSVERLAUF

Ruff und Leikert (1999) haben in ihrer Untersuchung zu Therapieverläufen im stationären Setting, die sie an Patienten in der Klinik Wittgenstein durchführten, prototypische Verlaufsformen herausgefunden. Um den Behandlungsverlauf des Herrn G. anschaulich

darstellen zu können, habe ich mich an diesem prototypischen Verlaufsmuster orientiert, das die Autoren für Patienten mit strukturellen Störungen, die sich zugleich in einer Adoleszenzkrise befinden, aufgestellt haben. Genaugenommen lässt sich anhand dieser Übersicht die Entwicklung innerhalb der stationären Therapie beobachten und beschreiben, daneben die Identitätsentwicklung und die Entwicklung der Beziehungen, wie sie vom Patienten während der Behandlung erlebt wird. Es würde den zeitlichen Rahmen sprengen, würde ich jeden Punkt ganz ausführlich darstellen. Darum habe ich eine Auswahl getroffen.

Zur Ausgangssituation des Patienten zu Beginn der Behandlung

Wir gingen davon aus, dass sich die Identitätsentwicklung des Patienten nicht altersgemäß wegen der starken Bindung an seine Mutter, wegen fehlender Präsenz des Vaters und auch wegen fehlendem Ausgleich durch andere, potentielle Bezugspersonen wie z.B. Lehrer, hatte entwickeln können. Außerdem war eine altersgemäße Autonomieentwicklung durch eine markante Rollenkehr erschwert: der Heranwachsende sorgt für seine Mutter, orientiert sich an deren Bedürfnissen, statt auch nur ansatzweise seine eigenen Bedürfnisse spüren und ihnen nachgehen zu können. Weil eine altersadäquate Loslösung von der Mutter nicht gelang, hatte er sich auch nicht einer Peergroup anschließen können. Der Patient übernahm zunächst eine von den Eltern gutgeheißene leistungsbezogene Haltung bei Lernen. Insbesondere schien es die Haltung der Mutter gewesen zu sein, dass alles darauf ankäme, nach außen gut dazu stehen; die Mutter weigerte sich, sich in der Nachbarschaft mit einem Rollstuhl sehen zu lassen, was den Patienten noch stärker an das häusliche Umfeld band. Der Vater wurde erst nach dem Tod der Mutter wieder etwas präsenter für seinen Sohn. Auf Herrn G. trifft also ganz besonders zu, dass seine Autonomieentwicklung durch rigide Normen beeinträchtigt war, und zwar solche, die nicht zwingend irgendeinem Lebens- oder Wertekonzept entsprangen, sondern solchen, die sich aus der Notwendigkeit der hilfsbedürftigen Mutter ergaben. Hinterfragen könnte man allerdings, was das für ein Familiensystem gewesen sein mag, in dem sowohl Vater als auch älterer Bruder sich zurückziehen und wie selbstverständlich dem Jüngsten die Aufgabe überlassen Tag und Nacht für die erkrankte Mutter dazu sein.

Auf massive Weise auf sich allein gestellt, hatte sich der Patient vor Aufnahme in unsere Klinik dann auch zunehmend in etliche krisenhafte Konstellationen hineinmanövriert. Es ist schon auffällig, dass nicht schon vorher mal jemand aus dem sozialen Umfeld, am ehesten denke ich an einen Lehrer oder einen Schulleiter die Notbremse zog und offen fragte: „Was ist hier los?“ Erst nachdem der Patient bei geplantem Betrug erwischt wurde, kommt es durch diese krisenhafte Zuspitzung, zur stationären Aufnahme bei uns, und die Entwicklung des Patienten bekommt die Chance zu einem ernsthaften Wendepunkt in Richtung Autonomie und Selbstverantwortung.

Im Vorfeld der Behandlung war der Patient verdeckt in Form des heimlichen Betrügens aggressiv geworden. Davon dem er sich Vorteile versprach und ein Erreichen eines Lebensstils, wie es die Chefin ihm vorlebte. Es hatte sich also bereits destruktive Aggressivität im Leben des Patienten breitgemacht, wie wohl der Patient selbst mit dem Ergebnis seines Betrugs Konstruktives bewirken wollte, z.B. seine Ausbildungsschulden abzutragen.

Es lässt sich aufzeigen, wie Herr G. wichtige Entwicklungsschritte der Identitätsentwicklung im stationären Setting hat nachholen können. Als Behandlungsziel sahen wir also, dass die stationäre Psychotherapie, eine Ich-Reifung anstoßen sollte. Ruff und Leikert (1999) haben in

ihrem prototypischen Verlaufsmodell für die Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen Phasen typischer Konstellationen im Beziehungsgeflecht der stationären Behandlung beschrieben. Diese Konstellationen, die in typischer Weise aufeinander folgen zeigen eine Entsprechung zu den typischen Entwicklungsphasen der Individuation und der Ablösung von den elterlichen Objekten. Sofern sich diese auch im Behandlungsverlauf des Herrn G. beobachten ließen, werde ich sie nun hier darstellen.

Die *erste Phase* in der stationären Behandlung, in der sich die innere Einstellung der Patienten zwischen Misstrauen und Idealisieren bewegt und die Patienten Wünsche nach intensiver einzeltherapeutischer Behandlung hegen entspricht in der Identitätsentwicklung der Etappe der Abhängigkeit aller Ichleistungen in der Dyade, d.h. diese sind, was Grenzsetzung und Wertsetzungen angeht zunächst von der Mutter übernommen, das Individuum ist an präödipale Liebesobjekte gebunden, als Abwehrmechanismen fungieren Projektion und Idealisierung.

In der vorhin vorgestellten Anamnese wurde bereits deutlich, wie sehr der Patient intrapsychisch an die Elternrepräsentanzen gebunden war, insbesondere an die Mutterrepräsentanz und wie er deren Werterhaltung übernommen hatte. Über die gesamte Behandlung hinweg, kleidete er sich äußerst gepflegt, so wie es sicherlich auch den Erwartungen seiner Mutter entsprochen hätte.

In der normalen Identitätsentwicklung würde eine *zweite Phase* folgen, in der es dem Kind möglich wird, sich zeitweise von der Mutter zu lösen, um eigene Aktivitäten zu erproben. Grundlegend stützt sich das Kind dabei aber nach wie vor auf die Mutter. Diese zeitweise Loslösung erlaubt es dem Kind, Ichleistungen teilweise zu integrieren. Schon diese natürliche Entwicklungsphase dürfte bei Herrn G. nicht störungsfrei durchlaufen worden sein. Diese zweite Phase entspricht im Behandlungsverlauf einer Zeit, in der die Patienten Kontakt zu Patienten aufnehmen, mit denen sie Ähnlichkeiten empfinden, d.h. sie sind in der Lage mehrere Dyaden nebeneinander bestehen zu lassen. Durch Erlebnisse in diesen Dyaden werden eigene Ressourcen aktiviert und in ersten Ansätzen kann dann auch enttäuschende Realität in diesen Dyaden ertragen werden.

In der Individuationsentwicklung folgt eine *dritte Phase*, in der Selbstkonstanz entwickelt wird und Triangulierungsprozesse stattfinden, die Ichfunktionen erweitern und differenzieren sich, aggressive Abgrenzung wird erprobt und libidinöse Wünsche werden geltend gemacht. Dies entspricht im stationären Behandlungsverlauf einer Zeit, in der sich die Aufmerksamkeit und das Interesse der Patienten stärker auf die Unterschiede in dyadischen Beziehungen richten, um die eigene Position deutlicher wahrzunehmen. Ein Austragen kleinerer Konflikte gestützt auf andere und das Erweitern eigener Fertigkeiten nach dem Vorbild anderer wird möglich. Bei Herrn G. ließ sich das gut beobachten als er stärker seine sexuelle Besonderheit als auch seinen gepflegten Kleidungsstil reflektierte.

In einer *vierten Phase* der Identitätsentwicklung kann die Loslösung von den Eltern gestützt auf die Gruppe stattfinden. Dem Individuum kann die Loslösung von internalisierten Hass-Liebesobjekten gelingen. In der stationären Behandlung entspricht das einer Zeit, in der sich die Aufmerksamkeit des Patienten von der Einzelbeziehung, sei es zu seinem Einzeltherapeuten, sei es zu einzelnen anderen Mitpatienten hin zu Gruppenbeziehungen verlagert. Diese Phase war bei Herrn G. sehr ausgeprägt. Auch Herr G. wandte sich der Gruppe als übergreifender Identität zu, davon zeugen mehrere seiner Bilder, wie wir gleich

noch sehen werden. Auch das Experimentieren mit Gleichaltrigen fand auf der Station bei gemeinsamen Freizeitaktivitäten aber auch in der Fantasie des Patienten ausgiebig statt.

Es entstand im Binnenraum des Patienten die Möglichkeit, elterliche Werte und Normen zu relativieren.

In einer *fünften Phase* erlebe sich der Betroffene stärker als Individuum in der Gruppe und suche sich nicht-elterliche Erwachsene als Vorbilder. Ich meine, dass der Patient dies z.B. tat, als er sich die Chefin zum Vorbild nahm. Bereits vor Aufnahme in unsere Klinik hatte Herr G. sich seine Chefin und deren Partner als Vorbild ausgeguckt und war mit der großen Diskrepanz zwischen seinen Voraussetzungen und dem angestrebten unbeschwerten Lebensstil nicht zurechtgekommen und in seinen Maßnahmen, dorthin zu kommen, kläglich gescheitert, ja straffällig geworden. Dass er dazu tendierte, andere kopieren zu wollen, statt wirklich Eigenes zu entwickeln, war dem Patienten bereits ansatzweise bewusst geworden.

In einer *sechsten Phase* der Identitätsentwicklung konsolidiert sich die Identität. Der Patient differenziere das Bild von sich selbst, er sei in der Lage Beziehungen selbst zu gestalten, auch sexuelle Beziehungen. Dies entspricht in der stationären Behandlung einer Zeit, in der der Patient die Initiative zu einem eigenen Lebensentwurf ergreift, es ihm möglich wird, innere Konflikte zu reflektieren, Verantwortung zu übernehmen und Beziehungen zu gestalten.

Das war auch für Herrn G. die Zeit, in der er sich darin erprobte, zu sich zu stehen, z.B. auch mit seiner sexuellen Orientierung, mit der er sich ja von vielen anderen unterschied. Aus meiner Sicht wurde die Bereitschaft zur reflexiven Selbsterfahrung bei diesem Patienten nicht zuletzt deshalb angestoßen, weil das Aufdecken seiner Straftat zu Scham führte, seinen Leidensdruck erhöhte und seine Sehnsucht nach einem besseren Leben mit redlichen Mitteln erhöhte. Seine Zettel mit Änderungsfantasien und Maßnahmen hatte er schon vor Aufnahme in unsere Klinik zu schreiben begonnen und diese Notizen, die seine Selbstreflexion unterstützten, setzte er auch während der Behandlung fort.

III. Bildbetrachtungen

Im dritten Teil meines Vortrages, möchte ich nun die Bilder des Patienten vorstellen, in denen sich auch etwas von diesem Phasenverlauf widerspiegelt, aber noch mehr als das.

Ruff und Leikert (1999) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass es bei der Patientengruppe mit strukturellen Störungen Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Themas Separation und Individuation gibt, die als Leitlinie geeignet ist, einen Behandlungsverlauf zu beobachten und zu reflektieren. Es zeigte sich, dass die Art und Weise, wie Patienten die Beziehungen während der stationären Psychotherapie erfahren und gestalten, eine bedeutsame Größe mit Einfluss auf deren Identitätsentwicklung ist. Diese kann dadurch behindert oder gefördert werden.

Schauen wir uns das, im Falle von Herrn G., auch unter Einbezug seiner bildnerischen Gestaltungen an. Die Bildserie des Patienten stammt aus der Begleittherapie Fingermalen. Dem Patienten wurden dort keine inhaltlichen Vorgaben gemacht, sondern er konnte ganz spontan entscheiden, was er malen wollte. Hier ist als erstes auffällig, dass der Patient eine Bildfolge malte. Das ist keineswegs selbstverständlich. Viele Patienten malen eher

sprunghaft mal zu diesem, mal zu jenem Aspekt ihres Erlebens ein Bild, Bildfolgen kommen im Vergleich seltener vor.

Es überraschte uns als Team, dass Herr G. in seiner Bildfolge in den meisten Bildern den Kölner Dom mit hinein malte, anfangs recht groß und wuchtig, mittig platziert, später malte er den Dom kleiner und auch randständig. Dieser Dom weckte mein Interesse und ich begann nach seiner symbolischen Bedeutung zu fragen, auch über das hinausgehend, was der Patient mir bewusst mitzuteilen vermochte. Und hier kommen wir zum Kern meines Vortrages. Der *Schlüssel zum Verstehen* ist die Aussage des Patienten, dass er sich vorgenommen habe, am Geburtstag seiner Mutter im Kölner Dom ein Licht für sie anzuzünden. Herr G. war wochenlang damit beschäftigt, sich seine persönliche und berufliche Zukunft in Köln auszumalen, dabei erfuhren seine Fantasien eine *Bewegung von idealistischen Träumereien hin zu mehr Realitätsbezug*, so dass eine tatsächliche Umsetzung wahrscheinlicher wurde.

So wie das kleine Kind die Anwesenheit seiner Mutter noch braucht und die Sicherheit, dass es nach seinen kleinen Entdeckerausflügen zur Mutter würde zurückkehren können, so schien mir, brauchte es der Patient, dass er im Zweifelsfall, bei Unbehagen zur Mutter würde zurückkehren können oder auch, um ihr freudig von Gelungenem zu erzählen. Nun lebte ja die Mutter des Patienten tatsächlich nicht mehr, aber er hatte sich in seiner Vorstellung einen Ort geschaffen, wo die Mutter zu finden war. Da es den Kölner Dom auch real gibt und nicht nur als vorgestellten Dom im Inneren des Patienten, was die Funktion einer Objektrepräsentanz haben könnte, so dachte ich mir, ist die Gestalt des Kölner Doms auch so etwas wie ein *Übergangsobjekt bzw. Übergangsraum i. S. von Winnicott*.

Während der Patient sich in seinem bisherigen Leben vor dem Tode der Mutter ihren Grenz- und Wertsetzungen unterwarf, die z.B. bedeuteten, dass er als Sohn zu Hause blieb, um jederzeit für die Mutter da zu sein, sich der Erkundungsraum für den Patienten noch nicht einmal mehr auf die Schule erstreckte, konnte während der stationären Behandlung so etwas wie die Phase einer zeitweisen Loslösung gestützt auf die symbolisierte Mutter beginnen. Ich bin davon ausgegangen, dass der Patient es intrapsychisch auch nötig hatte, sich vorgestellt auch die Mutter wohlgesonnen zu halten. Er wird sich den Segen seiner Mutter für all sein Tun gewünscht haben und den Dom stets in die Bilder mit hinein gemalt zu haben, bedeutete dann: „Mutter, auch wenn ich mich vergnüge mit meinen Kameraden, ich vergesse dich nicht!“

Während Herr G. zu Anfang der Therapie eher so wirkte, als spiele er eine Rolle, zeichnete sich mehr und mehr eine Entwicklung ab, bei der er authentischer wirkte, mehr er selbst, so wie er es sich gewünscht hatte „Ich möchte den wahren Michael kennenlernen!“

Dieses Oszillieren zwischen wenig realitätsbezogener Träumerei („Ich gehe zum Radio“) und anforderungsgerechten Pläne („Ich strebe die Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann an und schreibe eine Bewerbung für diesen Ausbildungsgang“) zeigte sich auch in seinen Bildern, aber natürlich nicht nur das: auch das zunehmende lebendiger werden, das Erwachen von Lebensfreude.

In dieser letzten Phase, der die Autoren die Aufgabe einer *sich festigenden Identität und der Gestaltung persönlicher Beziehungen* zuschrieben, ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Patienten mit der weiteren Planung ihres Lebens zu beschäftigen anfangen und dabei neue Ideen entwickeln. In der Beurteilung ihres bisherigen Lebensumstände und ihrer jetzigen

Möglichkeiten zeigen sie sich realistischer als zu Beginn der Therapie. Während Herr G. befeuert durch den Zuspruch von Mitpatienten daran dachte, Radiosprecher werden zu wollen, und lapidar meinte, er wolle doch nicht sein Leben lang „Pullöverchen verkaufen“, konnte er sich gegen Ende der Therapie doch dazu durchringen, sich um einen Ausbildungsplatz als Einzelhandelskaufmann zu bemühen. Er suchte zu diesen Vorhaben auch den Sozialdienst der Klinik auf und hatte im Blick, dass ihm aufgrund der HIV-Erkrankung nicht alle Berufszweige würden offenstehen. Aber auch intrapsychisch wirkte dieser Berufswunsch losgelöster von der Bindung an die Mutter, Herr G. hatte ja zunächst Apotheker werden wollen, ein Berufsbild, mit dem er eng an das mit der Mutter erlebte Leid gebunden geblieben wäre.

Einführung zu den Bildbetrachtungen

Es ist jedem *Symbol* eigen, dass es nicht *die* eine Bedeutung hat, sondern dass zu ich ein *Bedeutungshof* gehört. In diesem Sinne habe ich auch das Symbol des Kölner Doms in den Bildern des Patienten verstanden. Diese möglichen Bedeutungen zu betrachten, darum soll es hier gehen.

Meine Hypothese ist, dass das Symbol des Kölner Doms in seiner Variation in Größe und Platzierung im Bild und auch das Verschwinden dieses Symbols in manchen Bildern verschlüsselt etwas von dem intrapsychischen Entwicklungsprozess des Patienten zeigt. Je mehr der Patient an Ich-Reife hinzugewinnt, je stärker und individueller sich seine Identität ausformt, während er in der stationären Behandlung Kontakt, Begegnung und Auseinandersetzung mit seinen Mitpatienten wagt, desto eher kann er sich vom mütterlichen Raum entfernen. Er hat dann die beständige Rückversicherung zur Mutter hingewandt nicht mehr so nötig. Das heißt aber nicht, dass die Bezugnahme auf dieses Symbol hätte übersprungen werden können, sondern die Entwicklung scheint mir eine innere Folgerichtigkeit aufzuweisen.

Wenn eine Mutter-Kind-Beziehung ausreichend gut war, so wird das Kind darin Grunderfahrungen von mütterlicher Geborgenheit, von Sicherheit hat machen dürfen. Auch religiös orientierte Menschen suchen in den Kirchen, in einer Basilika oder eine Dom, einen heilen, heiligen Raum, in dem sie Geborgenheit erfahren. Es gibt eine Ähnlichkeit zwischen menschlich mütterlich bergendem Raum und Erfahrungen im religiösen Raum. Diese Erfahrungen sind nicht zwingend miteinander verbunden, wer die Erfahrung menschlicher Geborgenheit und Angenommen seins macht, muss nicht zwingend in eine religiöse Haltung hineinfließen; sie kann jedoch dadurch vorbereitet und anders gebahnt sein wie bei einem Menschen, der solche Erfahrung nicht machen durfte.

Die Assoziation zwischen Mutter und Mütterlichem und dem Raum der Kirche gibt es auch im katholischen Liedgut: „*Freue dich Himmel, juble Mutter Kirche*“ heißt es in einem Hymnus. Und auch das Schiff steht symbolisch für Maria, die Mutter Gottes. „*Es kommt ein Schiff geladen, bis an sein höchsten Bord*“ heißt es in einem Adventslied.

Herr G. traut sich mehr in der Kommunikation mit anderen. Mit einem Mitpatienten klärt er erfolgreich einen Konflikt. Oder drückt das Bild auch aus, dass Herr G. eine Seite von sich näher kennenlernt, den er so noch nicht kannte, „den wahren Michael“. Herrn G. 's Beziehungsgestaltungen werden persönlicher und er wird vertrauter mit sich.

Bildbetrachtungen alle Bilder betreffend

Herr G. hat seine Figuren stets in Schwarz mit weißem Mund und Augen gezeichnet, strichmännchenartig. Zunächst einmal könnte man sagen, dass das Malen mit Fingerfarben eine filigrane Ausgestaltung nicht zulässt. Doch zu welchen Assoziationen könnte diese Darstellungsweise, die Herr G. wählte beim Betrachter führen? Ich dachte u.a. auch an die *Integration des Schattens*.

„Schatten“ und „Persona“ sind in der Jungschen Psychologie zwei sehr zentrale Konzepte. Während der Schatten alles umfasst, was der bewussten Person weniger gefällt, was sie an sich ablehnt oder andere früher an ihr abgelehnt haben, so meint „Persona“ all das, was Menschen auch nach außen hin zeigen. Die Persona verdeckt oft den Schatten eines Menschen.

In der Jungschen Psychologie gibt es ein Bestreben, dass der Mensch seinen Schatten integrieren möge. Jung ging noch davon aus, dass es prinzipiell möglich sein müsste, alle Schattenanteile zu integrieren. Verena Kast, eine Psychotherapeutin, die der Jungschen Psychologie folgt, schätzt dies vorsichtiger ein. Sie schreibt, dass es schon viel sei, wenn ein Mensch den „jeweils konstellierten Schatten wahrnehmen und annehmen“ könne, wenn der Betroffene mit seinem Schatten rechne und Verantwortung dafür übernehme. (Kast, 2008, *Der Schatten*, S. 21)

Auffällig finde ich eine kleine Figur, die ohne Rumpf gezeichnet ist und bei der Kopf und Körper nicht verbunden sind. Diese Figur gibt mir Rätsel auf. Bewusst hat Herr G. vermutlich einfach nur eine kleine Person zeichnen wollen. Aber was könnte sie unbewusst bedeuten?

Dass die verschiedenen Selbstanteile bei Herrn G. noch wenig miteinander verbunden sind, dass es noch wenig Integriertes gibt und dass er auch manchmal dazu neigt, kindisch zu handeln, das heißt „kopflös“?

Herr G. malt vorwiegend in den Primärfarben Blau, Rot, Gelb. Gemischte Farben wie Rosa oder Violett kommen überhaupt nicht vor, jedoch enthält Braun ja bekanntlich alle Farben. Mir scheint in Falle von Herrn G. auch dieses ist ein Hinweis, dass seine Psyche noch wenig differenziert ist.

Die meisten Bilder des Patienten weisen eine *Zeilenstruktur* auf, d.h. die Bewegungsrichtung ist waagrecht. Kunsttherapeuten interpretieren die Zeilenstruktur im Sinne von Bewegung in eine bestimmte Richtung, oft auch ressourcenorientiert.

Senkrechte Linien können Hinweise auf Blockaden sein. Nun malte Herr G. den Kölner Dom oft sehr wuchtig, sowohl breit als auch in die Höhe ragend. Was könnte das bedeuten? Der „Dom“ etwa als Hindernis für die persönliche Weiterentwicklung des Patienten? Wenn dieser fantasierte Dom auch eine zu starke Muttergebundenheit des Patienten repräsentiert, die nicht mehr altersgemäß ist, dann könne man dieses Symbol durchaus so interpretieren. Doch wie wir gleich sehen werden, wandelt sich dieses Symbol ja.

Bild 1



„Ich möchte den wahren Michael kennenlernen!“ sagte der Patient im Aufnahmegespräch.

Die beiden Figuren reichen sich die Hand. Es ist, als ahnte der Vierundzwanzigjährige etwas von den verschiedenen Seiten in sich, von Ambivalenzen, von der Möglichkeit, dauerhaft zu scheitern oder aber durch einen Neuanfang, durch Neues anfangen, eine Richtungsänderung in seinem Leben erreichen zu können.

Im Behandlungsverlauf wird der Patient mit seinem Anderssein konfrontiert, er kommt zunächst mit seiner mangelnden Abgrenzungsfähigkeit in Berührung, später gelingen ihm die Kontaktaufnahme und Gespräche und er fühlt sich der Stationsgruppe zugehörig. Der Himmel hinter dem „Kölner Dom“, so wie Herr G. die in die Bilder hinein gemalte Kirche bezeichnete, erscheint hier vor dem Hintergrund eines geröteten Himmels, vielleicht das Morgenrot, das einen neuen Tag, das Neuerung überhaupt ankündigt.

Nachdenklich stimmen können diese beiden Figuren auch, wenn wir sie mit dem sog. „Doppelgängermotiv“ assoziieren. Otto Rank legte 1929 zum Doppelgängermotiv eine Studie vor. Der sog. „Doppelgänger“ lässt sich auch als Abwehrform begreifen, d.h., was vom bewussten Ich nicht akzeptiert werden kann, wird abgespalten. Wegen der Spaltung hat das eine bewusste Ich keine Kenntnis vom anderen unbewussten Ich und fühlt sich daher auch nicht dafür verantwortlich. Falls Herr G. früher seine dunklen Taten abgespalten hätte, so war ihm das nach Aufdecken seines Betrugs nicht mehr möglich. Er stand an der Schwelle zur Übernahme von Eigenverantwortung.

Bild 2



Eine bestimmende Zukunftsfantasie des Patienten war es, dass er sich seine persönliche Zukunft in Köln am Rhein aufbauen wollte. Diese Zukunftsfantasie hatte durchaus reale Aspekte, an die der Patient anknüpfen konnte, so etwa, dass er bereits an ein medizinisches Zentrum in Köln angebunden war. Es sieht bewegt aus auf diesem Bild, der Kölner Dom ist groß und mächtig gemalt, auffällig, dass Dom und die Figuren umrundende Linie, so als betone sie beides, so als brauche und möchte der Patient beides: den Rückhalt durch das Mütterliche und die Zugehörigkeit zur Peergroup. Der Patient, möchte seinen Weg nicht allein gehen, sondern mit anderen. Und es wirkt ein bisschen so, als stelle er einen Verbindung her: „Guck mal Mutter, das sind meine neuen Freunde!“ Es ist viel Bewegung im Bild: „Sonne, Wolken, Schnee und Regen, ziehen über uns dahin, um uns blühet Gottes Segen und wir stehen mittendrin!“ Dieser Vers aus einem Volkslied fiel mir ein, als ich dieses Bild betrachtete.

Bild 3



Jeder, der auf einer Station arbeitet, auf der vorwiegend Patienten mit strukturellen Störungen behandelt werden, wird die Phase kennen, in der Patienten sich so geben, als befänden sie sich in einem Ferienlager. Die Patienten werden in der Gruppe und als Gruppe zunehmend aktiver und wollen in eigener Regie und miteinander ihren Aufenthalt gestalten – auch unabhängig davon, was die Therapeuten davon halten mögen. Auch beim Patienten nehmen die Fantasien gemeinsam gestalteter Freizeit breiten Raum ein, bei ihm nicht nur auf die Freizeitaktivitäten der Stationsgruppe bezogen, sondern auch vorwegnehmend, einen potentiellen Kölner Freundeskreis fantasierend. Auffällig, wie groß der Dom gezeichnet ist, doch er wirkt freundlicher als noch im vorherigen Bild. Er hat eine Türe und Fenster. Es ist, als könne sich der mütterliche Raum, der intrapsychische Raum überhaupt öffnen. Und die „Figuren“ erlauben sich ausgelassene Lebensfreude, der Patient sprach von Tanzen und auch Relaxen.

Bild 4



Zum ersten Mal wird der Kölner Dom kleiner gezeichnet, er tritt in den Hintergrund und wird am rechten äußeren Bildrand platziert, während die Figuren groß und in den Vordergrund gezeichnet werden, sie tanzen, eine sitzt, eine liegt und baumelt mit den Beinen, die anderen gehen ins Wasser. Als neues Symbol taucht ein weißes Schiff auf. Der Dampf des Schiffes verrät die Bewegungsrichtung, das Lebensschiffchen bewegt sich von der haltenden Mutter weg, wenn wir den Dom als mütterliches Symbol verstehen. Das Schiff ist im christlichen Kontext auch ein mütterliches Symbol, im Adventslied: „Es kommt ein Schiff geladen“ steht das Schiff für Maria, die das Jesuskind trägt. Das Kind als solches ist ein Symbol für das Neue. Und das wünscht sich der Patient ja, dass er gleichsam neu geboren werde in sein Leben hinein, das gelingen möge. Eine neue Farbe taucht auf: Grün, das wir allgemein mit Leben und Hoffnung verbinden. Insgesamt wirkt das Bild sehr bewegt.

Aus der Diskussion: auffällig ist in diesem und auch anderen Bildern, die Figur, deren Körper wie ein „x“ gezeichnet wird. Ein Teilnehmer assoziierte hierzu, dass das „x“ ja auch die, der oder das Unbekannte ausdrücke. Auch in dieser Gestaltung könnte sich also die noch nicht gefundene Identität des Patienten ausdrücken.

Bild 5



Die Figur im Bild hat etwas freudig vorwärts Drängendes. Sie hat es offenbar eilig in der neuen Stadt anzukommen. Der Kölner Dom ist links im Bild gezeichnet, was im ersten Augenblick paradox anmutet. Der reale Kölner Dom befindet sich in Köln, in der Stadt, in der der Patient sein neues Leben aufbauen will. Möglicherweise kann er aber bereits die zu starke Muttergebundenheit schon etwas hinter sich lassen, er könnte sich, wie das kleine Kind, in der sog Wiederannäherungsphase nach Mahler, im Notfall zurückwenden. In der Behandlung setzt sich der Patient mit beruflichen Möglichkeiten auseinander. Dabei befeuern die Kollegen der Peergroup eine Berufsidee, bei der die „vernünftigen Therapeuten“ ein Fragezeichen dahinter setzen.

Bild 6



Eine Therapiephase, in der der Patient sich wohlfühlt, das Leben genießt, er sich daran erinnert, dass er früher Radiosprecher werden wollte. In dieser Zeit findet er es langweilig sein Leben lang „Pullöverchen verkaufen“ zu sollen, um seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Narzisstische Größenfantasien gewinnen die Oberhand befeuert vom unkritischen Beifall seiner Kollegen.

Bild 7



Doch es bleibt nicht bei der narzisstischen Schwärmerei. Auch für den Patienten kommt die Phase, in der er ernsthaft initiativ wird, was seinen Lebensentwurf angeht und dafür auch Verantwortung übernimmt. Er sucht die Sozialarbeiterin auf, um realistische Möglichkeiten seiner beruflichen Ausbildung zu besprechen. Er wendet sich vom Berufswunsch des Apothekers ab, ein Berufsbild, mit dem er intrapsychisch stark mit der Lebensgeschichte seiner Mutter verbunden geblieben wäre, der Einzelhandelskaufmann stellt sich als realistische Möglichkeit heraus. Er scheint zu ahnen, dass sein Weg nicht leicht werden wird, freilich übt die laute Unbeschwertheit seiner Kollegen noch eine starke Anziehungskraft auf

ihn aus. Die „Sturm- und Drangphase“ ist noch nicht beendet. Er stellt sich jedoch außerhalb der Gruppe dar.

Bild 8



Bei aller Bedrohlichkeit, die das Leben und die darin enthaltenen Realitätsanforderungen haben mögen, fantasiert der Patient doch auch eine ausgleichende, wärmende Welt. Er platziert und zentriert seine Freunde um ein Lagerfeuer, das wärmt. Einige tanzen, zwei wärmen sich am Feuer, die beiden sitzenden Figuren sind einander zugewandt, als ließe sich da auch etwas integrieren. Und der kleine Hund ist ins Bild geholt. In der realen Situation hatte der sich von seinem Hund, einer seiner „Bezugspersonen“, wie der Patient es nannte, trennen müssen, hier holt er sich in der Fantasie zurück, was ihm genommen wurde. Im Feuer scheint mir auch etwas wärmend Mütterliches verborgen. Die Mutter wird oft am Herdfeuer „verortet“.

Zusammenfassung

Fassen wir noch einmal die möglichen Bedeutungen und den Bedeutungswandel des Kölner Doms in der Bildfolge zusammen:

- Als Übergangsobjekt, das Halt gibt und tröstet
- Als Zeichen „ich vergesse dich nicht“ oder auch „wir vergessen einander nicht“
- Als Wunsch „Möge mein neues Leben gut werden und möge ich deinen Segen dazu haben“
- Als Ausgleich für Schuldgefühle: ich bin auch sauer auf dich, dass ich mich solange um dich kümmern musste
- Als Ort des vorübergehenden Zurückkommenkönnens ähnlich wie in der Trennungs- und Wiederannäherungsphase eines kleinen Kindes und dies
- Als notwendiges „Sprungbrett“ das Eigene zu suchen, zu erkunden und leben zu dürfen
- Als Großes, Mächtiges, das birgt und schützt...
- Vielleicht auch manchmal bedroht
- Als Ort, an dem Geburt und Tod, Anfang und Ende eines Lebens sich berühren

- Als Ort, an der der Patient ein Zeichen seines Wohlwollens auch für die Mutter setzen kann
- Als Ort der „Versöhnung“
- Als Ort, wo sich „Himmel“ (da wo die Mutter ist) und „Erde“, da wo der Patient seinen Weg weitergeht, mit anderen, mit neuen Ideen, mit Freude...weitergeht
- Als Ort, wo selbst der Patient, als kaum religiös vorgeprägter Mensch, eine Ahnung vom Transzendenten erfahren kann.

Grundlegende Gedanken

Herr G. stammte aus einer Familie, in dem eine religiöse Tradition nicht gepflegt wurde. Während seiner stationären Behandlung verwendet der Patient eine bildnerische Gestaltung, die sich als Symbol verstehen lässt. Der Kölner Dom als Raum für das Mütterlich-Haltgebende und Mütterlich-Bergende. Ein Symbol, das für religiös orientierte Menschen eben auch dem religiösen Erleben zugeordnet ist. Erst einmal geht es um psychische Phänomene, die sich auch ohne Bezugnahme auf religiöses Erleben erklären lassen. Dass aber Menschen bei krisenhaften Zuspitzungen in ihren Lebensverläufen und bei ernsthaftem Bemühen um einen Neuanfang in die Nähe des Religiösen kommen und sich nach übergreifendem Halt und tragendem Grund sehen, dürfte nicht zufällig sein. Umgekehrt dürfte das Erleben der Mutter-Kind-Beziehung eine mögliche wesentliche Größe dessen sein, wie sich im Heranwachsenden und beim Erwachsenen religiöses Erleben ausformt. Beides freilich sind Themenkreise, die wir hier nicht erschöpfend behandeln können.

Herr G. jedenfalls suchte sich in einer schwierigen Lebensphase ein Symbol, den Kölner Dom und dachte sich ein Ritual aus (ein Licht im Gedenken an die Mutter anzuzünden), das ihm offenbar half, diese schwierige Zeit durchzustehen und persönliche Entwicklung einerseits zu mehr Autonomie, andererseits aber auch zu differenzierter, authentischer Beziehungsgestaltung ermöglichte. Sicherlich erlauben die Bilder noch weitere und andere Interpretationen.

Möge mein Vortrag zum Nachdenken in die eine oder andere Richtung beigetragen haben.

Literatur

Kast, Verena (5. Aufl. 2008) Der Schatten in uns. Die subversive Lebenskraft. München: dtv

Mahler, Margaret S. (Oktober 1990). Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Die Entwicklung des Kindes aus neuer Sicht. Frankfurt am Main: Fischer

Rank, Otto (2015 Nachdruck des historischen Buches von 1929) Der Doppelgänger. Eine psychoanalytische Studie. Treuchtlingen: Literaricon.

Ruff, Wilfried. Leikert, Sebastian (1999) Therapieverläufe im stationären Setting: eine psychoanalytische Untersuchung zur Prozessqualität.
Gießen: Psychosozial-Verlag. Daraus besonders: Kapitel 5: Therapieverläufe bei strukturellen Störungen.

Schmeer, Gisela (4. Aufl. 2007) Das Ich im Bild. Ein psychodynamischer Ansatz in der Kunsttherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Schmeer, Gisela (2. Aufl. 2006) Krisen auf dem Lebensweg. Psychoanalytisch-systemische Kunsttherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Verfasserin: Monika Lucia Fuchs (Dipl. – Psychologin)