

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

**DIE AUSWIRKUNG DER KUNSTTHERAPIE AUF  
DAS KÖRPERLICHE UND EMOTIONALE  
BEFINDEN DER PATIENTEN -  
EINE QUANTITATIVE UND QUALITATIVE ANALYSE**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von  
Daniel Marc Plecity  
aus Ulm

2006

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Peter Novak

Tag der Promotion: 23.11.2006

**Inhaltsverzeichnis**

Abkürzungsverzeichnis: .....	5
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>6</b>
1.1 Geschichte und Entwicklung der Kunsttherapie .....	7
1.2. Kunsttherapie in der Psychosomatischen Tagesklinik .....	9
1.3. Forschung in der Kunsttherapie .....	11
1.4. Probleme bei Forschungsarbeiten in der Kunsttherapie.....	15
1.5. Fragestellung .....	18
<b>2. Material und Methode .....</b>	<b>19</b>
2.1. Untersuchungsinstrumente und ihre Anwendung .....	19
2.2. Durchführung der Studie .....	20
2.3. Entwicklung des Interview-Kategorienformulars .....	22
2.4. Beschreibung der Kategorien .....	26
2.5. Patientenkollektiv .....	27
2.6. Kodierung und Gegenkodierung der Interviews .....	32
2.7. Statistik.....	34
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>35</b>
3.1. Ergebnisse der Fragebögen .....	35
3.2. Ergebnisse der Einzelinterviews .....	39
3.3. Exemplarische Darstellung eines Abschlussinterviews .....	48
3.4. Exkurs Abschlussinterviews .....	55
3.5. Zusammenfassung der Ergebnisse .....	56

<b>4. Diskussion .....</b>	<b>57</b>
4.1. Diskussion der Datenerhebung und Methodik .....	57
4.2. Diskussion der Ergebnisse .....	60
4.3. Ausblick auf weitere Forschung.....	66
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>68</b>
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>70</b>
<b>7. Anhang: .....</b>	<b>77</b>
7.1. Interviewleitfaden.....	78
7.2. Anschreiben zu Rücküberprüfung des Kategoriensystems .....	79
7.3. Interview- Kategorienformular Version 1.4.....	80
7.4. Interview- Kategorienformular Version 2.0.....	81
7.5. Patienten- Fragebogen POMS (Profile of Mood States).....	82
7.6. Patienten- Fragebogen B-L (Beschwerde-Liste).....	83
7.7. Abschlussinterview von Herr P.....	84
7.8. Wochenplan der Psychosomatischen Tagesklinik .....	87
<b>8. Danksagung.....</b>	<b>88</b>
<b>9. Lebenslauf.....</b>	<b>89</b>

**Abkürzungsverzeichnis:**

Abb.	Abbildung
ASTS	Aktuelle Stimmungsskala
B-L	Beschwerden-Liste
B-L'	Parallellform der Beschwerden-Liste
HO	Skala Hoffnungslosigkeit
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Revision)
I	Interviewer
ID	Patienten- Identifikationsnummer
Int.	Interview
M	Mittelwert
MD	Mini Disc
MÜ	Skala Müdigkeit
n	Patientenzahl
Nr.	Nummer
P	Patient
PO	Skala Positive Stimmung
POMS	Profile of Mood States
PTK	Psychosomatische Tagesklinik
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
TR	Skala Trauer
V.	Version
VAS	Visuelle Analogskalen
ZO	Skala Zorn

## **1. Einleitung**

Die Kunsttherapie als spezielle psychotherapeutische Behandlungsform wird in Krankenhäusern noch nicht lange eingesetzt. Stand diese Art von Therapieform vor allem in der Psychiatrie im Vordergrund, so wurde man im Verlauf des letzten Jahrhunderts auch in anderen Gebieten auf die Kunsttherapie aufmerksam. Die Anwendung heutzutage wird in der Geriatrie, der Onkologie, in Rehabilitationszentren, oder durchaus auch auf unterschiedlichen Stationen eines Akutkrankenhauses durchgeführt (Henn, 2004). Auch in psychosomatischen Tagesklinken wird vermehrt Kunsttherapie angewendet.

„Nichts steht der Medizin als Wissenschaft so fremd gegenüber wie die Kunst und ihre Ausübung“ (Steinbauer und Taucher, 1992). Die Grundlagen der Medizin als Wissenschaft - so meinen die meisten Mediziner als auch Patienten- sind die Grundlagen der Naturwissenschaft, der Physik und Chemie, der Physiologie und physiologischen Chemie.

Die Anforderung, die an eine Therapieform in der heutigen Medizin gestellt wird, ist klar definiert. Auf der einen Seite sollte die Therapieform wirksam sein, auf der anderen Seite sollte eine wissenschaftliche Evaluation möglich sein. Erfahrungen zeigen, dass die Kunsttherapie Wirkung zeigt (Petersen, 1990; Saunders und Saunders, 2000). In der Kunsttherapie können beispielsweise Probleme in Bildern ausgedrückt und mitgeteilt werden (Rosenkranz et al., 1992). In der kreativen Gestaltung entsteht ein „begreifbares“ Gegenüber, das einer Reflexion und Bearbeitung zugänglich ist (Jacob, 1992). Das Malen an sich ermöglicht es eigene Fähigkeiten und Ressourcen zu erkennen und führt somit zu einer Stärkung des Ichs und verbessertem Selbstwertgefühl.

Kunsttherapie kann durch Erkennen von Problemen und Ressourcen zu emotionaler Entlastung führen, die wiederum förderlich für die Genesung von (psycho-)somatischen Erkrankung ist (Gruber et al., 2000).

Wie kann man dieses Verfahren erforschen? Es gibt im Allgemeinen zwei Vorgehensweisen in der Forschung - quantitativ oder qualitativ. „In der neueren Literatur wird einmütig mehr kunsttherapeutische Forschung gefordert, vor allem in Form empirischer Untersuchungen, die bislang nur vereinzelt durchgeführt wurden“ (Gruber et al., 1998). Insgesamt liegen nur wenige empirische Arbeiten auf diesem Gebiet vor. Die hier vorgestellte Forschungsarbeit hat den Anspruch beide Ansätze einzuschließen. Einerseits die quantitative Seite in Form von

standardisierten Fragebögen, andererseits die qualitative Inhaltsanalyse in Form von Patienteninterviews. Ziel dieser Arbeit ist die Erforschung der kurzfristigen Wirksamkeit und das Erleben der Kunsttherapie aus Sicht der Patienten. Wichtig erschien uns die Abklärung des emotionalen, aber auch körperlichen Befindens der Patienten vor und nach der Kunsttherapie. Mein persönlicher Zugang zu den Vorüberlegungen war ein dreimonatiges Praktikum an der Psychosomatischen Tagesklinik in Ulm (PTK), in dem ich Wissen zum Forschungsgegenstand sammeln konnte.

Ich werde auf die Geschichte und Entwicklung der Kunsttherapie, zu der Anwendung in unserem speziellen Fall an der psychosomatischen Tagesklinik der Universität Ulm bis zu den allgemeinen Instrumenten und dem Vorgehen in der Kunsttherapieforschung eingehen. Anschließend werde ich kurz die Probleme bei Forschungsarbeiten in der Kunsttherapie erläutern.

### **1.1 Geschichte und Entwicklung der Kunsttherapie**

Die Diskussion über den Einfluss der Kunst auf die Gesundheit begann erst im 19. Jahrhundert. Therapeutische Bemerkungen wurden bis zu diesem Zeitpunkt lediglich auf eine ästhetische Theorie bezogen. Bereits im Jahre 1486 notierte Alberti: „Menschen, die an Fieber leiden, werden durch die Betrachtung gemalter Brunnen, Flüsse und fließender Bäche Linderung empfinden ...“ (Günter, 1989).

Wichtige Bestandteile der damaligen Therapie psychiatrischer Erkrankungen waren die Selbstdisziplin und Arbeit. Somit wurden verschiedene Tätigkeiten wie Garten- und Hausarbeit, aber auch das Malen herangezogen, um schädlicher Langweile und Trägheit vorzubeugen und die Kranken aus ihrer Isolation herauszuholen.

Anfang des letzten Jahrhunderts entstanden dann die ersten künstlerischen Werkstätten in privaten Krankenhäusern, jedoch konnten nicht alle Patienten zu körperlicher Arbeit bewegt werden. Besonders die privaten Patienten konnte kaum von den therapeutischen Vorteilen der einfachen körperlichen Arbeit überzeugt werden - so erwies sich die Kunst als gute Alternative.

Eine wichtige Voraussetzung für die Entstehung der Kunsttherapie bestand darin, dass in Europa zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Behandlung von psychisch Kranken in den sogenannten 'Heilanstalten' zunehmend mehr auch auf die Bedürfnisse der Patienten

ausgerichtet wurde. Musische Betätigungen wurden in privaten Anstalten unter therapeutischen Gesichtspunkten eingesetzt, so dass im frühen 20. Jahrhundert die ersten Kunstateliers entstanden. Sie konnten von den Patienten zum freien Malen, Zeichnen und Gestalten genutzt werden.

Parallel zu dieser Entwicklung erwachte gegen Ende des 19. Jahrhunderts das Interesse an der Bilderei von Geisteskranken. Hierbei standen jedoch psychopathologische und diagnostische Aspekte im Vordergrund. Es wurden noch keine Rückschlüsse für eine therapeutische Verwertbarkeit dieser Gestaltungen gezogen.

Nach dem Ersten Weltkrieg war die Situation für psychiatrische Patienten denkbar schlecht. Statt einer Behandlung wurden die Kranken weggeschlossen, bewacht und lebten in überfüllten Anstalten. Mit der Gründung der „mental hygiene movement“ wurde versucht die Missstände zu bekämpfen. Die Patienten sollten individueller behandelt werden und der Schwerpunkt wurde mehr in Richtung der psychotherapeutischen Behandlung verlagert.

In den folgenden Jahren beschäftigen sich Forscher Jungscher Prägung im Rahmen ambulanter Therapien mit Zeichnungen und deren Wirkung. C.G. Jung konnte zeigen, dass Bilder zum Verständnis des Patienten und zur jeweiligen Behandlung beitragen. Das Gestalten rückte zunehmend mehr in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses.

Als Pioniere der Kunsttherapie können Margaret Naumburg und Edith Kramer angesehen werden. Beide sind stark von der Psychoanalyse geprägt, entwickelten jedoch zwei unterschiedliche Ansätze der Kunsttherapie. M. Naumburg verwendete 1941 erstmals den Begriff „Kunsttherapie“, sie nutzte das Medium Kunst in erster Linie zu diagnostischen und projektiven Zwecken. Sie übertrug in ihrer „dynamisch orientierten Kunsttherapie“ die klassisch psychoanalytische Vorgehensweise auf den Einsatz von kreativen Mitteln. Die Patienten durften spontan gestalten und frei assoziieren. Naumburg verwendete die Gestaltungen als „Tor“ zum Unbewussten.

Bei Edith Kramer hingegen spielt das eigene kreative Schaffen des Therapeuten eine wesentliche Rolle. Sie verband in ihrem kunsttherapeutischen Ansatz ihre Erfahrungen als Erzieherin und praktizierende Künstlerin mit ihren psychoanalytischen Kenntnissen. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen der schöpferische Prozess und das psychoanalytische Konzept der Sublimierung. Es geht ihr jedoch nicht um die Deutung und Bewusstmachung unbewusster Prozesse, sondern um die "Stützung des Ichs, die Förderung des Gefühls der persönlichen

Identität und der Reifungsprozesse im allgemeinen" (Kramer, 1991). Kramer schreibt der Kunst an sich eine heilende Wirkung zu. (zitiert nach Baukus, Biniek, Dannecker, Domma)

Prinzhorn (1922) versuchte anhand Bildern von Geisteskranken Rückschlüsse auf die psychologischen Prozesse zu ziehen und Bilder als Zugang zur Psyche des Erkrankten zu nutzen.

Die ersten therapeutischen Kunstateliers existieren seit Mitte der 30er Jahre in psychiatrischen Kliniken. Der Schwerpunkt lag zunächst in den U.S.A und Großbritannien. Der Ansatzpunkt der psychoanalytisch orientierten Einrichtungen war folgender: die Kunsttherapie ermöglicht den Zugang zum Patienten, Zugang zu Unbewusstem. Außerdem ermöglicht die Gruppentherapie das Erlernen sozialer Kompetenzen.

Als Konsequenz aus dieser Entwicklung distanzierte sich die kunsttherapeutische Bewegung von der Beschäftigungstherapie und erkannte die Möglichkeit vom Erlernen sozialer Kompetenzen und Reintegration der Patienten in die Gesellschaft durch diese Therapieform.

Ein Rückschlag wurde durch die Zunahme der medikamentösen Therapien in den 50er Jahren verzeichnet- die Möglichkeit durch Zeichnungen einen Zugang zur Seele des Patienten zu gewinnen wurde dadurch verbaut. Die Kunsttherapie trat in den Hintergrund.

Die letzten Jahrzehnte aber zeigen, dass die Kunsttherapie im Augenblick einen enormen Aufschwung erlebt. Dies ist nicht zuletzt auf die Rückbesinnung auf erlebnis- und handlungsorientierte Verfahren zurückzuführen.

### **1.2. Kunsttherapie in der Psychosomatischen Tagesklinik**

Die Psychosomatische Tagesklinik Ulm (im weiteren PTK) wurde gegen Ende des Jahres 2001 mit neun Behandlungsplätzen eröffnet. Durch ein interdisziplinäres Therapeutenteam, bestehend aus Ärzten, Diplom-Psychologen, Krankenschwestern, Kunst- und Musiktherapeuten, besteht für die Patienten ein vielseitiges Therapieangebot von Einzel- und Gruppentherapien (siehe Wochenplan im Anhang). In der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von sechs bis acht Wochen werden vor allem depressive und essgestörte Personen, sowie Personen mit Persönlichkeits-, Anpassungs- und somatoformen Störungen behandelt. Das Angebot entspricht dem einer stationären psychosomatischen Behandlung.

Die Kunsttherapie wurde während der Datenerhebung dieser Forschungsarbeit von zwei Kunsttherapeutinnen durchgeführt. Die Kunsttherapie fand zweimal pro Woche (Mittwoch und Freitag, je 90 Minuten) statt. Sie wurde als Gruppentherapieverfahren eingesetzt.

Die Kunsttherapie in der PTK erfolgt in Anlehnung an Riedel (1992). Die Ziele der analytischen Kunsttherapie konzentrieren sich primär auf ein schrittweises Entdecken, Bewusstmachen und Gestalten der unbewussten Inhalte. Der Patient hat durch seine gestalterische Tätigkeit die Möglichkeit zu seinen Gefühlen in Kontakt zu treten und sie auszudrücken, auch wenn sie unangenehmer oder bedrohlicher Art sind. Gleichzeitig wird der Umgang mit der Krankheit erlernt; vorhandene Ängste können wahrgenommen und bearbeitet werden.

Der Ablauf der Therapie wird nach einem festen Schema durchgeführt. Es wird stets der selbe Raum ausgewählt. Den Patienten wurde ein Thema vorgeschlagen, nach welchen Sie malen konnten- aber nicht mussten. Dieses Vorgehen dient vor allem bei neuen Patienten die Hemmschwelle vor dem Malen an sich zu senken. Die Patienten können zwischen Wachs-, Holz-, Wasser-, oder Aquarellfarben sowie Kohle wählen. Es gibt alle Papiergrößen. Die Patienten sitzen an einem großen Tisch, die Platzwahl ist frei. Am Kopfende des Tisches sitzt die Kunsttherapeutin. Während der Kunsttherapiestunde sollte eine ruhige Atmosphäre herrschen. Am Ende berichtet jeder Patient über das erstellte Bild und es werden einerseits Fragen aber auch Anregungen von der Therapeutin formuliert. Die Gruppe kann sich zu den Bildern der Mitpatienten äußern, allerdings behält die Therapeutin zu jeder Zeit die Leitung der Gruppe und interveniert bei Bedarf.

„Unter Mithilfe von Gruppeneinfällen vermag der Patient verschiedene Aspekte von Bildinhalten als für sich stimmig anzunehmen; er vermag dann unbewusst gemalte Bilddetails in Zusammenhang mit persönlichen Gefühlen bringen“. (Jörg Baumann, 1994). Es soll Bezug zu den aktuellen Lebensproblemen hergestellt werden, wobei das nicht immer der Fall sein muss. Einige Patienten sehen die Kunsttherapie als Entspannung. An der PTK steht die Kunsttherapie in Verbindung mit anderen Psychotherapieformen, wie analytischer Einzeltherapie, Gruppentherapie oder Verhaltenstherapie. Sie steht daher nicht im Mittelpunkt, sondern ergänzt die anderen Therapieformen.

### 1.3. Forschung in der Kunsttherapie

Um eine kunsttherapeutische Forschung zu ermöglichen, ist es notwendig, eine gültige Grundlage an Begrifflichkeit und Methoden zu erarbeiten. „Es bedarf einer fundierten Basis, auf der Vergleichbarkeit und Integration erst sinnvoll möglich wird.“ (Wichelhaus, 1996). Eine Zusammenstellung bislang erzielter Ergebnisse und verwendeter Methoden erscheint sinnvoll, um mögliche Grundlagen zu erarbeiten. Gant schlägt bereits 1986 vor, eine zentrale Stelle einzurichten, die für das Sammeln und Dokumentieren von Bildern zuständig ist, auf die zurückgegriffen werden kann. Die entwickelten Grundlagen sollten der Kunsttherapie angemessen sein. Grundsätzlich unterliegen künstlerische Therapien der Notwendigkeit wissenschaftlicher Begründung und wissenschaftlicher Erforschung. Jedoch sind die Kriterien der Wissenschaftlichkeit für künstlerische Therapien fundamental andere, als die wissenschaftlichen Kriterien für die klassische Medizin und auch für die klassischen Psychotherapien. „Die Beschreibung dieser spezifischen Kriterien ist eine Aufgabe der Zukunft.“ (Petersen, 2000). In der neuen Literatur wird vor allem mehr kunsttherapeutische Forschung in Form empirischer Untersuchungen gefordert, die bislang nur vereinzelt durchgeführt wurden. So wurde z.B. 2006 in der „Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)“ die Studie “The effectiveness of art therapy: does it work?” beschrieben. Diese Studie vergleicht Kunsttherapiestudien der letzten Jahre in einer Arbeit und ermöglicht so zumindest für den englischsprachigen Raum einen Forschungsüberblick. In weiteren Veröffentlichungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum wird dabei eindrücklich auf die Unterschiede sowie auf die Möglichkeiten von qualitativen und quantitativen Methoden verwiesen. „Unter Abwägung ihrer Vor- und Nachteile erscheint demnach eine Kombination beider Methoden am besten für die Forschungsbedürfnisse der Kunsttherapeuten geeignet zu sein.“ (Gruber in Petersen, 2002). „Die wissenschaftliche Erforschung künstlerischer Therapien steckt noch in den Kinderschuhen- und zwar sowohl in Hinsicht auf Forschungskonzepte wie empirische Befunde. Hier sind in den nächsten Jahrzehnten Forschungen im großen Stil notwendig, wollen nicht die künstlerischen Therapien weiterhin ein gesellschaftliches Schattendasein führen“ (Petersen, 2000).

Es wird die Entwicklung eines Verfahrens gefordert das die Wirkung der Kunsttherapie erfasst. „Wir können nicht ermessen, was kunsttherapeutische Maßnahmen bei verschiedenen Krankheiten bewirken, solange wir nicht ein Verfahren ausgearbeitet haben, das uns befähigt, sogenannte negative Wirkungen einer kunsttherapeutischen Maßnahme ebenso sorgfältig zu

registrieren wie die positiven Wirkungen.“ (Jakob, 1992). Die Diskussion darüber, ob bereits der künstlerische Akt selbst oder erst die professionell gelenkte Reflexion seines Ergebnisses den therapeutischen Wandel einleitet, hat bis heute nichts an Aktualität verloren. Es gibt zwar einzelne Arbeiten zur Überprüfung der Effektivität der Kunsttherapie, es bedarf aber noch einiger Arbeiten, um daraus allgemeingültige Schlüsse ziehen zu können. Wichtig für die Zukunft der Forschung in der Kunsttherapie ist die Entwicklung einer allgemein gültigen wissenschaftlichen Grundlage.

### **1.3.1. Mit Patientenbildern prognostizieren oder diagnostizieren**

Günter berichtet, dass bereits im Jahre 1872 Tradieu an der diagnostischen Verwertbarkeit von Zeichnungen Geisteskranker Interesse zeigte (Günter, 1989). Im Jahre 1906 erschien eine Arbeit von Mohr, in der er davon ausging, dass Zeichnungen Rückschlüsse auf psychophysiologische Grundlagen zulassen. Für Réja (1908) stand der positive Aspekt, dass Geistesranke künstlerisch tätig waren, im Vordergrund. Den künstlerischen Arbeiten spricht Réja einen Einblick in das Sein des menschlichen Geistes zu (zitiert nach Günter). Für Prinzhorn (1968) stellen die Bilder einen Zugang zur Psyche des Individuums dar.

Es gibt verschiedene Zeichentests die Bilder benutzen, um mit ihrer Hilfe etwas über die Persönlichkeit oder die Intelligenz einer Person zu erfahren. So gehört zum Beispiel der Baum-Zeichentest nach Koch (1962) zu den thematischen Zeichentests. Hierbei wird der Patient aufgefordert, einen beliebigen Laubbaum zu malen. Die Struktur und Differenzierung des Baumes erlauben nach Erfahrungsschlüsseln Rückschlüsse auf die sich ausdrückende Persönlichkeit oder Krankheit. Allerdings gibt Koch noch folgenden Hinweis: „In Verbindung mit anderen diagnostischen Verfahren liegt der eigentliche Wert. Die Ergebnisse sind nicht nur für sich genommen wertvoll, sondern deshalb auch wichtig, weil sie vielfach Licht in den Bedeutungsinhalt anderer Untersuchungsergebnisse bringen.“ Zu Objektivität und Reliabilität wurden keine Angaben gemacht.

Der Frage, ob Bilder als Indikatoren für die Prognose einer Person fungieren können, wurde von einigen Autoren nachgegangen. Susan Bach (1961) zeigte aufgrund jahrelanger Erfahrung mit Patientenbildern, dass Richtungen im Bildinhalt von Bedeutung sein könnten. So kann z.B. die Linkswendung des Bildinhaltes auf eine Regression, eine Rechtswendung auf einen Gesundungsprozess hinweisen. Sie versuchte (1980, 1990) durch das „Lesen“ und

„Übersetzten“ von Spontanzeichnungen einen Beitrag zur Diagnose, Therapie und Frühprognose geben zu können. Allerdings sind Studien, die diese Hypothesen Bachs empirisch bestätigen, mir nicht bekannt. Sie wurden aber von anderen Therapeuten anhand ihrer Erfahrungen bestätigt. Weiter wurde von Harrower et al. 1975 überprüft, ob es mit Bildern möglich ist, auf spätere Erkrankungen zu schließen.

Teilweise wurden solche Hinweise gefunden, eine empirische Absicherung fehlt aber.

### **1.3.2. Der Versuch Rückschlüsse auf Krankheiten und Krankheitsprozesse zu ziehen**

Man findet eine Reihe von Literatur zur Kunsttherapie die der Frage nachgeht, inwieweit Bilder eine bestimmte Erkrankung oder einen Therapieprozess widerspiegeln. Es gibt zwei Lager: Zum einen die Untersuchungen, die auf der langjährigen Berufserfahrung von Autoren im kunsttherapeutischen Bereich beruhen. Obwohl sie in ihren Artikeln Merkmale der Bilder und ihrer Vorgehensweise schildern, wäre das Wiederholen einer solchen Arbeit für nicht Eingeweihte schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Ich beschreibe dieses Vorgehen als „erfahrungsorientiert subjektiv“. So konnte z.B. Bach (1961) berichten, dass es ihr gelang, richtige Aussagen zur Erkrankung der Patienten zu treffen, denn sie verglich ihre Bildinterpretationen erst nach Abschluss der Interpretation mit der Krankengeschichte. Allerdings müssen diese Art von Bildinterpretationen erfahrenen Therapeuten vorbehalten bleiben. Um die Objektivität und Reliabilität von solchen Berichten zu ermöglichen, bin ich der Meinung, dass die Aussagen zu den Bildern viel systematischer abgefragt werden müssten. Wie häufig erfahrene Therapeuten richtig liegen wird nicht klar, denn es geht aus der beschriebene Arbeit nicht hervor, wie häufig eine richtige Interpretation der Bilder gelang bzw. nicht gelang. Wenn man an dieses Forschungsgebiet wissenschaftlich und nicht klinisch herangehen möchte, ist zu fordern, dass solche Einschätzungen überprüfbar, reliabel und valide sind. „Objektivität ist verletzt, wenn der Forscher sich nur auf seine langjährige Erfahrung beim Befragen beruft, ohne genau angeben zu können, wie er eigentlich vorgeht“ (Bortz und Döring 2001). Es sollte nicht nur der intuitive Prozess sein.

Herrlen-Pelzer et al. (1998) konzipierten eine Pilotstudie mit Kunsttherapie bei 16 Krebspatienten. Die nähere Beschäftigung mit den Bildern der Patienten ließ für sie einen Zusammenhang der Aussage der Bilder mit dem Krankheitsverlauf erkennen. Die Richtlinien für die Bildbetrachtung wurden selbst entwickelt. Es wurden unter anderem spontan assoziierte Titel, Stimmungsqualitäten, Erlebnisgehalt, Themen, Hinweise auf Todesnähe und

Extremsituationen notiert. Diese Bildeigenschaften wurden nicht kategorisch abgefragt. Die Studie macht keine Aussage zur Reliabilität.

Es wird gezeigt, dass Bilder durchaus Diagnosen und Therapieverläufe widerspiegeln können, die Vorgehensweisen sind allerdings wenig objektiv und wenig reliabel. Diese Art von Arbeiten sind aber für weitere Studien sehr wertvoll.

Das andere Lager versucht mittels objektiver Methoden, so zum Beispiel mit Fragebögen, Besonderheiten eines Bildes im Krankheitsverlauf oder bei bestimmten Diagnosen aufzuzeigen. Diese Gruppe werde ich als „systematisch“ bezeichnen. Nach meinen Erkenntnissen liegt der Schwerpunkt hauptsächlich in der systematischen Untersuchung von Bildern. Hierbei wird z.B. das Vorkommen bestimmter Gegenstände (Personen, Blumen, Tieren) oder Stil- und Figurenmerkmale in den Bildern Gesunder und Kranker verglichen. Diese Kriterien allein reichen aber nicht für die Unterscheidung aus. Wadeson konnte 1971 in einer systematischen Studie zeigen, dass sich Bilder depressiver Patienten, die in einer Phase mit stärkeren Depressionen entstanden, in einer Reihe von Bildmerkmalen signifikant von Bildern, die in einer Phase mit schwächeren Depressionen entstanden, unterschieden. Fünf Psychiater sollten die Bildpaare vergleichen und nach vorgegebenen Charakteristika auswerten. Allen Betrachtern war es in sieben Fällen möglich, die Bilder korrekt den Phasen der Depression zuzuordnen. Allerdings beschränkte sich die Studie auf nur ein Krankheitsbild mit markanten Veränderungen. Wie schon die Arbeit von Gruber et. al. (2000), gibt diese Arbeit einen Hinweis darauf, dass Stimmungen in Bildern ihren Ausdruck finden und für Außenstehende erkennbar sind. Über die Jahre wurden verschiedene Skalen zur Beurteilung von Patientenbildern entwickelt. So z.B. die „Diagnostic Drawing Series“ (DDS) von Cohen et al. (1988), die „Sheppard Pratt Rating Scale“ (SPAR) von Bergland und Gonzalez (1993), die „Diagnostic Assessment of Psychiatric Art“ (DAPA) von Hacking et al. (1996) oder die „Nürtinger Beurteilungsskala“ (NBS) von Elbing und Hacking (2001). Die vorliegenden Messinstrumente sind aber noch relativ uneinheitlich. Hinzu kommt, dass die Messinstrumente immer nur von kleinen, an den Umgang mit Bildmaterial gewöhnten Beurteilergruppe eingesetzt wurden. Es fehlt die einheitliche Grundlage.

Trotz der langen Tradition von künstlerischen Therapieverfahren gibt es nur wenige Studien, die den Fokus nicht auf das Produkt (das Bild), sondern den Patienten richten. Harald Gruber veröffentlicht in seinem Buch eine Studie mit dem Titel „Effekte kunsttherapeutischer Interventionen auf die Befindlichkeit von Krebspatienten“ (Henn und Gruber, 2004). Hier

beschreibt er eine kontrollierte Pilotstudie zur Wirksamkeit kunsttherapeutischer Intervention bei Krebspatienten in einem Akutkrankenhaus. Es wurde untersucht in wie weit die Intervention einen Einfluss haben auf Symptome, Stimmung und die Krankheitsbewältigung der Patienten. Hierfür wurden die Patienten jeweils vor und nach der einzelnen Sitzung mittels POMS (Profile of Mood States) und zehn VAS (visuellen Analogskalen) erhoben. Für die Ergebnisse aus den Fragebögen ist ein positiver Trend über die Zeit ersichtlich, der sich aber in der visuellen Analogskala nicht im selben Maße findet. Gruber kommt zu dem Entschluss, dass Kunsttherapie trotz der kleinen Fallzahl von 21 Patienten, für eine bestimmte Gruppe von Patienten eine kurzfristige wirkungsvolle Intervention darstellt.

Wir möchten an diesen Punkt anknüpfen und die Kunsttherapie in der Psychosomatischen Tagesklinik beleuchten. Wir werden versuchen das körperliche als auch das emotionale Befinden der Patienten mit standardisierten Fragebögen abzugreifen. Darüber hinaus werden wir mittels eines entwickelten Fragebogens den Effekt der Kunsttherapie erforschen. Outcomestudien, in denen die Wirkung von Kunsttherapie z.B. auf die Psychopathologie von Patienten untersucht wurde, fehlen bisher.

### **1.4. Probleme bei Forschungsarbeiten in der Kunsttherapie**

Kunsttherapeutische Forschung ist im Vergleich zu vielen anderen Wissenschaftsbereichen eine junge Disziplin. Kriterien, die für wissenschaftliches Arbeiten in der Medizin gültig sind, lassen sich nicht einfach auf Arbeiten in der Kunsttherapie übertragen. Was für wissenschaftliches Arbeiten gefordert wird ist Objektivität und Reproduzierbarkeit.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Kunsttherapie positiv auf den Verlauf von Krankheiten wirkt. Im Prinzip wäre es denkbar, dass das Instrumentarium der Psychotherapieforschung auch bei der Kunsttherapieforschung eingesetzt werden kann. Bis jetzt hat dies aber noch keiner objektiviert.

Untersucht man die Wirkung kunsttherapeutischen Arbeitens, so ist aufgrund der Individualität eines Menschen auch der Vorgang an sich nicht reproduzierbar. Die Nichtreproduzierbarkeit gilt für einige Bereiche der Medizin, nicht nur für die Kunsttherapie, so zum Beispiel auch für die Chirurgie. Aus diesem Grund müssen andere Forschungskriterien gefunden werden.

Die große Stärke der Kunsttherapie liegt in der individuellen Behandlung des Patienten. Wenn man diese Behandlung allerdings als standardisiertes Experiment durchführen wollte, ginge damit genau diese wertvolle Eigenschaft verloren. „Therapie wird (...) verschoben auf ein objektivistisch – reduktionistisch – anonymes Gleis, wie es der Typus des standardisierten medizinischen Doppelblindversuches mit Randomisation ist. Objektivismus, Reduktionismus, Ausschaltung der Person, Ausschaltung der Beziehung kennzeichnen das medizinische System der Gegenwart...“ (Petersen, 1999).

Es gibt Wege, psychische Phänomene zu objektivieren. Aufgabe der Forschung in der Kunsttherapie wird es nun sein, Wege zu finden, die dem Wesen der Kunsttherapie entsprechen und nicht zur „Ausschaltung der Person“ (Petersen, 2002) führen.

Wissenschaftliche Arbeiten befassen sich seit dem letzten Jahrhundert mit der Frage, ob es mit Hilfe eines Bildes möglich ist, die Diagnose eines bestimmten Patienten zu bestimmen. Das prinzipielle Problem bei den Ergebnissen ist, dass die Untersucher mit unterschiedlichen Verfahren arbeiten, so dass die Ergebnisse nicht vergleichbar sind. Sie sind nicht standardisiert und nicht reliabel. „In Ermangelung verbindlicher Grundlagen vermittelt die seitdem geführte Diskussion, wobei die genannten Hypothesen anhand des vom jeweiligen Autor ausgewählten Bildmaterials ausgebaut, modifiziert oder relativiert wurden, über weite Strecken den Eindruck eines letztendlich unverbindlichen, mehr oder weniger respektvollen Nebeneinander der verschiedenen Auffassungen bzw. ihrer Vertreter.“ (Hillert, 1994). Weiter heißt es im Text: „Dass die Adaptation anderweitig entwickelter Methoden auf die betreffende Fragestellung prinzipielle Probleme aufwerfen könnte, wurde in aller Regel ebenso wenig reflektiert, wie die Grenzen der Übertragbarkeit bzw. Generalisierbarkeit der gewonnen Aussagen.“ (Hillert, 1994).

Künstlerische Therapien haben verschiedene Bezugsdisziplinen- Pädagogik, Psychotherapie und Kunst sind Beispiele dafür. Jede Disziplin hat wieder eigene Schwerpunkte bei wissenschaftlichen Arbeiten, die das Bilden einer gemeinsamen Arbeitsebene weiter erschweren und das „Nebeneinander“ der Therapien nur noch verstärken.

Das zentrale Problem wissenschaftlichen Arbeitens in der Kunsttherapie ist die Übertragung der naturwissenschaftlich anerkannten Methoden, wenn man dem Wesen der Kunsttherapie gerecht werden will. Erschwerend dazu kommt, dass die in der klassischen Medizin gültigen

wissenschaftlichen Kriterien nicht ohne weiteres auf die Arbeit in den künstlerischen Therapien übertragen werden kann. Es werden von den Forschern Vorgehensweisen angewandt die meist auf den eigenen Erfahrungen basieren. Versucht man Außenstehende in diese Verfahren einzulernen, werden nicht annähernd so gute Ergebnisse erzielt wie vom Forscher selbst. Ein erschwerender Aspekt sind verschiedene Ziele der Kunsttherapie. So kann z.B. die Ablenkung ein Ziel sein, ein anderes Ziel ist die psychischen Probleme zu vertiefen und somit direkt anzugehen. Im Klinischen wird diese Therapieform noch den nicht so anstrengenden Therapien zugeordnet. Die Kunsttherapie ist wenig operationalisiert, nicht standardisiert, sondern eher intuitiv. Das Problem ist die Reproduzierbarkeit - es fehlen allgemeingültige Kriterien.

Unser Anspruch an diese Arbeit ist es sowohl qualitative, als auch quantitative Forschung in der Kunsttherapie zu vereinen. Wir erhoffen uns dadurch Rückschlüsse auf die Therapieform an sich zu bekommen.

### 1.5. Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit sollten folgende Fragestellungen beurteilt werden:

- 1.) Welche kurzfristigen Auswirkungen hat die Kunsttherapie auf das körperliche Befinden der Patienten? Eine Erhebung jeweils vor und nach der Therapiestunde mittels eines standardisierten Fragebogens.
- 2.) Welche kurzfristigen Auswirkungen hat die Kunsttherapie auf das emotionale Befinden der Patienten? Eine Erhebung jeweils vor und nach der Therapiestunde mittels eines standardisierten Fragebogens.
- 3.) Wie erleben die Patienten die Kunsttherapie? Welche Antworten geben sie zu Bereichen wie Inspiration, Vorsatz, Themenkomplexe und den Stimmungsveränderungen in einem Interview, das nach einem Leitfaden geführt und mit qualitativen Methoden ausgewertet wird.

#### Zusatzfragestellung:

- 4.) Über welche Erfahrungen berichten Patienten in einer abschließenden Besprechung der im Rahmen einer längerfristigen Behandlung erstellten Kunsttherapiebilder?

Grund für diese Studie ist das Fehlen von empirischen Daten zu dem Komplex der Kunsttherapieforschung in diesem Bereich. In der Literatur findet man wenig objektive und reliable Werte über die Schwerpunkte der Kunsttherapie anhand standardisierter klinischer Studien. Wir möchten diesen Bereich etwas genauer betrachten.

## **2. Material und Methode**

Die Forschungsarbeit teilt sich auf in einen quantitativen und einen qualitativen Teil.

### **2.1. Untersuchungsinstrumente und ihre Anwendung**

Zur Erfassung des emotionalen und körperlichen Befinden der Patienten wurden zwei standardisierte Fragebögen ausgewählt. Die Beschwerden-Liste (B-L) ist ein Fragebogen von D. v. Zerssen (1976), zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigung durch überwiegend körperliche und Allgemeinbeschwerden, der sich für Querschnitt und Längsschnittuntersuchungen an einzelnen Probanden oder Gruppen von Probanden eignet. Inhaltlich kennzeichnen die 24 Items im Wesentlichen Allgemeinbeschwerden (z.B. „Schwächegefühl“) oder lokalisierbare körperliche Beschwerden (z.B. „Schluckbeschwerden“ oder „Sodbrennen“). Von körpernahen Allgemeinbeschwerden zu ausgesprochenen psychischen Beschwerden (wie „Innere Unruhe“) gibt es alle Übergänge. Zur Beurteilung wird eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen „gar nicht“, „kaum“, „mäßig“ und „stark“ angesetzt. Es besteht die Möglichkeit über alle Items einen Summenwert zu bilden.

Die Messung der aktuellen Stimmung wurde mit der deutschen Kurzfassung des „Profile of Mood States“(POMS)- der Aktuellen Stimmungsskala (ASTS) durchgeführt (Bullinger et al., 1990). Die Aktuelle Stimmungsskala ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der aktuellen Stimmung. Sie erfasst die Aspekte des subjektiven Wohlbefindens. Aufgrund der Kürze kann die ASTS für den Einsatz bei psychisch belasteten Personen empfohlen werden. Die valide und veränderungssensitive ASTS ist geeignet, wichtige Dimensionen seelischer Gesundheit zu beschreiben. Die Skala Aktuelle Stimmung (ASTS) umfasst 19 Items, die den fünf Teilskalen Trauer (TR), Hoffnungslosigkeit (HO), Müdigkeit (MÜ), Zorn (ZO) und positive Stimmung (PO) zugeordnet sind. Die drei Dimensionen Trauer, Hoffnungslosigkeit und Müdigkeit, sowie die Dimension positive Stimmung sind geeignet, die aktuelle Stimmung in ihrem Kern zu beschreiben. Es wird nach den Gefühlszuständen "im Moment" gefragt und zur Beurteilung der dargebotenen Adjektive wird eine siebenstufige Ratingskala mit den Endpolen "überhaupt nicht" (= 1) und "sehr stark" (= 7) vorgelegt (McNair et al., 1971).

Für die Durchführung der qualitativen Studie wurde ein Interviewleitfaden und ein Kategorienformular entwickelt (Kapitel 2.2.). Dieses dient der Beschreibung der in der

Kunsttherapie erstellten Bilder aus Sicht der Patienten und ist die Grundlage für das inhaltsanalytische Verfahren. Die 17 Items und 2 Bereiche erfassen den Grund, die Absicht, die Stimmung und das Ergebnis der einzelnen Kunsttherapiestunde des jeweiligen Patienten. Dieses Formular (siehe Anhang) wurde für die Auswertung der Einzel-Interviews entwickelt und benutzt.

Ein spezielles Interview-Auswertungsformular für die Abschlussinterviews wurde nicht erstellt. Der Grund dafür ist einerseits die Heterogenität der Gruppe in diesem Bereich und andererseits hätte der Auswertungsprozess den Rahmen der Arbeit gesprengt. Es wird aber im Ergebnisteil ein Abschlussinterview exemplarisch dargestellt und ein Exkurs in diesen Bereich gezeigt.

### **2.2. Durchführung der Studie**

Die Kunsttherapiestunden finden in der Psychosomatischen Tagesklinik zweimal pro Woche für jeweils 90 Minuten statt. In Absprache mit der Kunsttherapeutin wurde der Doktorand der Gruppe vorgestellt und integriert. Während den Kunsttherapiestunden bot sich die Möglichkeit das Verhalten und die Interaktionen der Patienten in der Gruppe zu beobachten. Die Patienten wurden über den Rahmen der Forschungsarbeit informiert und es wurde ihnen freigestellt daran teil zu nehmen.

Zu Beginn jeder Therapiestunde wurden die Fragebögen (POMS und B-L) ausgeteilt. Die Patienten sollten die Fragebögen selbstständig und ruhig bearbeiten. Nach Rückgabe der Fragebögen wurde die Kunsttherapiestunde begonnen. Im Anschluss daran wurden den Patienten erneut die Fragebögen ausgeteilt. Auf jedem Bogen wurde das Datum, der Name des Patienten und der Zeitpunkt der Bearbeitung festgehalten (vor der Kunsttherapiestunde/nach der Kunsttherapiestunde). Die Bearbeitungszeit betrug etwa 5 Minuten jeweils vor und nach der Therapie. Die mittlere Verweildauer der Patienten in der PTK war 6 bis 8 Wochen.

Die Terminvergabe für die Einzelinterviews zu den Kunsttherapiebildern geschah in Absprache mit den Patienten. Je nach Befinden wurden manche Patienten direkt nach der Kunsttherapiestunde zu dem angefertigten Bild interviewt. Andere Patienten waren zu diesem Zeitpunkt aus unterschiedlichen Gründen nicht bereit; deswegen wurde ein Termin vereinbart. Für den Zeitraum der Forschungsarbeit stand dem Doktoranden ein Raum zur Verfügung, in dem alle Einzelinterviews durchgeführt werden konnten. In diesem Raum bestand tagsüber Präsenz und es wurde den Patienten angeboten, bei Fragen oder Unklarheiten jederzeit kommen zu können. Der Ablauf der Interviews zu den einzelnen Bildern erfolgte stets nach

gleichem Schema. Anhand des Interviewleitfadens (siehe Anhang) wurde das Interview durchgeführt, wobei zu Beginn jedes Interviews den Patienten angeboten wurde auch gerne über andere Themen mit ihnen zu sprechen. Das zu besprechende Bild wurde vor den Patienten auf den Tisch gelegt, der Interviewer saß dem Patienten gegenüber. Die Interviews wurden mit Einverständnis der Patienten aufgezeichnet, und die Bilder wurden nach dem Interview fotografiert (Kapitel 2.3.2 Datenerfassung). Anschließend wurden die Interviews anonymisiert und transkribiert. Die Dauer der Einzelinterviews war mit etwa 20 Minuten angesetzt.

Die Abschlussinterviews wurden im Kunsttherapieraum durchgeführt. Hierbei wurde der jeweilige Patient vor alle von ihm in der psychosomatischen Tagesklinik gemalten Bilder gestellt. Für diese Art von Interview wurde keine Fragesammlung erstellt. Der Patient wurde gebeten sich Zeit zu nehmen und die Bilder Revuepassieren zu lassen. Er wurde gebeten zu den, aus seiner Sicht, wichtigen Bildern wie z.B. Wendepunkten, besonders positiven oder negativen Bildern zu sprechen. Der Schwerpunkt bei diesen Interviews war die Sicht der Patienten; wie der Verlauf während dem Aufenthalt war, welche Veränderungen sie bei sich gemerkt haben und was für sie persönlich die Kunsttherapie im Vergleich zu den anderen Therapie gebracht hat. Für das Abschlussinterview wurde ein zeitlicher Rahmen von 40 Minuten angenommen. Ein Beispiel eines Abschlussinterviews mit Bildern befindet sich im Ergebnissteil. Die Transkription des Abschlussinterviews wird im Anhang gezeigt.

### 2.3. Entwicklung des Interview-Kategorienformulars

Die Auswertung des Interviews sollte mit dem Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) geschehen. Zur Entwicklung des Auswertungsformulars für die Kunsttherapieinterviews waren mehrere Schritte erforderlich. Krippendorff schreibt: „How categories are defined... is an art. Little is written about it.“ (Krippendorff, 1980).

Es sind prinzipiell zwei Vorgehensweisen in der Kategorienfindung denkbar. Eine deduktive (deducere [lat.]: ableiten, herleiten) Kategorienfindung bestimmt das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen. Dies bedeutet, dass am Anfang der klassisch naturwissenschaftlichen Forschung eine Theorie steht und die daraus abgeleiteten Hypothesen an dem erhaltenen Material bestätigt oder verworfen werden. Das bedeutet die Kategorien werden auf das Material hin entwickelt. Die strukturierende Inhaltsanalyse wäre ein Beispiel dafür.

Eine induktive (inducere [lat.]: hin/einführen, veranlassen) Kategorienfindung hingegen leitet die Kategorien direkt aus dem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf die vorab formulierten Theoriekonzepte zu beziehen. Erst die Beobachtung und das Zusammentragen des zu untersuchenden Materials verstärkt die Vermutungen und führt eventuell zu konkreten Hypothesen.

Für die qualitative Inhaltsanalyse ist die induktive Vorgehensweise sehr fruchtbar und es wird im Rahmen dieser Studie an dieser Vorgehensweise festgehalten. Es sollte allerdings erwähnt werden, dass ein rein deduktives genauso wie ein rein induktives Vorgehen kaum möglich ist. Forscher haben einerseits immer Vorüberlegungen und „Vor-Theorien“ zu den Untersuchungsfeldern, andererseits wird die Theorie im Prozess des Analysierens meistens modifiziert und ergänzt. Es wird gestrebt nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahe Abbildung des Materials, ohne Verzerrung durch Vorannahmen des Forschers; eine Erfassung des Gegenstandes in der Sprache des Materials (Mayring, 2003). Innerhalb der „Grounded Theory“ (Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1990) wird dieser Vorgang als „offene Kodierung“ bezeichnet. Das Prozessmodell in Abb. 1 (nach Mayring, 2003) beschreibt den Vorgang.

In den ersten Schritten einer Analyse muss das zu untersuchende Material genau beschrieben werden. Durch die Fragestellung wird einerseits die Richtung der Analyse angegeben, andererseits wird festgelegt, welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein soll. Ebenso muss im Sinne zusammenfassender Inhaltsanalyse das Abstraktionsniveau der zu

bildenden Kategorien festgelegt werden. Die einzelnen Kodiereinheiten werden in knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (Paraphrasierung, siehe Abb. 1). Dadurch werden nichtinhaltstragende Textbestandteile verworfen. Die Paraphrasen werden auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert, und in eine grammatikalische Kurzform gebracht (z.B. „An die Vorgabe gehalten?“). Wenn ein Selektionskriterium erneut erfüllt ist, wird entschieden, ob die Textstelle unter die bereits gebildete Kategorie fällt (Subsumption) oder eine neue Kategorie erstellt wird. Als Ergebnis entstand das endgültige Kategorienformular.

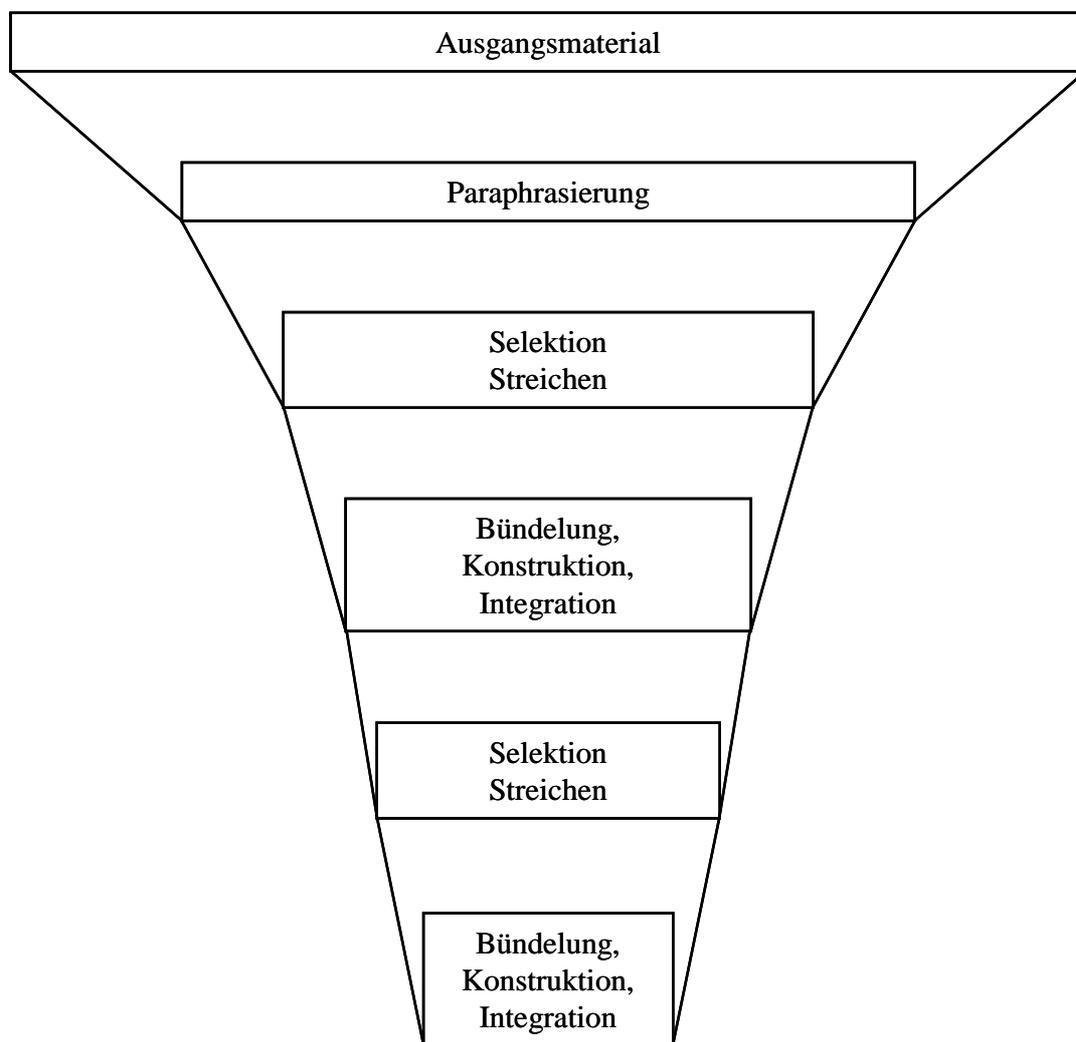


Abb.1: Das Vorgehen um den Textes auf den Inhalt zu reduzieren

Weiter sollte eine Bestimmung der Analyseeinheit vorgenommen werden. Darunter versteht man eine Festlegung, was als minimaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann (Kodiereinheit), was als maximaler Textbestandteil unter eine Kategorie fallen kann

(Kontexteinheit) und welche Textbestandteile jeweils nacheinander kodiert werden (Auswertungseinheit); solche Textbestandteile können z.B. Silben, Wörter, Sätze und Abschnitte sein.

Zu Beginn wurde eine Fragensammlung (siehe Anhang „Interviewleitfaden“) aus offenen Fragen erstellt, die als Leitfaden für die Erstinterviews herangezogen wurde. Diese Fragensammlung basiert auf einer Vorüberlegung. Während weiterer Interviews kristallisierten sich durch die Aussagen der Patienten Kategorie-Ideen heraus, die in das Auswertungsformular aufgenommen wurden (siehe Abb. 2).

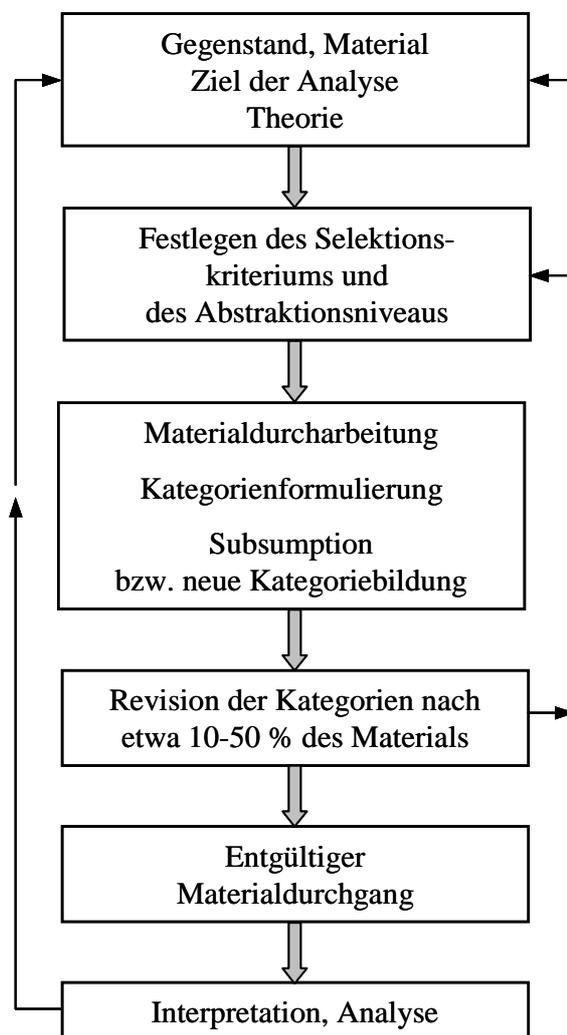


Abb. 2: Das Prozessmodell der induktiver Kategorienbildung

Nach mehrmaligen Konsensgesprächen wurde das vorläufige Auswertungsformular in einer Besprechung den Mitarbeitern der psychosomatischen Tagesklinik vorgestellt und entsprechende Verbesserungsvorschläge übernommen und eingearbeitet. Zu diesem Zeitpunkt war bereits der Großteil der Patienteninterviews durchgeführt.

In einer weiteren Besprechung wurden 8 Mitarbeiter der psychosomatischen Tagesklinik zu einer Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial eingeladen (siehe Anhang „Anschreiben zur Rücküberprüfung des Kategoriensystems“). Jeder Teilnehmer erhielt 5 zufällig ausgewählte Kunsttherapieinterviews von unterschiedlichen Patienten und wurde gebeten die Aussagen den beigefügten Kategorien (siehe Anhang „Kategorienformular Version 1.4“) selbstständig zuzuordnen.

Wann nun ein Materialbestandteil unter eine Kategorie fällt, muss genau festgestellt werden. Dabei hat sich ein Verfahren bewährt (Ulrich et al. 1985, Hauser/ Mayring/ Strehmel 1982; Hauser 1972 in Mayring, 2003), das in drei Schritten vorgeht:

### 1. Definition der Kategorien

Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.

### 2. Ankerbeispiele

Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für die Kategorien gelten sollen.

### 3. Kodierregeln

Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.

Bei diesem ausschnittweisen Materialdurchgang wird erprobt, ob die Kategorien überhaupt greifen, ob die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln eine eindeutige Zuordnung ermöglichen. Dieser Probedurchgang unterteilt sich wie später der Hauptdurchgang in zwei Arbeitsschritte. Zunächst werden die Textstellen im Material bezeichnet, in denen die Kategorie angesprochen wird. Diese Fundstellen (vgl. Hauser et al., 1982, in Mayring, 2003) können durch Notierung der Kategoriennummer am Rand des Textes oder verschiedenfarbige Unterstreichung im Text bezeichnet werden. In einem zweiten Schritt wird das so gekennzeichnete Material je nach Ziel der Strukturierung bearbeitet und aus dem Text herausgeschrieben.

Bei den folgenden Konsenstreffen wurden die Auswertungsformulare besprochen, Modifikationen vorgenommen und das endgültige Kategorienformular (siehe Kategorienformular im Anhang Version 2.0) erstellt. Insgesamt gab es bis zum endgültigen Kategorienformular zehn Vorversionen. Schließlich konnte der Hauptmaterialdurchlauf beginnen, wieder

unterteilt in die beiden Schritte der Bezeichnung der Fundstelle und der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen.

### **2.4. Beschreibung der Kategorien**

Die nun insgesamt 17 Items verteilen sich auf 2 Hauptbereiche. Jeweils Item 1 bis 10 gliedern sich unter den Hauptbereich „Inhalt“, die weiteren Items 11 bis 17 gliedern sich unter den Bereich „Gefühl“ (siehe Kategorienformular Version 2.0 im Anhang). Zur Messung wurde hauptsächlich die Nominalskala verwendet. Bei 4 Items wurde eine Ordinalskala zur Messung angesetzt um die Ausprägung besser abgreifen zu können. Insbesondere beim Einbringen von eigenen Themen (3. Item), Darstellung einer Problematik im Bild (9. Item) und Stimmungsveränderungen (11. und 12. Item) wurde eine Reihenfolge der Ausprägung gewählt.

Der Bereich „Inhalt“ bezieht sich allgemein auf den Ursprung des Bildes, die Inspiration zum Malen und dem Dargestellten. In der Kunsttherapie an der psychosomatischen Tagesklinik ist es üblich den Patienten eine Hilfestellung zum Malen anhand einer Vorgabe zu geben. Ob diese Hilfestellung wahrgenommen wurde greift das erste Item ab. Weiter wird nach der Inspiration des Bildes, den Themen, der Farbwahl und wenn vorhanden einer Bedeutung der Farben gefragt. Wichtig ist außerdem, ob sich der Patient selbst, ein Problem als solches, oder ein Problem als ein Symbol im Bild dargestellt hat. Als letztes Item unter diesem Bereich wird nach der Größe des Bildes gefragt und ob ein Grund für die Wahl des Papier-Formates vorliegt.

Der Bereich „Gefühl“ soll die Stimmung und die Intention des Malens erfassen. Hierbei wird nach der Stimmung vor der Kunsttherapie und der Stimmung nach der Stunde gefragt. Als zentraler Punkt wird der Vorsatz des Malens in den Vordergrund gestellt. Diesem Themenkomplex werden 3 Items gewidmet: Beim 13. Item wird direkt nach dem Vorsatz des Malens gefragt, im darauf folgenden Item möchte man von dem Patienten erfahren, ob es bei dem genannten Vorsatz geblieben ist, oder was das Bild beim Malenden bewirkt hat. Hierbei wird ein Unterpunkt von der Kategorie 14 erstellt, um die Art und Weise des Problemausdrucks zu bestimmen. Zum Abschluss wird nach möglichen Gegensätzen und nach dem subjektiven Gefühl des Patienten mit dem Bild gefragt.

### 2.5. Patientenkollektiv

Das Patientenkollektiv setzt sich aus den Patienten der psychosomatischen Tagesklinik in dem Zeitraum vom 24.01. bis 27.06.2003 zusammen. Ausnahmslos waren alle Patienten bereit an der Forschungsarbeit teilzunehmen. Die Anzahl der untersuchten Personen beträgt 26 Patienten (21 Frauen und 5 Männer). Das durchschnittliche Alter beträgt 34 Jahre (Mittelwert = 33,96 Jahre, Standardabweichung des Mittelwertes = 10,97 Jahre) wobei die jüngste Patientin 18 und die älteste 55 Jahre alt waren. Die Summe der 328 Fragebogeneinheiten (Fragebogeneinheit = 4 Fragebogen) verteilt sich auf die 26 Patienten. Die Summe der 104 Einzelinterviews verteilt sich auf 15 Patienten (11 Frauen und 4 Männer). Die Abschlussinterviews wurden bei 15 Patienten (11 Frauen und 4 Männer) durchgeführt.

Die Diagnosen wurden in ICD 10 Hauptgruppen zusammengefasst (Siehe Tabelle 1). Die Anzahl der Diagnosen in der Darstellung überschreitet die Anzahl der Patienten, da mehrere Diagnosen pro Patient vergeben wurden. Eine Festlegung von Haupt- und Nebendiagnose war aufgrund der Verknüpfung der Krankheitsbilder nicht sinnvoll.

Tabelle 1: Die Diagnosen der Patienten die an der Studie teilnahmen

<b>Anzahl der Patienten</b>	<b>Diagnosen der Patienten entschlüsselt</b>	<b>ICD-10-Ziffer</b>
2	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	F10.1
8	Depressive Episode	F32
1	Dysthymia	F34
4	Phobische Störung	F40
4	Sonstige Angststörungen	F41
1	Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen	F43
5	Somatoforme Störungen	F45
8	Essstörungen	F50
6	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	F60
1	Psychische und Verhaltensstörung in der Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	F66

### **2.5.1. Kodierung der Patienten**

Die Anonymität der Patienten ist durch die Zuordnung von Patienten-Nummern, dem sogenannten ID gewährleistet. Jedem Patienten wurde eine fortlaufende Nummer (von 1 bis 26) zugeordnet. Diese Zuordnung setzt sich in jedem Fragebogen, Interview, als auch digitalem Bild fort. Alle Daten wurden unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen gespeichert und verwaltet. Während der Archivierung der Daten wurde noch zu Gunsten der Übersichtlichkeit mit den Patientennamen gearbeitet.

Zur Auswertung wurden die Fragebögen anhand der ID und der Behandlungs-Nummer sortiert und zugeordnet; die Interviews wurden anhand ID und Interview-Nummer kodiert.

Darüber hinaus wurde das Datum, die Uhrzeit und das Geschlecht auf den Fragebögen als auch bei den Interviews notiert und in die Zuordnungstabellen übernommen.

Bemerkung: Die Differenz der Einzelinterviews (104 ausgewertet zu 94 in der Tabelle) ergibt sich durch z.T. mehrere Bilder eines Patienten in einer Kunsttherapiestunde, die aber in der Kodierung und Gegenkodierung aufgrund ihrer Komplexität separat ausgewertet werden mussten.

### 2.5.2. Datenerfassung

Die Datenerfassung spielt im Rahmen dieser Studie eine besondere Rolle. Durch die Vergabe der Fragebögen jeweils vor und nach der Kunsttherapie mit den gleichen Formularen musste schon die Rohdatenerfassung besonders sorgfältig durchgeführt werden. Die Patienten wurden mit ihrem Namen und dem ID auf den Fragebögen vermerkt. Darüber hinaus wurde das Datum und der Zeitpunkt (vorher/ nachher) auf dem Bogen notiert. Die Eingabe der Fragebögen erfolgte meist noch am gleichen Tag.

Um die Daten zu archivieren wurde eigens dafür eine Access-Datenbank erstellt, die Daten wurden in Tabellen abgelegt. Das Hauptmenü der Access-Datenbank (siehe Abb. 3) gliedert sich in die Kategorien Dateneingabe, Informationen und Berichte. Der Datenbankverwalter-Bereich ermöglichte den Zugriff auf die Datenbankstruktur um eventuelle Änderung und Anpassungen durchführen zu können

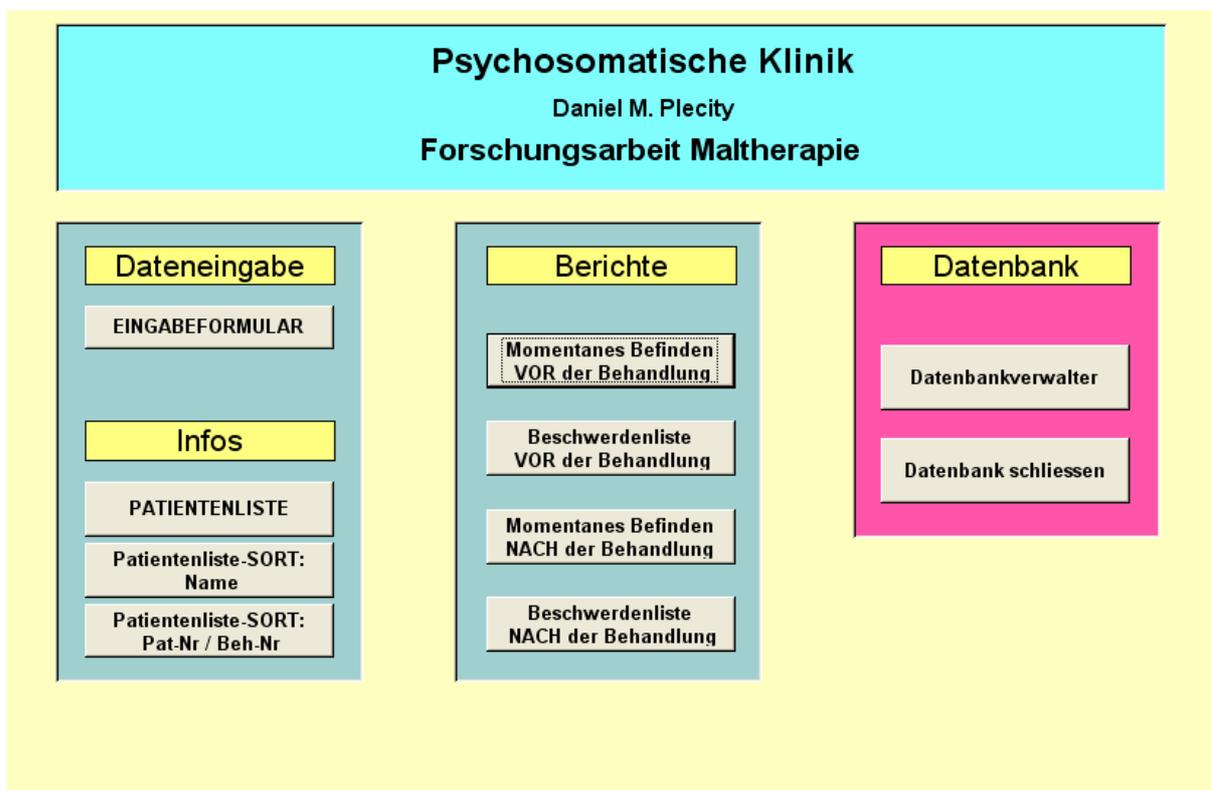


Abb. 3: Startfenster für die Dateneingabe der Fragebögen B-L (Beschwerdeliste) und POMS (Profile of Mood States) in die Access-Datenbank

Unter der Kategorie Dateneingabe gliedert sich das Eingabeformular (siehe Abb. 4).

Eingabeformular Maltherapie				Formular schließen	
Patienten-Nr <input type="text" value="1"/>		Name <input type="text"/>		Geschlecht <input type="radio"/> Frau <input checked="" type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Frau	
Behandlungs-Nr <input type="text" value="1"/>		Datum <input type="text" value="24.01.2003"/>			
Momentanes Befinden VOR der Therapie		Beschwerdenliste VOR der Therapie		Momentanes Befinden NACH der Therapie	
VP01-zornig <input type="text" value="2"/>		VB01-Kloßgefühl, Engigkeit, Würgen im Hals <input type="text" value="4"/>		NP01-zornig <input type="text" value="1"/>	
VP02-abgeschlafft <input type="text" value="6"/>		VB02-Kurzatmigkeit <input type="text" value="1"/>		NP02-abgeschlafft <input type="text" value="7"/>	
VP03-unglücklich <input type="text" value="7"/>		VB03-Schwächegefühl <input type="text" value="2"/>		NP03-unglücklich <input type="text" value="7"/>	
VP04-traurig <input type="text" value="7"/>		VB04-Schluckbeschwerden <input type="text" value="1"/>		NP04-traurig <input type="text" value="7"/>	
VP05-angenehm <input type="text" value="1"/>		VB05-Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust <input type="text" value="4"/>		NP05-angenehm <input type="text" value="1"/>	
VP06-betrübt <input type="text" value="7"/>		VB06-Druck- oder Völlegefühl im Leib <input type="text" value="1"/>		NP06-betrübt <input type="text" value="7"/>	
VP07-freudig <input type="text" value="2"/>		VB07-Mattigkeit <input type="text" value="3"/>		NP07-freudig <input type="text" value="1"/>	
VP08-hoffnungslos <input type="text" value="7"/>		VB08-Übelkeit <input type="text" value="4"/>		NP08-hoffnungslos <input type="text" value="7"/>	
VP09-müde <input type="text" value="7"/>		VB09-Sodbrennen oder saures Aufstoßen <input type="text" value="1"/>		NP09-müde <input type="text" value="7"/>	
VP10-verärgert <input type="text" value="4"/>		VB10-Reizbarkeit <input type="text" value="3"/>		NP10-verärgert <input type="text" value="1"/>	
VP11-frohgemut <input type="text" value="1"/>		VB11-Grübeleien <input type="text" value="4"/>		NP11-frohgemut <input type="text" value="1"/>	
VP12-entmutigt <input type="text" value="7"/>		VB12-Starkes Schwitzen <input type="text" value="3"/>		NP12-entmutigt <input type="text" value="7"/>	
VP13-fröhlich <input type="text" value="2"/>		VB13-Kreuz- oder Rückenschmerzen <input type="text" value="1"/>		NP13-fröhlich <input type="text" value="1"/>	
VP14-erschöpft <input type="text" value="6"/>		VB14-Innere Unruhe <input type="text" value="4"/>		NP14-erschöpft <input type="text" value="7"/>	
VP15-heiter <input type="text" value="4"/>		VB15-Schweregefühl, Müdigkeit in den Beinen <input type="text" value="1"/>		NP15-heiter <input type="text" value="1"/>	
VP16-verzweifelt <input type="text" value="7"/>		VB16-Unruhe in den Beinen <input type="text" value="4"/>		NP16-verzweifelt <input type="text" value="7"/>	
VP17-wütend <input type="text" value="2"/>		VB17-Überempfindlichkeit gegen Wärme <input type="text" value="1"/>		NP17-wütend <input type="text" value="2"/>	
VP18-entkräftet <input type="text" value="3"/>		VB18-Überempfindlichkeit gegen Kälte <input type="text" value="4"/>		NP18-entkräftet <input type="text" value="7"/>	
VP19-lustig <input type="text" value="2"/>		VB19-Übermäßiges Schlafbedürfnis <input type="text" value="4"/>		NP19-lustig <input type="text" value="1"/>	
		VB20-Schlaflosigkeit <input type="text" value="4"/>			
		VB21-Schwindelgefühl <input type="text" value="2"/>			
		VB22-Zittern <input type="text" value="3"/>			
		VB23-Nacken- oder Schulterschmerzen <input type="text" value="4"/>			
		VB24-Gewichtsabnahme <input type="text" value="1"/>			
				NB01-Kloßgefühl, Engigkeit, Würgen im Hals <input type="text" value="4"/>	
				NB02-Kurzatmigkeit <input type="text" value="1"/>	
				NB03-Schwächegefühl <input type="text" value="4"/>	
				NB04-Schluckbeschwerden <input type="text" value="2"/>	
				NB05-Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust <input type="text" value="4"/>	
				NB06-Druck- oder Völlegefühl im Leib <input type="text" value="1"/>	
				NB07-Mattigkeit <input type="text" value="4"/>	
				NB08-Übelkeit <input type="text" value="1"/>	
				NB09-Sodbrennen oder saures Aufstoßen <input type="text" value="1"/>	
				NB10-Reizbarkeit <input type="text" value="1"/>	
				NB11-Grübeleien <input type="text" value="4"/>	
				NB12-Starkes Schwitzen <input type="text" value="2"/>	
				NB13-Kreuz- oder Rückenschmerzen <input type="text" value="1"/>	
				NB14-Innere Unruhe <input type="text" value="3"/>	
				NB15-Schweregefühl, Müdigkeit in den Beinen <input type="text" value="1"/>	
				NB16-Unruhe in den Beinen <input type="text" value="4"/>	
				NB17-Überempfindlichkeit gegen Wärme <input type="text" value="1"/>	
				NB18-Überempfindlichkeit gegen Kälte <input type="text" value="1"/>	
				NB19-Übermäßiges Schlafbedürfnis <input type="text" value="4"/>	
				NB20-Schlaflosigkeit <input type="text" value="4"/>	
				NB21-Schwindelgefühl <input type="text" value="2"/>	
				NB22-Zittern <input type="text" value="3"/>	
				NB23-Nacken- oder Schulterschmerzen <input type="text" value="3"/>	
				NB24-Gewichtsabnahme <input type="text" value="1"/>	

Datensatz:  von 328

Abb. 4: Das Eingabeformular für die Dateneingabe der Fragebögen in die Accessdatenbank. Die Abkürzung VP steht für „Fragebogen POMS (Profile of Mood States) vor der Therapie ausgefüllt“, die Abkürzung VB steht für „Fragebogen B-L (Beschwerdeliste) vor der Therapie ausgefüllt“. Die Vergabe der Fragebögen erfolgte gleichfalls nach der Therapie. Hier wurden die Abkürzungen „NP für POMS nach der Therapie ausgefüllt“ und „NB für B-L nach der Therapie ausgefüllt“ verwendet.

Hierbei wurde die Patienten-Nummer (ID), die Behandlungs-Nummer, der Name des Patienten, das Geschlecht als auch das Bearbeitungsdatum gespeichert. Diese Maske ermöglichte die Eingabe aller vier Bögen auf einer übersichtlichen Seite. Die farbliche Trennung als auch die deutliche Beschriftung (VOR der Therapie, NACH der Therapie) wurde gewählt um Fehleingaben zu vermeiden. Darüber hinaus wurde für jedes Item eine Begrenzung nach oben als auch nach unten gesetzt. Dies sollte die Eingabe von falschen Daten wie z.B. „8“ bei einer Skala von 1 bis 7 vermeiden. Im linken unteren Teil des Eingabeformulars wird die laufende Nummer des bearbeiteten Datensatzes angezeigt.

Unter der Kategorie „Infos“ kann zu jeder Zeit die Patientenliste der bereits archivierten Daten aufgerufen werden. Es kann gewählt werden, ob die Patientenliste nach Namen oder nach der Patienten-Nummer sortiert werden soll. Die Kategorie „Berichte“ zeigt jeden der vier Fragebögen mit den jeweiligen Ausprägungen als Tabelle (siehe Abb. 5).

Bericht: Momentanes Befinden VOR der Behandlung																			30.03.2005				
Pat-Nr	Beh-Nr	Name	Geschlecht	Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1		Frau	24.01.2003	2	6	7	7	1	7	2	7	7	4	1	7	2	6	4	7	2	3	2
1	2		Frau	29.01.2003	1	1	1	1	3	1	3	1	2	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1
1	3		Frau	31.01.2003	1	3	1	1	2	1	3	1	7	1	3	1	4	2	3	1	1	2	4
1	4		Frau	05.02.2003	1	6	2	1	3	1	4	1	7	1	2	1	3	6	4	1	1	5	4
1	5		Frau	07.02.2003	1	2	1	2	4	3	2	1	6	1	3	1	4	5	3	1	4	5	4
1	6		Frau	12.02.2003	4	3	5	7	1	7	1	3	5	7	1	2	1	6	1	3	7	1	2
1	7		Frau	14.02.2003	1	7	2	7	1	7	1	3	7	4	1	1	1	7	1	3	3	7	1
1	8		Frau	19.02.2003	1	4	3	1	4	2	5	1	6	1	6	1	6	5	5	3	1	3	6
1	9		Frau	21.02.2003	5	6	1	1	1	4	3	1	7	2	1	1	3	7	2	1	1	7	1
1	10		Frau	26.02.2003	1	7	5	6	1	5	1	3	3	4	1	2	1	7	1	5	6	7	1
1	11		Frau	28.02.2003	3	7	6	6	1	6	1	5	7	4	1	4	1	7	1	7	4	7	1
1	12		Frau	05.03.2003	1	1	1	1	5	1	6	1	1	1	4	1	7	1	5	1	1	1	7
1	13		Frau	14.03.2003	4	7	5	6	2	4	3	4	7	4	2	6	2	7	3	2	2	7	2
1	14		Frau	19.03.2003	1	1	1	1	5	1	6	1	3	1	5	2	6	2	7	1	1	3	7
1	15		Frau	21.03.2003	1	4	1	1	5	3	5	1	5	3	5	1	4	6	4	1	3	5	4
1	16		Frau	26.03.2003	1	4	1	3	5	1	6	1	4	1	7	1	7	4	7	1	1	4	7
1	17		Frau	28.03.2003	1	6	1	5	3	4	5	1	7	1	5	1	5	7	5	1	1	7	5
2	1		Frau	24.01.2003	1	1	5	5	3	5	1	7	1	1	1	7	1	7	1	7	1	7	1
2	2		Frau	29.01.2003	1	5	5	7	1	6	1	7	1	1	1	6	1	5	1	5	1	6	1
2	3		Frau	31.01.2003	1	5	5	5	1	5	1	5	1	1	1	4	1	4	1	5	1	5	1
2	4		Frau	05.02.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	1	1	1	7	1	7	1	7	1	7	1
2	5		Frau	07.02.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	1	1	1	7	1	7	1	7	1	7	1
2	6		Frau	12.02.2003	1	5	5	5	1	5	1	6	1	1	1	1	6	1	6	1	4	1	1
2	7		Frau	14.02.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	1	1	1	1	7	1	7	1	7	1	1
2	8		Frau	19.02.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	1	1	1	3	1	4	1	7	1	7	1
2	9		Frau	26.02.2003	1	7	7	6	1	7	1	7	1	1	1	4	1	6	1	5	1	4	1
2	10		Frau	28.02.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	1	1	1	5	1	7	1	7	1	7	1
2	11		Frau	05.03.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	5	1	1	1	1	7	1	7	1	7	1
2	12		Frau	07.03.2003	1	7	7	7	1	7	1	7	5	1	1	7	1	7	1	7	1	7	1

Abb. 5: Datenausgabe der Fragebögen in die Access Datenbank

Die Tabellen in Excel-Format wurden in SPSS eingelesen. In diesem Programm wurde die statistische Auswertung durchgeführt.

Die Archivierung der Einzelinterviews zu den Kunsttherapiebildern sowie die Bilder an sich wurden ebenfalls nach einem festen Schema durchgeführt. Das Setting war bei jedem Interview identisch. Die Patienten wurden beim ersten Interview über den Ablauf informiert und konnten jederzeit Fragen stellen. Jedes Interview wurde auf ein digitales Medium (MiniDisc) aufgezeichnet. Für jede MiniDisc (MD) wurde eine Excel-Datei mit der Interviewreihenfolge erstellt. Insgesamt wurden vier Einzelinterview-MiniDiscs (Aufnahmemodus: mono) sowie eine Abschlussinterview-MiniDisc erstellt. Zu Beginn eines jeden Interviews wurde der Name des Patienten, die Nummer des Interviews, das Erstelldatum und die Größe des Bildes sowie das aktuelle Datum und die Uhrzeit genannt.

Diese Daten wurden in eine separate Zuordnungstabelle übernommen. Außerdem wurde im Anschluss das besprochene Bild digital fotografiert, kodiert und zur Übersichtlichkeit in einer PowerPoint-Datei gespeichert.

Die Durchführung und Archivierung der Abschlussinterviews wurde im Kunsttherapieraum durchgeführt. Der Patient wurde gebeten alle erstellten Bilder chronologisch aufzureihen. Das Aufnahmegerät und das Mikrophon waren am Interviewer befestigt, damit sich der Patient frei im Raum bewegen konnte. Nach dem Interview wurden die Bilder in der Reihenfolge digital fotografiert und wie bereits bei den Einzelinterviews in einer PowerPoint-Datei gespeichert (siehe Kapitel 3.3).

Die aufgezeichneten Daten wurden transkribiert und in einer einheitlichen Vorlage gespeichert. Die Abkürzung „I“ steht für Interviewer, die Abkürzung „P“ steht für Patient (siehe Anhang „Abschlussinterview von Herr P.“).

### **2.6. Kodierung und Gegenkodierung der Interviews**

Unter Kodierung versteht man das Durcharbeiten des Materials anhand des Kategoriensystems, um das Auftreten der Kategorien aufzuzeichnen. Das Procedere entspricht im Grunde dem ausschnittweisen Materialdurchgang (Kapitel 2.2.). Die 104 Einzelinterviews wurden von dem Interviewer (Doktorand) den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Um die Kodierung zu verifizieren wurde eine Gegenkodierung aller Interviews durchgeführt. Diese Gegenkodierung wurde von einer Kunsttherapiestudentin im höheren Studiensemester der Fachhochschule Nürtingen durchgeführt. Es wurden schrittweise 10 Interviews kodiert und bei einem Konsenstreffen besprochen. Die Übereinstimmung der Zuordnung betrug im Mittel 70%.

Sofern keine Übereinstimmung durch die enge Kontextanalyse erreicht werden konnte, wurde die weite Kontextanalyse angewandt (Mayring, 2003). Hiefür erklärte der Interviewer der Gegenkodiererin die Hintergründe des jeweiligen Interviews und es wurde ein Ergebnis gefunden. Diese Hintergründe konnte man nicht allein aus dem Text erschließen.

Mayring (2003) beschreibt eine zweite qualitative Technik, die Explikation (Kontextanalyse). War das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse die Reduktion des Materials, so werden bei der Kontextanalyse zu interpretationsbedürftigen Textstellen zusätzliches Material herangezogen, um die Textstelle zu erklären und verständlich zu machen. Wichtig ist hierfür

was an zusätzlichem Material zur Erklärung der Textstelle zugelassen wird. Denn die Auswahl dieses Materials entscheidet über die Güte der Explikation. In unserem Fall bezieht sich das Vorgehen auf vom Patienten unvollständig oder unklar ausgedrückte Passagen, die dadurch beim Kodieren nicht sicher zugeordnet werden konnten.

Volmert (1979) hat hier zwischen einem kleinraumtextologischen Akzent (als den direkten Bezügen im Text) und einem großraumtextologischen Akzent (als den vorangegangenen Informationen, den Hintergrundinformationen, dem Verstehenshorizont aber auch dem Verhaltenskontext, dem nonverbalen Kontext und dem Situationskontext der zu erklärenden Textstelle) unterschieden.

In diesem Zusammenhang wird zwischen einer engen und einer weiten Kontextanalyse unterschieden. Ziel der Explikation ist eine Aufschlüsselung, eine Interpretation der Textstelle. In der Theorie kann mittels einer grammatikalischen Analyse oder aufgrund der lexikalischen Bedeutung die Textstelle erklärt werden. Meist reicht dies nicht aus und es muss zusätzliches Material zugelassen werden. Dabei gilt die Regel, dass vom engsten Kontext zum immer weiteren Umfeld fortgeschritten wird.

Bei einer engen Kontextanalyse lässt man nur Material aus dem Text zu. Es werden aus dem Textkontext Stellen gesammelt, die zur fraglichen Textstelle in direkter Beziehung stehen.

Bei der weiten Kontextanalyse wird auch Material gesammelt, das über den eigentlichen Text hinausgeht. Dies können Informationen über den Textverfasser (z.B. in unserem Fall die Offenlegung der Diagnose), oder Informationen über die Entstehungsbedingungen des Textes (z.B. Vorgeschehen an diesem Tag) sein.

Die weiteste Form der Kontextanalyse lässt den gesamten Verstehenshintergrund des Interpreten zur Explikation zu. In unserem Fall wurde bei Grenzfällen das Wissen und das Hintergrundwissen des Interviewers an die Gegenkodiererin weitergegeben. Darüber hinaus wurde die digitale Fotografie der Zeichnung des Patienten aufgerufen (z.B. um die Textstelle mit der gemeinten Stelle im Bild zu belegen). Zweimal wurde Prof. Dr. Jörn von Wietersheim zur Lösungsfindung hinzugezogen. Die Kodierregeln wurden vom Kodierer und der Gegekodiererin bestmöglich angewandt und eingehalten.

Die Elemente des Materials wurden ausgezählt und ihrer Häufigkeit mit dem Auftreten anderer Elemente verglichen (Häufigkeitsanalyse). Die Daten wurden in eine Excel-Tabelle aufgenommen. Die Patienten wurden wieder nach ID und Nummer des Bildes sortiert.

### 2.7. Statistik

Die Fragebogenitems wurden zunächst mit dem Kolmogoroff-Smirnoff-Test auf Normalverteilung überprüft. Diese waren normalverteilt. Deswegen wurde der T-Test für abhängige Stichproben berechnet, jeweils für die Fragebögen vor der Kunsttherapie und nach der Kunsttherapie. Die Interviewdaten sind kategorial- oder ordinalskaliert und hier wurden deskriptive Statistiken (Häufigkeitsanalyse) berechnet. Als Statistikprogramm wurde SPSS für Windows Version 10 verwendet. Als Signifikanzniveau wurde ein  $p$  von  $\alpha$  kleiner 0.05 definiert.

### 3. Ergebnisse

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Arbeit vorgestellt. Zuerst werden die Fragebogenergebnisse, dann die Ergebnisse der Einzelinterviews und abschließend, anhand eines Abschlussinterviews, die Schwerpunkte in diesem Bereich aufgezeigt.

#### 3.1. Ergebnisse der Fragebögen

Die Fragebögen POMS und B-L wurden zweimal die Woche jeweils Mittwoch und Freitag vor und nach der Kunsttherapie von Patienten ausgefüllt. Insgesamt ergab sich dann die Summe von 1312 Fragebögen (POMS vorher, POMS nachher, B-L vorher, B-L nachher). Zwei Fragebögen waren nur zum Teil auswertbar. Bei jedem Termin war eine Kunsttherapeutin als auch der betreuende Doktorand von Ort. Die Patienten waren ausnahmslos bereit die Fragebögen auszufüllen.

##### 3.1.1. Auswertung POMS

Tabelle 2: Die Ergebnisse des Fragebogens POMS (Profile of Mood States)

Nr.	Skalen	Vor der Therapie		Nach der Therapie		n	Signifikanz
		M	SD	M	SD		
1	Traurigkeit	9,85	5,80	9,52	6,01	327	0,035
2	Müdigkeit	14,69	6,43	14,70	6,85	327	0,958
3	Hoffnung	8,50	5,77	8,32	5,85	326	0,165
4	Positive Stimmung	14,11	7,62	14,13	7,72	327	0,914
5	Zorn	6,27	4,34	5,98	4,30	327	0,052
6	Negative Stimmung	33,89	7,62	33,87	7,72	327	0,914
7	Summe der Positiven Stimmung	53,41	16,52	52,67	16,86	326	0,072
8	Summe der Negativen Stimmung	73,21	22,72	72,42	22,93	326	0,144

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, n = Anzahl der Patienten

In Tabelle 2 sind die Veränderungen der Werte auf den POMS Skalen dargestellt. Es ist zu erkennen, dass nur die Veränderung in der Skala Traurigkeit signifikant wurde. Die Skalen Zorn und Summe der positiven Stimmung verfehlten das Signifikanzniveau nur knapp. Die Tendenz geht in die Richtung, dass die Patienten nach der Therapie weniger traurig und weniger zornig sind. Die Summe der Positiven Stimmung kann, obwohl das Signifikanzniveau verfehlt wurde, als eine Tendenz in eine positive Stimmung der Patienten gewertet werden.

## 3.1.2. Ergebnisse B-L

Tabelle 3: Die Ergebnisse des Fragebogens B-L (Beschwerdeliste)

Nr.	Item	Vor der Therapie		Nach der Therapie		n	Signifikanz
		M	SD	M	SD		
1	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	0,76	1,018	0,65	0,951	327	0,005
2	Kurzatmigkeit	0,59	0,874	0,46	0,765	328	0,000
3	Schwächegefühl	1,15	1,034	0,95	0,996	328	0,001
4	Schluckbeschwerden	0,44	0,760	0,39	0,673	328	0,124
5	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	0,45	0,773	0,42	0,725	328	0,228
6	Druck- oder Völlegefühl im Leib	1,13	1,131	0,80	0,998	328	0,000
7	Mattigkeit	1,44	1,080	1,26	1,040	327	0,000
8	Übelkeit	0,48	0,790	0,38	0,663	328	0,001
9	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	0,30	0,644	0,23	0,543	328	0,007
10	Reizbarkeit	0,68	0,877	0,59	0,804	328	0,013
11	Grübeleien	1,66	1,025	1,45	1,030	328	0,000
12	Starkes Schwitzen	0,66	0,867	0,53	0,745	328	0,000
13	Kreuz- oder Rückenschmerzen	0,69	0,993	0,63	0,933	328	0,044
14	Innere Unruhe	1,58	0,998	1,40	1,050	328	0,000
15	Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	0,48	0,839	0,39	0,713	328	0,001
16	Unruhe in den Beinen	0,45	0,785	0,37	0,674	328	0,005
17	Überempfindlichkeit gegen Wärme	0,36	0,716	0,30	0,633	328	0,059
18	Überempfindlichkeit gegen Kälte	0,77	1,100	0,68	1,051	328	0,002
19	Übermäßiges Schlafbedürfnis	1,26	1,114	1,13	1,074	328	0,002
20	Schlaflosigkeit	0,64	0,936	0,54	0,835	327	0,001
21	Schwindelgefühl	0,38	0,676	0,31	0,575	328	0,005
22	Zittern	0,58	0,824	0,47	0,725	328	0,002
23	Nacken- oder Schulterschmerzen	0,62	0,911	0,53	0,808	328	0,001
24	Gewichtsabnahme	0,31	0,728	0,28	0,692	327	0,138
<b>Summenwert</b>		<b>17,88</b>	<b>11,24</b>	<b>15,14</b>	<b>9,81</b>	<b>327</b>	<b>0,000</b>

Skalierung: 0= gar nicht

1= kaum

2= mäßig

3= stark

M = Mittelwert SD = Standardabweichung

n = Anzahl der Patienten

#### Bemerkung:

DIE EINZELNEN ITEMS WURDEN AUF 2 NACHKOMMASTELLEN GERUNDET, DER SUMMENWERT WURDE MIT DEN AUSGANGSDATEN BERECHNET.

In Tabelle 3 werden 24 Beschwerde-Items gezeigt, wovon 20 Items signifikant sind. Bei allen beschriebenen Items verbessern sich die Werte. Bei vielen zwar nur gering, aber man kann daraus folgern, dass die Patienten weniger körperliche Beschwerden haben.

Besonders scheinen die Patienten in den Bereichen 3- Schwächegefühl, 6- Druck- oder Völlegefühl, 7- Mattigkeit, 11- Grübeleien, 14- Innere Unruhe und 19- übermäßiges Schlafbedürfnis beeinträchtigt zu sein. Auch hier sieht man signifikante Veränderungen. Daraus könnte man folgern, dass die Kunsttherapie eventuell dazu führt, dass körperliche Beschwerden zumindest geringfügig nachlassen - das aber statistisch signifikant. Durch die große Anzahl der Items, Patienten und Sitzungen werden die Unterschiede, auch wenn sie numerisch klein sind, statistisch hoch signifikant.

Der Mittelwert aller Items verändert sich nach unten. So haben zwar wenige Patienten z.B. ein Kloßgefühl zu Beginn der Therapie, aber die, die es haben verspüren eine Besserung. Alle Körperwerte sind nicht sehr hoch, verändern sich aber doch - der Mittelwert verändert sich nach unten.

Diese Items scheinen sich durch den Akt der Kunsttherapie graduell zu verändern. Interessant ist, dass es bei allen Missempfindungen Veränderungen gibt. Die meisten körperlichen Missempfindungen, die zwar bei diesen Patienten nicht so stark ausgeprägt sind, verbessern sich leicht durch Kunsttherapie.

### 3.2. Ergebnisse der Einzelinterviews

Es wurden bei 15 Patienten insgesamt 104 Einzelinterviews durchgeführt. Diese wurden transkribiert und den 17 Kategorien zugeordnet. Jedes Einzelitem hat mehrere Antwortmöglichkeiten (siehe Kategorienformular Version 2.0 im Anhang).

#### 3.2.1. Anzahl der Einzelinterviews bei den Patienten

Tabelle 4: Die Anzahl der Einzelinterviews, die am Patientenkollektiv durchgeführt wurden

<b>Nr.</b>	<b>Pat. Nr.</b>	<b>Anzahl Interviews</b>	<b>Gültige Prozente</b>
1	02	9	8,7
2	09	4	3,8
3	10	4	3,8
4	11	6	5,8
5	12	9	8,7
6	13	3	2,9
7	14	10	9,6
8	15	13	12,5
9	16	10	9,6
10	17	6	5,8
11	18	8	7,7
12	19	6	5,8
13	20	6	5,8
14	22	7	6,7
15	23	3	2,9
<b>Gesamt</b>		104	100,0

### 3.2.2. Ergebnisse der einzelnen Items

Tabelle 5: Haben sich die Patienten an die Vorgabe gehalten (Kategorienformular-Item 1)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
ja	14	13,5	13,5
nein	30	28,8	28,8
keine Angabe	60	57,7	57,7
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Die sogenannte Vorgabe dient dazu die Patienten zum Malen anzuregen und ihnen ein Thema (z.B. „Ruhe finden“) vorzuschlagen, was sie aber nicht nehmen müssen. Diese Vorgabe wird allen Teilnehmenden mitgeteilt, ist aber hauptsächlich an die neuen oder die unschlüssigen Patienten gerichtet. Der Sinn der Vorgabe wird auch so mit den Patienten besprochen. Der Großteil der hat sich zur Vorgabe nicht geäußert, da entweder die Patienten es nicht mehr wussten ob sie sich daran gehalten haben, oder das Thema der Vorgabe nicht mehr bekannt war. Mann kann diesen Teil eher unter „nicht an die Vorgabe“ gehalten zuordnen.

In seltenen Fällen wird ein Thema aus der aktuellen Gruppendynamik in der Tagesklinik herausgenommen. Diese wurde hier aber nicht separat aufgelistet.

Tabelle 6: Woher kommt die Inspiration der Patienten zu malen (Kategorienformular-Item 2)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
von zu Hause	6	5,8	5,8
von der Einzeltherapie	8	7,7	7,7
von der Gruppen-/Musiktherapie	15	14,4	14,4
von den Mitpatienten	5	4,8	4,8
allgemein aus der Tagesklinik	24	23,1	23,1
sonstiges	16	15,4	15,4
keine Angaben	1	1,0	1,0
aus sich selbst heraus	29	27,9	27,9
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Es zeigt sich, dass die Inspiration einerseits aus der Tagesklinik allgemein (Summe der Therapien und der Kontakt mit den Mitpatienten) kommt, aber auch aus den Patienten selbst heraus. Hier drückt sich vermutlich der innere Arbeitsprozess der Patienten aus, der dazu führt, dass sie sich mit sich selbst aber auch mit inneren Bildern aus der Kunsttherapie

beschäftigen. So kann man die Bereitschaft der Patienten deuten, an sich zu arbeiten. Die anderen Anstöße zur Inspiration verteilen sich relativ gleichmäßig, wobei die Gruppen- und Musiktherapie auch prozentual stärker vertreten ist.

Tabelle 7: Stellt der Patient eigene Themen im Bild dar (Kategorienformular-Item 3)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
gar nicht	6	5,8	5,8
kaum	10	9,6	9,6
mäßig	12	11,5	11,5
stark	76	73,1	73,1
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Bei diesem Item zeigt sich, dass fast 3/4 der Patienten eigene, für sie wichtige Themen in dem Bild darstellen. Die restlichen Punkte sind nicht stark ausgeprägt.

Tabelle 8: Wie hat der Patient die Farben gewählt (Kategorienformular-Item 4)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
bewusst gewählt	71	68,3	68,9
nicht bewusst gewählt	32	30,8	31,1
<b>Gesamt</b>	103	99,0	100,0
fehlende Angabe	1	1,0	
Gesamt mit fehlend	104	100,0	

Die Farbwahl wurde von dem Großteil der Patienten bewusst gewählt, wobei 1/3 der Gruppe nicht aktiv, sondern unbewusst die Farben gewählt hat.

Tabelle 9: Haben die Farben eine Bedeutung für den Patienten (Kategorienformular-Item 5)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
ja	68	65,4	66,0
nein	35	33,7	34,0
<b>Gesamt</b>	103	99,0	100,0
fehlende Angabe	1	1,0	
Gesamt mit fehlend	104	100,0	

Bei diesem Item zeigt sich, dass für 2/3 der Patienten die Farben eine bestimmte Bedeutung haben. Im Kunsttherapieraum sind alle Grundfarben vorhanden und jedem Patienten zugänglich.

Tabelle 10: Wurde gemalt was angestrebt war zu malen (Kategorienformular-Item 6)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
ja	89	85,6	86,4
nein	14	13,5	13,6
<b>Gesamt</b>	103	99,0	100,0
fehlende Angabe	1	1,0	
Gesamt mit fehlend	104	100,0	

Hier wurden die Patienten gefragt, ob sie auch wirklich das gemalt haben, was sie malen wollten. Interessant hierbei ist die Tatsache, dass doch ein Teil der Gruppe etwas anderes gemalt hat als ursprünglich geplant. Der Großteil ist aber bei der Absicht geblieben und hat das geplante Bild zu Papier gebracht.

Tabelle 11: Wird Bezug auf vorhergehende Bilder genommen (Kategorienformular-Item 7)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
ja	30	28,8	28,8
nein	74	71,2	71,2
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Diese Frage beabsichtigt einen Zusammenhang von mehreren Bildern aus verschiedenen Kunsttherapiestunden zu beurteilen. Mehr als 2/3 der Patienten nimmt bewusst keinen Bezug auf die vorhergehenden Bilder. Sei es, dass direkt in der Kunsttherapiestunde ein weiteres Bild gemalt wird, oder erst in der darauf folgenden Stunde. Knapp 1/3 der Patienten nimmt auf vorhergehende Bilder Bezug. Im Einzelfall sind die Bezüge auf die vorhergehenden Bilder sehr eindrücklich und haben sehr oft mit dem Grundproblem der Patienten zu tun.

Tabelle 12: Wie hat sich der Patient im Bild dargestellt  
(Kategorienformular-Item 8)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
als Person	7	6,7	6,7
als Symbol	25	24,0	24,0
gar nicht	72	69,2	69,2
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Die Patienten haben sich entweder gar nicht im Bild dargestellt oder wenn, dann als Symbol. Darunter wäre z.B. ein Baum oder ein Fels zu verstehen. Nur ein kleiner Teil des Kollektivs hat sich als Person im Bild gemalt.

Tabelle 13: Hat der Patient eine Problematik als Symbol dargestellt  
(Kategorienformular-Item 9)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
gar nicht	18	17,3	17,3
kaum	13	12,5	12,5
mäßig	11	10,6	10,6
stark	62	59,6	59,6
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Dieses Item zeigt, dass viele Patienten Probleme als Symbol im Bild darstellen. Man kann noch einen Schritt weiter gehen und sagen, dass der Patient sich selbst nicht so häufig als Symbol im Bild darstellt, seine Probleme aber umso mehr.

Tabelle 14: Hat die Größe des Bildes eine Bedeutung für den Patienten

(Kategorienformular-Item 10)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
ja	51	49,0	49,0
nein	2	1,9	1,9
keine Angabe	51	49,0	49,0
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Diese Frage zielt auf die Verteilung der Blattformate hin. Für die Hälfte der Patienten war die Bildgröße wichtig. Die andere Hälfte äußerte sich nicht zu diesem Sachverhalt obwohl das angesprochen wurde. Vermutlich war die Größe weniger bedeutsam für sie. Es scheint sinnvoll den Patienten mehrere Blattformate zu Auswahl zu geben.

Weiter ist aufgefallen, dass die Patienten eher mit kleineren Formaten beginnen wenn die Kunsttherapie noch neu für sie ist. Danach tasten sie sich langsam an die größeren Formate heran. Interessant erschien neben dieser Tendenz zu größeren Formaten, je länger man die Kunsttherapie besucht, dass bei schwierigen Sachverhalten oder Problemen die auf das Blatt gebracht werden wollen, der Patient wieder zu kleineren Formaten zurückkehrt.

Tabelle 15: Wie war die Stimmung des Patienten vor der Kunsttherapiestunde

(Kategorienformular-Item 11)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
gut	29	27,9	27,9
mittel	54	51,9	51,9
schlecht	21	20,2	20,2
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Es wird nach der Gemütslage und Stimmung vor der Kunsttherapiestunde gefragt. Die Hälfte der Patienten geben die Ausprägung „mittel“ an, was an dieser Stelle keine direkte Wertung zulässt, sonder eher in Verbindung mit dem folgenden Item Nr. 12 zu sehen ist.

Tabelle 16: Wie war die Stimmung nach der Kunsttherapiestunde  
(Kategorienformular-Item 12)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
besser	57	54,8	54,8
gleich	41	39,4	39,4
schlechter	6	5,8	5,8
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Hier zeigt sich eine deutliche Besserung mit über der Hälfte der Ausprägungen im Vergleich zu der Stimmung vor der Therapie. Knapp 40% beschreiben die Stimmung als gleich und die restlichen 6 Patienten beschreiben die Stimmung nach der Therapie als schlechter.

Tabelle 17: Was war der Vorsatz des Malens für den Patienten (Kategorienformular-Item 13)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Entspannung	22	21,2	21,2
Ablenkung	4	3,8	3,8
Problemausdruck	43	41,3	41,3
Kreativität, Emotionen Raum geben	35	33,7	33,7
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Bei diesem Item wird nach dem Vorsatz, der Intention des Malens gefragt. Wie schon bei den beiden vorherigen Items ist auch dieses Item in Verbindung mit Item 14. zu sehen. Vor der Therapiestunde wollten 43 Patienten ihren Problemen Ausdruck geben, 35 Patienten wollten kreativ sein und ihren Emotionen Raum geben und 22 Patienten wollten sich entspannen.

Tabelle 18: Was bewirkte das Bild bei dem Patienten (Kategorienformular-Item 14)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Entspannung	17	16,3	16,3
Ablenkung	2	1,9	1,9
Problemausdruck	53	51,0	51,0
Klärung	5	4,8	4,8
Verwirrung	10	9,6	9,6
Emot. Ausdruck geben	17	16,3	16,3
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

In dieser Tabelle wird gezeigt, dass über die Hälfte der Patienten ihren Problemen Ausdruck gegeben haben. Somit sind es absolut gesehen 10% mehr als ursprünglich bei Item 13 angegeben. Die eigentliche Absicht zu entspannen ist auf 16% gesunken und auch der emotionale Ausdruck ist gesunken. Im Gegensatz zum vorhergehenden Item sind jetzt neue Ausprägungen hinzugekommen, da sie sich während der Revision der Kategorien herauskristallisiert haben.

Tabelle 19: Wie ist der Problemausdruck (Kategorienformular-Item 15)

Dies ist eine Teilmenge. Einbezogen sind die Ausprägungen die bei Frage 14 Problemausdruck mit „ja“ beantwortet wurden.

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
Problem erkennen, bewusst werden	27	26,0	50,9
Ausdruck	8	7,7	15,1
Bewältigung	18	17,3	34,0
<b>Gesamt</b>	53	51,0	100,0

Item 15. hat in der Interviewauswertung eine Sonderstellung, da nur eine Teilmenge berücksichtigt wurde. Die 53 Patienten, die der Kategorie Problemausdruck bei Item 14. zugeordnet wurden, werden nun isoliert betrachtet. Dabei zeigt sich, dass über die Hälfte das Problem erkannt und sich dessen bewusst geworden sind. 18 Patienten beschreiben, sich mit der Bewältigung des (individuellen) Problems auseinandergesetzt zu haben.

Tabelle 20: Stellt der Patient Gegensätze im Bild dar (Kategorienformular-Item 16)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
ja	30	28,8	28,8
nein	74	71,2	71,2
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Mehr als 2/3 des Kollektivs beschreibt, dass keine Gegensätze im Bild dargestellt sind. Die restlichen 30 Patienten bestätigen einen Gegensatz im Bild- wie z.B. Feuer und Wasser.

Tabelle 21: Wie fühlt sich der Patient mit dem Bild (Kategorienformular-Item 17)

<b>Ausprägung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>
gut	69	66,3	66,3
schlecht	12	11,5	11,5
neutral	23	22,1	22,1
<b>Gesamt</b>	104	100,0	100,0

Abschließend wurden die Patienten gefragt, wie sie sich mit dem Bild fühlten. Davon fühlten sich 2/3 gut mit dem Bild und etwa 22% neutral. Der Rest fühlte sich schlecht mit dem Bild.

### 3.3. Exemplarische Darstellung eines Abschlussinterviews

Insgesamt wurden 15 Abschlussinterviews durchgeführt und transkribiert. Für die exemplarische Darstellung eines Abschlussinterviews wurde ein männlicher Patient ausgewählt den ich Herrn P nennen werde. Herr P ist 50 Jahre alt, kommt aus geordneten sozialen Verhältnissen und arbeitet in einem Angestelltenverhältnis. Er ist verheiratet und hat 2 Kinder. Er stellte sich in der Psychosomatischen Tagesklinik mit einer mittelgradigen depressiven Episode vor. Aus internistischer Sicht leidet Herr P. an Übergewicht und hat erhöhte Cholesterin- als auch Triglyceridwerte. Herr P. besuchte regelmäßig alle Therapien der Psychosomatischen Tagesklinik. Die Aufenthaltsdauer betrug 8 Wochen. Im Folgenden wird der Verlauf des Aufenthaltes anhand der in der Kunsttherapie erstellten Bilder aufgezeigt. Dieser Exkurs basiert auf dem vom Doktoranden geführten Abschlussinterview. Die transkribierte Form des Interviews befindet sich im Anhang.

Als Richtlinie für die Abschlussinterviews wurde der Interviewleitfaden der Einzelinterviews eingesetzt (siehe Anhang). Es wurde kein spezieller Leitfaden erstellt. Der Patient konnte somit das Gespräch freier gestalten.

Man bat den Patienten alle erstellten Kunsttherapiebilder, die während dem Aufenthalt in der PTK gemalte wurden, zu dem Abschlussinterview mitzubringen. Diese wurden auf einem großen Tisch der Reihenfolge nach positioniert. Der Patient wurde gebeten, sich die Bilder anzusehen, und sich zu überlegen, was die Psychosomatische Tagesklinik für ihn persönlich bewirkt hat. Weiter bat man den Patienten auf für ihn wichtige Bilder einzugehen, sie aus der jetzigen Sicht zu beschreiben, und über die Gefühle zu sprechen.

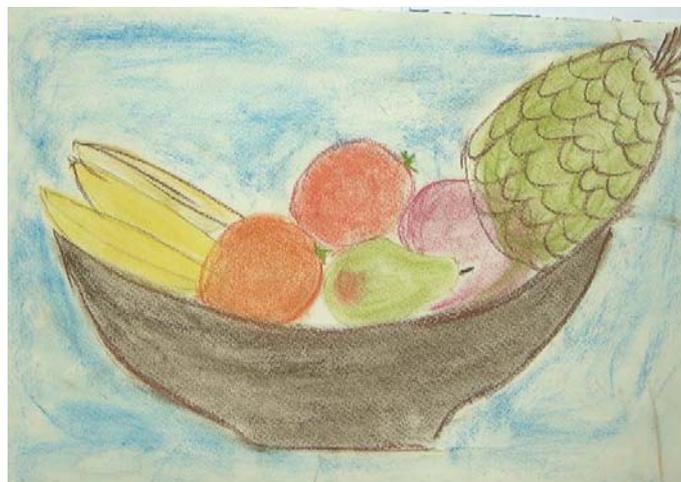


Abb. 6  
Bild-Nr. 3

Herr P. hatte an dem Tag des Bildes Nummer 3 einen Termin bei der Ernährungsberatung. Ihm wurden seine erhöhten Cholesterin- und Triglyceridwerte mitgeteilt und er wurde darauf hingewiesen, seine Essgewohnheiten umzustellen. Um dies zu unterstreichen gestaltete Herr P. das Bild 3 (die Informationen stammen aus dem Einzelinterview). Er bezeichnet das Bild als Wendepunkt, er muss seine Ernährung umstellen und sein Gewicht reduzieren.



Abb. 7  
Bild-Nr. 6

Als weiteren Wendepunkt wird das Bild 6 genannt. Der Patient beschreibt eine Bewegung in ihm. Er zieht Vergleiche zu dem Bild 1 (siehe Übersicht der Bilder auf S. 53). Er beschreibt die aktuelleren Bilder als lebendiger. Zitat: „Dass die Farben heller geworden sind“. Ihm ist es nicht möglich diese Bewegung genauer zu beschreiben, aber für ihn ist die Bewegung positiv.

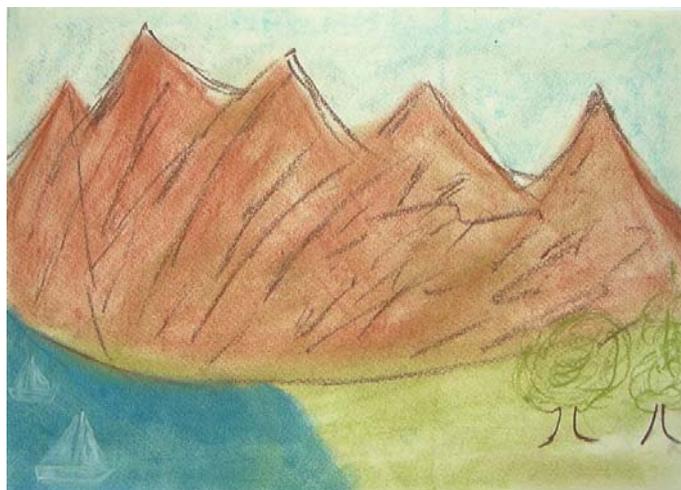


Abb. 8  
Bild-Nr. 8

Das Bild 8 bedeutet für den Patienten Erholung. Zitat: „Das war die Erwartung einer Erholung. Ich konnte mir gar nicht vorstellen wie anstrengend die Tagesklinik ist. Das kann kein Außenstehender beurteilen.“



Abb. 9  
Bild-Nr. 9

Herr P. betitelt das Bild 9 als „der Gong“. Weiter beschreibt der Patient: „Der Gong ist sicherlich auch ein Wendepunkt. Sonst hätte ich sicherlich nicht den Mut gehabt den Gong in der Musiktherapie zu schlagen. Das ist auch den anderen aufgefallen. Es ist etwas mit mir geschehen, dass ich überhaupt den Mut aufgebracht habe, auf den Gong draufzuschlagen.“ Herr P. konnte seine Emotionen und die angestaute Wut kanalisieren und sie entfalten. Darüber hinaus bezieht er sich auf eine andere Therapie in der PTK, die Musiktherapie und stellt eine Verknüpfung her. Dies ist für ihn und sein Krankheitsbild ein sehr großer Fortschritt. Auf die Nachfrage vom Interviewer wie er sich fühle, beschreibt er es als „befreiend“.



Abb. 10  
Bild-Nr. 11

Der Patient schildert die Zeit in der dieses Bild 11 entstanden ist als Woche mit starken Spannungen in der Gruppe. Zitat: „Einfach das Rot und Gelb, verschwommen ohne klare Konturen, das soll darstellen, dass es in der Woche sehr hart zuing.“

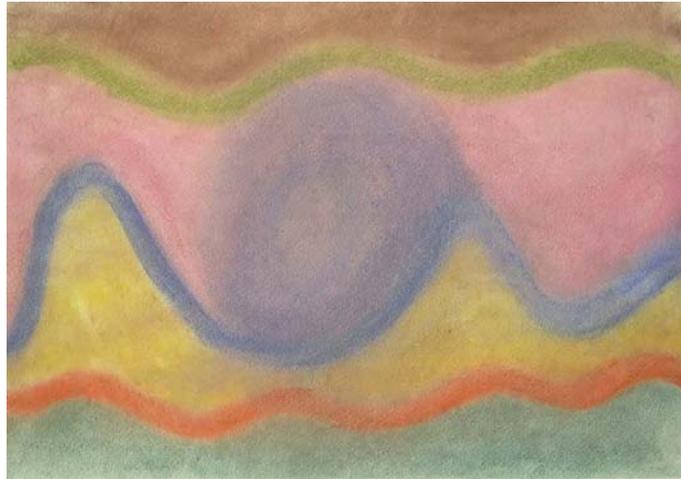


Abb. 11  
Bild-Nr. 12

Herr P. beschreibt das Bild 12: „ ... Das sind die verschiedenen Gruppenmitglieder in verschiedenen Farben, wobei die Welle in der Mitte eine Art Strudel ausdrückt. Nach dem Strudel waren die Wellenbewegungen nicht harmonisch, sie waren etwas gleichmäßiger.“ Die vorhergehende Woche war für die ganze Gruppe sehr anstrengend, da es enorme Spannungen gab. In diesem Bild stellt Herr P. diese Situation dar und beschreibt sie im Interview aus heutiger Sicht. Es wird die Gruppendynamik und die Situation der Gruppe im Bild aufgezeigt.



Abb. 12  
Bild-Nr. 14

Zitat zu Bild 14: „Zuerst wollte ich einen blauen Planeten, also die Erde im All malen. Der blaue Kreis soll die Erde darstellen. Das Graue soll das All darstellen und das Helle ist die Sonne. Im Nachhinein kann ich auch sagen, dass ich das mit einem Auge vergleichen kann. Dass mir hier in der Tagesklinik vielleicht nicht beide Augen sondern ein Auge aufgegangen ist. Ich hoffe, dass das zweite von selbst aufgeht.“ Herr P. bezieht das Bild direkt auf seine Probleme.



Abb. 13  
Bild-Nr. 16

Zitat zu Bild 16: „Als letztes Bild habe ich ein Ausgangschild gemalt. Ich hoffe, dass ich nicht nur den Ausgang aus der Tagesklinik finde, sondern auch aus anderen schwierigen Situationen.“

Auf die Frage hin, was das Fazit für ihn aus der Kunsttherapie sei antwortet Herr P.:

„Ich kann jetzt feststellen, wenn ich die Bilder in der Reihenfolge auf dem Tisch sehe, es nochmals Revue passieren lasse, merke ich, dass ich eine positive Veränderung durchgemacht habe. Die Maltherapie hat mir wirklich etwas gebracht, obwohl ich am Anfang überhaupt nicht wusste was ich malen soll.“

Übersicht der Bilder von Herr P. in chronologischer Reihenfolge:

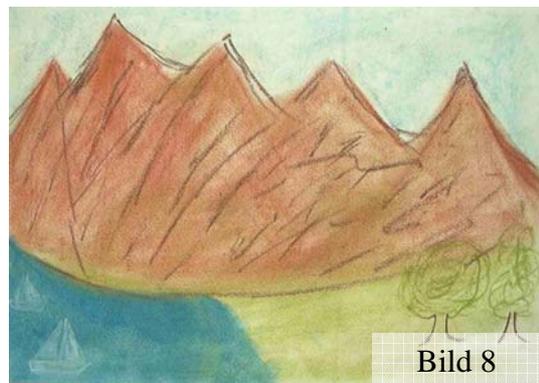
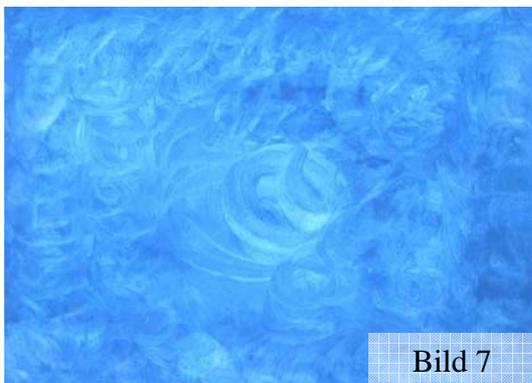
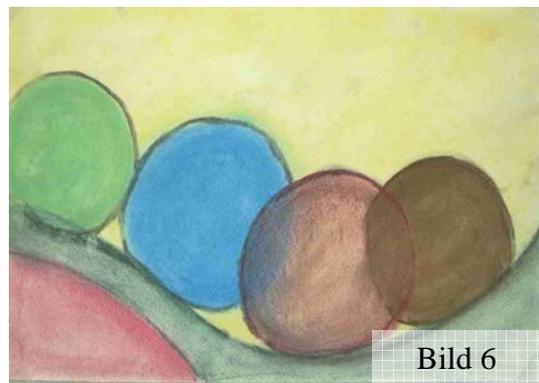
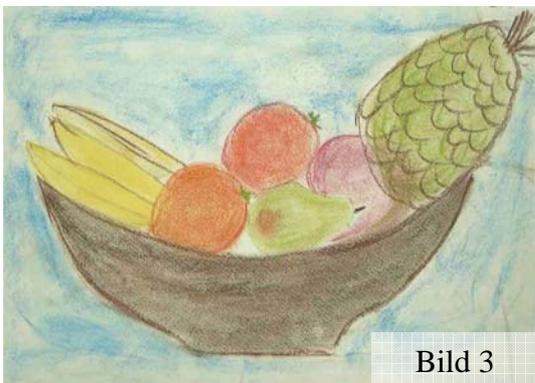
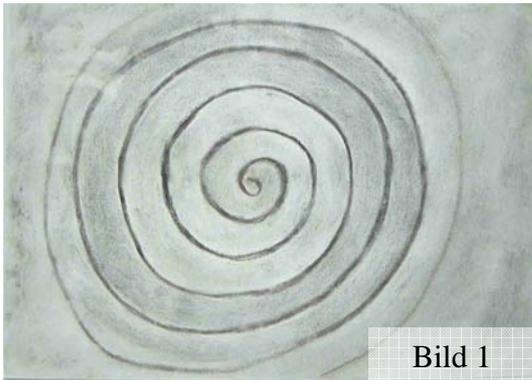


Abb. 14: Übersicht der Bilder von Herr P. Bild 1 bis 8

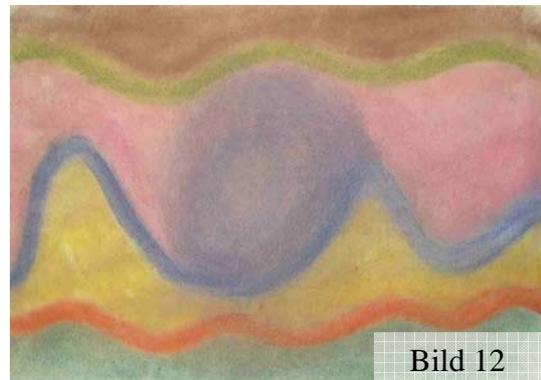


Abb. 15: Übersicht der Bilder von Herr P. Bild 9 bis 16

### 3.4. Exkurs Abschlussinterviews

Die 15 Abschlussinterviews sollten ursprünglich wie die 104 Einzelinterviews anhand eines entwickelten Kategorienformulars ausgewertet werden. Während der Durchführung zeigte sich eine große Heterogenität in dem Patientenkollektiv. Trotzdem haben sich Schwerpunkte gezeigt, die hier angeführt werden.

Die Patienten erstellen im Durchschnitt 16 Bilder während dem Aufenthalt an der PTK. Fast alle Patienten kommen zunächst mit dem Medium Kunst nicht klar und neigen zu kleineren Bildformaten und wenig Farben. Die Patienten beschreiben die ersten Bilder meist als unbeholfen und zögerlich. Im Laufe der Kunsttherapie werden mehr Farben benutzt und es werden größere Bildformate gewählt. Jeder Patient erstellt eine gewisse Anzahl von Bildern die der Entspannung dienen, wobei diese im Verhältnis zu den restlichen Bildern eher in der Minderheit sind. Diese Art von Bildern wird von allen Patienten als entspannend und als kraftschöpfend beschrieben. Die Mehrzahl der Bilder zeigt die Probleme des jeweiligen Patienten auf. Während dem Abschlussinterview konnten alle Patienten auf die problembezogenen Bilder eingehen. Es wurde zumeist die Entwicklung des Bildes im direkten Zusammenhang mit der PTK beschrieben. Sehr häufig waren die Patienten in der Lage die Probleme, die sie veranlasst haben das entsprechende Bild zu malen, reflektiert und zum Teil auch abstrahiert im Interview darzustellen. Des Weiteren erzählten die Patienten ausnahmslos ohne direkte Nachfrage über die eigene Entwicklung in der PTK anhand der Bilder. Sehr häufig wurden Sachverhalte aus anderen Therapie (z.B. Musiktherapie oder Einzeltherapie) in die Kunsttherapiestunde integriert. Die Patienten beschreiben diese Möglichkeit als sehr angenehm, den Sachverhalt in einem Bild zu vertiefen. Manche Patienten sprechen auch direkt von einer Verarbeitung der Probleme in der Kunsttherapie.

Aus Sicht des Interviewers stellen diese Abschlussinterviews eine hervorragende Ergänzung zu den psychotherapeutischen Abschlussgesprächen dar. Der Patient wird angehalten alle von ihm erstellten Bilder während dem Aufenthalt in der PTK anzusehen. Der Patient kennt die Gefühlslagen eines jeden einzelnen Bildes sehr gut, und ist gezwungen sich jetzt am Ende der Therapie nochmals Gedanken darüber zu machen. Viele Patienten haben ein Résumé gezogen.

Sehr oft beschrieben die Patienten das Abschlussinterview als gut und hilfreich, um die Probleme und die Verarbeitung anhand der Bilder nochmals veranschaulicht zu bekommen und durchzusprechen. Einige Patienten reagierten aber auf die Bilder sehr emotional und mussten durch das Interview geführt werden.

#### 3.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Auswertung des POMS Fragebogen konnte eine signifikante Veränderung der Traurigkeit der Patienten gezeigt werden. Die Skalen Zorn und die Summe der Positiven Stimmung verfehlen das Signifikanzniveau zwar knapp, aber man kann dies als eine Tendenz zu einer positiveren Stimmung der Patienten werten.

In der Auswertung des B-L Fragebogen sind 20 der 24 Items signifikant; 17 davon sind hoch signifikant. Besonders scheinen die Patienten in den Bereichen Schwächegefühl, Druck- oder Völlegefühl im Leib, Mattigkeit, Grübeleien, Innere Unruhe und übermäßiges Schlafbedürfnis beeinträchtigt zu sein. Daraus kann man folgern, dass die Kunsttherapie dazu führt, dass körperliche Beschwerden sich zumindest geringgradig zurückbilden.

In der Auswertung der 104 Einzelinterviews zeigt sich, dass die Inspirationen für die Bilder aus der Tagesklinik oder aus den Patienten selbst heraus kommen. Es werden eigene Themen stark im Bild ausgedrückt und die Farbwahl ist größtenteils bewusst gewählt. Für die Mehrheit der Patienten haben die Farben eine Bedeutung. Die Bilder beziehen sich eher nicht auf vorhergehende, sie sind für sich eigenständig. Der Patient stellt eine Problematik stark als Symbol im Bild dar, sich selbst weniger. Für die Hälfte des Patientenkollektivs hat die Formatgröße des Bildes eine Bedeutung. Fast alle Patienten haben sich nach der Kunsttherapie besser oder zumindest gleich gut gefühlt. Der Problemausdruck steht im Mittelpunkt der Kunsttherapie, die Kreativität und die Entspannung folgen mit Abstand. Für die Patienten, die sich mit dem Problemausdruck auseinandergesetzt haben, steht das „Problem erkennen und bewusst werden“ sowie die „Problembewältigung“ im Mittelpunkt. Es werden eher keine Gegensätze im Bild dargestellt. Mehr als 2/3 der Patienten fühlt sich gut mit dem Bild.

Im Rahmen der 15 Abschlussinterviews zeigte sich, dass eine kleine Anzahl der Bilder von den Patienten zur Entspannung erstellt wurde, der größere Teil dient dem Problemausdruck. Die Patienten waren in der Lage über die eigene Entwicklung anhand der Kunsttherapiebilder selbstständig zu berichten. Sehr häufig wurden Sachverhalte und Thematiken übergreifend aus anderen Therapien in die Kunsttherapie integriert. Die Patienten beschrieben diese umfassende Besprechung als hilfreich, um die Probleme und die Verarbeitung anhand der Bilder nochmals durchzusprechen, Sachverhalte abzuschließen oder teilweise klarer darzustellen.

## **4. Diskussion**

### **4.1. Diskussion der Datenerhebung und Methodik**

Die verwendete Methodik dieser Arbeit umfasste neben standardisierten Fragebögen auch semistrukturierte Interviews. Standardisierte Fragebögen werden als Untersuchungsmethode wissenschaftlicher Arbeiten heute weltweit angewandt und anerkannt. Gleich in welchen Bereichen die Methode ihre Anwendung findet, sei es im Bereich der Soziologie, der Psychologie oder wie hier im Bereich der Kunsttherapie, haben Fragebögen ihre Vorteile. Man erhält zu den Items die man abfragt Antworten, die miteinander vergleichbar sind. Darüber hinaus ist hier wie auch bei anderen standardisierten Erhebungsformen der Vorteil, dass die Fragebögen objektiv sind und damit eine wissenschaftliche Analyse ermöglichen.

Im Gegensatz zu den vielen anderen medizinischen Therapien hat die Kunsttherapie, wie andere Psychotherapien, den großen Vorteil, eine auf die individuelle Persönlichkeit ausgerichtete Therapieform zu sein. Versucht man sie z.B. mit Hilfe von Fragebögen in ein vergleichbares Schema zu pressen, läuft man aber Gefahr, individuelle Aspekte zu Gunsten der Vergleichbarkeit zu vernachlässigen. Daher wurde entschieden beides zu machen. Mit B-L und POMS wurden standardisierte in Deutschland und weltweit akzeptierte Verfahren angewendet die dem „State of the Art“ entsprechen.

Im Vorfeld der Studie wurde entschieden die Parallellform B-L' der Beschwerdeliste nicht anzuwenden. Der Grund dafür ist das Fehlen einer Parallellform zu dem POMS- Fragebogen und es sollte die Einheitlichkeit (beide ohne Parallellform) in der Verteilung der Fragebögen gehalten werden. Aufgrund der Nichtanwendung von Parallellformen können Erinnerungseffekte bei den Patienten entstanden sein. Dies könnte zur Folge haben, dass die Patienten sich gemerkt haben, was sie vor der Therapie angegeben haben und absichtlich am Ende der Therapie eine Besserung im Fragebogen angekreuzt haben. Möglicherweise hofften Sie damit den Therapeuten ein „Geschenk“ zu machen. Um dies zu vermeiden wurde zu Beginn der Studie dieser Sachverhalt mit den Patienten besprochen. Weiterhin bestand noch die Möglichkeit, dass die Patienten beim Ausfüllen der Bögen von den Tischnachbarn abschreiben könnten. Dies wurde nicht beobachtet. Die Anzahl der vollständig bearbeiteten Fragebögen beträgt beinahe 100%.

Die Archivierung und Speicherung (siehe Kapitel 2.5.2.) der Daten aus den Fragebögen wurde durch eine Access-Datenbank vereinfacht. Es wurden dadurch auch die Fehlerwahrscheinlichkeiten bei der Eingabe minimiert.

Die Entwicklung des Interviewleitfadens durchlief mehrere Kontrolldurchgänge um Fehler zu vermeiden. In die Entwicklung wurde das Team der Psychosomatischen Tagesklinik insbesondere die Kunsttherapeuten einbezogen. Es wurde eine Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial von 8 Mitarbeitern durchgeführt. Die Verbesserungsvorschläge wurden übernommen und es gab insgesamt 10 Versionen, bis das endgültige Kategorienformular fertig gestellt wurde. Die Transkription und Kodierung der Interviews wurde vom Doktoranden durchgeführt. Eine alternative Kodierung mit dem Computerprogramm ATLAS.ti 4.1 wäre möglich gewesen. Zu diesem Zeitpunkt war die auf diesem System geschulte Psychologin erst in ihrer zweiten Arbeitswoche und wir haben uns gegen diese Methode entschlossen.

Mittlerweile existieren unterschiedliche Methoden in der qualitativen Forschung, primär werden aber vor allem drei Ansätze angewendet. Es handelt sich dabei um die „Globalauswertung“ nach Legewie, die „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Mayring und die „Grounded Theory“ nach Glaser/ Strauss (vgl. Bortz 2001). Die Interviews wurden mittels der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2003) dem entwickelten Kategoriensystem zugeordnet (Kodierung). Dieses Vorgehen erschien als geeignete Methode, den Informationsgehalt der Antworten nicht zu verlieren und gleichzeitig eine Vergleichbarkeit der Antworten zu ermöglichen, in dem der Inhalt verdichtet wurde.

Um diese Kodierung zu verifizieren wurde eine Gegenkodierung aller Interviews von einer zweiten Person durchgeführt. Möglicherweise wäre eine Gegenkodierung von mehreren Personen noch besser gewesen.

Es bleibt die Frage nach der Generalisierbarkeit; dies ist aber bei qualitativen Studien sehr oft der Fall. Es wurden Aussagen von 15 Patienten über einen Zeitraum von 6 Monaten gesammelt, ob eine Übertragung auf die ganze Tagesklinik erfolgen kann, bleibt offen. Weiter könnte man fragen ob das entwickelte Kategorienformular generalisiert auf alle Kunsttherapien und Therapeuten angewendet werden kann. Dies würde aber eine größere Fallzahl, ein anderes Setting als auch mehrere Therapeuten benötigen. Solche Ausweitungen sprengen sehr schnell den Rahmen der Arbeit. Die „limitations“ für diese Studie sind die Beschränkungen auf ein Verfahren, eine Psychosomatische Tagesklinik und einen Doktoranden mit Unterstützung eines Fremdraters.

Die Items des erstellten Fragebogens enthalten zwei- bis achtstufige Ausprägungen. Bei drei Items gab es die Möglichkeit die Ausprägung „keine Angabe“ anzugeben. Es wurde zwar nach dem Sachverhalt gefragt, allerdings wenn die Patienten wie z.B. beim zweiten Item ihre Inspiration nicht erklären konnten, oder bei Item eins sich an die Vorgabe nicht mehr erinnerten, musste das so dokumentiert werden. Auch bei der Größe des Bildes konnten die Patienten teilweise nicht erklären, warum sie dieses Format gewählt hatten. Wir entschieden uns für dieses Vorgehen, da es uns wichtiger erschien zu hören, dass eine Entscheidung nicht möglich sei, als eine Entscheidung zu forcieren.

Ein entwickelter Interviewleitfaden/ Fragebogen kann nie dem Anspruch gerecht werden alle Sachverhalte abzufragen. Es wurde das Wesentliche in die Überlegungen einbezogen und wir sind der Meinung, dass durch die mehrfachen Besprechungen und Abstimmungen mit den Mitarbeitern der Tagesklinik das Kategorienformular die wichtigsten Aspekte der Kunsttherapie abgefragt werden.

Die 104 Einzelinterviews wurden nach einem festen Ablauf vom Doktoranden durchgeführt. Bei den ersten 5 Interviews war eine Kunsttherapeutin oder Prof. Dr. Jörn von Wietersheim anwesend. Es wurden nach der Durchführung dieser Interviews Verbesserungen in der Gesprächsführung und in der Art der Fragestellung vorgenommen, sodass eine einheitlichere Interviewführung gewährleistet war. Trotzdem ist zu berücksichtigen, dass alle Einzel- als auch Abschlussinterviews von ein und derselben Person geführt worden sind.

Nachfragen oder Einwürfe des Interviewers wurden entsprechend gekennzeichnet. Es fehlen Hinweise auf Situationsgeräusche sowie non- oder paraverbale Aussagen, d.h. der Leser erfährt in der Regel nichts über kurze Sprechpausen, Stocken oder Zwischenlaute. Abgebrochene Sätze wurden durch Gedankenstriche markiert, die durch Dialekt bedingten Abkürzungen oder sprachlichen Besonderheiten wurden weitgehend beibehalten. Andere Auffälligkeiten wie Lachen, Weinen oder Gestiken wurden in Klammern angegeben. Die Stimmmodulation oder die Lautstärke des Gesprochenen wurde nicht festgehalten. Die Wahrnehmungen des Interviewers wurden direkt im Anschluss der Gespräche notiert. Diese Notizen wurden teilweise bei der Gegenkodierung herangezogen, um die angeführten Defizite auszugleichen.

Eine Fehlerquelle ist die Lenkung und bewusste als auch unbewusste Beeinflussung der Patienten durch den Interviewer, was die Ergebnisse verfälschen könnte. Weiter können sich auch hier Erinnerungseffekte bei den Patienten einstellen, wobei die während der Therapie entstandenen Bilder sehr unterschiedlich ausfallen. Das Vorgehen war bei den Abschlussinterviews ähnlich. Hierbei wurde das Interview aber freier gestaltet, sodass die mögliche Beeinflussung der Patienten durch den Interviewer geringer war.

Die Therapiedauer der Patienten war unterschiedlich lang, die Art der Erkrankungen waren z.T. unterschiedlich. Denkbar wäre, dass sich der Verlauf bestimmter Erkrankungen besser in Bildern widerspiegelt, als der anderer. Bei einem größeren Patientenkollektiv wäre eine Aufteilung der Patienten nach Diagnosen und Aufenthaltsdauer mit einer separaten Auswertung sicherlich hilfreich. In diesem Zusammenhang sind noch zwei weitere Aspekte zu betrachten. Es wurde nicht nach dem Vorhandensein künstlerischer Vorkenntnisse und vorhandenen Therapieerfahrungen gefragt. Beides ist für den Beginn der Kunsttherapie und die dazu vorhandene Einstellung relevant. So haben z.B. schlechte Erfahrungen während der Schulzeit häufig zu einer skeptischen, bis zu einer negativen Haltung gegenüber der Kunsttherapie geführt (vgl. Born, 2002), welche sich aber zumeist beim Fortschreiten der Therapie legte.

Des Weiteren wurde in der Studie auch auf eine Aufteilung nach Geschlecht, Alter und Bildungsstand verzichtet. Obwohl die angestrebte Patientenzahl (25 gesamt/15 Abschlussinterview) erreicht wurde, könnte man möglicherweise hier durch größere Patientenzahlen und Clusterbildungen weitere Rückschlüsse ziehen.

### **4.2. Diskussion der Ergebnisse**

Bislang gibt es nur vereinzelt Arbeiten, die sich mit den Effekten einer kunsttherapeutischen Intervention befassen. Frühere Veröffentlichungen beschränkten sich meist auf Fallberichte verbunden mit einer Bildbetrachtung. Trotz umfangreicher Literatur und der positiven Entwicklung im theoretischen Bereich der Grundlagenforschung gibt es kaum aktuelle empirische Studien, was auch an der Skepsis des kunsttherapeutischen Feldes gegenüber dieser Art von Forschung liegen kann. Ingeln (2002) stellte fest: „Erwartet werden können aber mehr kunsttherapeutische Forschungsergebnisse, als bisher vorliegen.“ Ein noch am besten dokumentiertes und erforschtes Einsatzgebiet der Kunsttherapie liegt im Bereich der Onkologie und der Schmerzbehandlung.

Die Patienten dieser Studie wurden in einer Einrichtung behandelt und alle besuchten die selben Therapien. Es dürfen vergleichbare Ausgangsbedingungen vorausgesetzt werden. Folglich können, obwohl die untersuchte Stichprobe relativ klein ist, Aussagen über die Auswirkung der kunsttherapeutischen Intervention im Rahmen einer Psychosomatischen Tagesklinik gemacht werden.

Es wurden bei 25 Patienten über einen Zeitraum von 6 Monaten Fragebögen (B-L und POMS) jeweils vor und nach Therapiestunde erhoben. Betrachtet man das körperliche Befinden der Patienten in unserer Studie, so scheinen die Bereiche Schwächegefühl, Druck- oder Völlegefühl im Leib, Mattigkeit, Grübelei, innere Unruhe und übermäßiges Schlafbedürfnis beeinträchtigt zu sein. Es werden signifikante Veränderung der körperlichen Beschwerden erzielt; sie bilden sich geringgradig zurück. Man kann somit postulieren, dass die Patienten direkt nach der Kunsttherapiestunde weniger körperliche Beschwerden aufweisen.

In der Literatur findet man eine Bestätigung dieser Ergebnisse, wobei oft eine gegenseitige Beeinflussung von Psyche und Körper durch die Kunsttherapie beschrieben wird (Luzzatto und Gabriel, 1998). Besonders hervorgehoben werden die Symptome Müdigkeit, Schmerz und Stress. Müdigkeit wird häufig mit Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit und Unzulänglichkeit assoziiert. Eine Teilnahme an der Kunsttherapie verbessert die aktive Mitbestimmung im Heilungsprozess.

Fitza (1990) erläutert in einem Artikel die Bedeutung der Kunsttherapie als ergänzende Schmerzbehandlung. Gelingt es durch künstlerische Tätigkeit die Aufmerksamkeit des Patienten vom Schmerzgeschehen wegzulenken, kann er den Schmerz zeitweise „vergessen“ und die mit dem Schmerzerlebnis verbundene Angst verringern. Hat der Patient diese Erfahrung positiv erlebt, so entdeckt er für sich eine neue bedeutende Schmerzkontrollmethode, die ihm, wie auch in unserer Studie gezeigt, eine Reduktion des Schmerzes ermöglicht. Fitza (1990) beschreibt weiter die therapeutische Wirkung im künstlerischen Schaffen und nicht im Ergebnis. Ein Großteil der Patienten entdeckt im Umgang mit Farben und Formen eine entspannende, beruhigende aber auch gleichzeitig konzentrierende Wirkung des Malens.

Im Gegensatz zu der Kunsttherapie befindet sich die Musiktherapie schon in einem fortgeschritten Stadium der Grundlagenforschung. Nagel (2000) führte eine rezeptive Gruppenmusiktherapie in der Psychosomatik durch. Im Ergebnis wird dargestellt, dass die Rezeptive Musiktherapie zu Assoziationen anregte und, wie auch in unserer Studie gezeigt

werden konnte, zu positiven körperlichen und psychischen Befindlichkeitsveränderungen führte.

Der POMS- Fragebogen erfasst die Stimmungslage der Patienten. Betrachtet man das momentane Befinden der Patienten in unserer Studie, so stehen die Traurigkeit, der Zorn und die Summe der positiven Stimmung im Mittelpunkt. Es konnte eine signifikante Veränderung der Traurigkeit der Patienten gezeigt werden. Die Skalen Zorn und die Summe der positiven Summe verfehlen das Signifikanzniveau zwar knapp, aber man kann dies als eine Tendenz zu einer positiveren Stimmung der Patienten werten.

Man darf nicht vergessen, dass die Kunsttherapie in einen Therapiekomplex eingebettet ist. „Es gibt nur wenige Fälle, in denen die künstlerische Therapie das einzige therapeutische Mittel bei einer Krankenbehandlung ist. Dies ist für die statistische Dokumentation von Wirkungsnachweisen und Erfolgen ein prinzipielles Problem.“ (ZDN, 1999). Demnach werden auch andere Therapien neben der Kunsttherapie durchgeführt. So liegt jeweils am Mittwoch neben der Gruppen- und Einzeltherapie die Essstörungsgruppe direkt vor der Kunsttherapiestunde. Am Freitag sind eine Gruppentherapie und die Entspannung vorge-schaltet. Es ist ein Unterschied, ob die Kunsttherapie isoliert verordnet wird oder nicht. Möglicherweise waren die Patienten schon vor der Kunsttherapiestunde entspannter als sonst, weniger zornig oder ohnehin schon positiver gestimmt. Man kann trotzdem feststellen, dass die Patienten direkt nach der Kunsttherapiestunde weniger traurig, weniger zornig und positiver gestimmt waren als davor. In unserem Fall wird nur die kurzfristige Stimmung erfasst. Wenn man diesen Effekt ausschließlich der Kunsttherapie zuschreiben möchte, sollte man die Ergebnisse mit einer Kontrollintervention, wie z.B. der Entspannungstherapie in Beziehung setzen und vergleichen.

Zimmer et al. (1992) untersuchten die Auswirkung der Kunsttherapie bei Patienten mit psychogenen Erkrankungen. Nach ihren Ergebnissen wurde der Tatendrang erhöht und das Vermeidungsverhalten konnte gleichzeitig reduziert werden. Durch den spielerischen Umgang mit Materialien vermittelt man den Patienten Leistungsfähigkeit und Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten. Wir vermuten, dass durch die künstlerische Aktivität dem Kranken Zutrauen in die eigenen Ressourcen, neue Energie und somit wieder Perspektiven gezeigt werden können (vgl. Gruber, 1998).

Herrlen-Pelzer (2002) berichtet über Aussagen von Krebspatienten zur Maltherapie und zum Malen. Basis ist die auf der hämatologisch-onkologischen Stationen der Medizinischen Klinik

der Universität Ulm eingeführte Maltherapie. Im Rahmen der Studie wurden die Patienten mit halbstrukturierten Interviews zu zwei Zeitpunkten befragt. Als Ergebnis stellt sie fest, dass die Kranken als häufigste Effekte der Maltherapie Spaß, Zeitvertreib, Ablenkung und besseren Kontakt zu den Mitpatienten benennen, was einer Stimmungsaufhellung entspricht. Außerdem werden angenehme Auswirkungen wie Beruhigung, Nachlassen von Schmerzen sowie Unterstützung und Selbstbestätigung genannt. Die positiven Auswirkungen entsprechen einer Besserung der Lebensqualität bei den malenden Patienten. Wir können uns mit unseren Ergebnissen in sofern anschließen, dass sich die Patienten nach der Therapie weniger körperliche Beschwerden haben und sich besser fühlen.

Gruber (2004) beschreibt in seinem Buch „Kunsttherapie in der Onkologie“ eine Studie von Norbert Grulke über die Effekte kunsttherapeutischer Interventionen auf die Befindlichkeit von Krebspatienten. Hierbei wurde neben anderen Methoden einerseits das momentane Befinden mit einem POMS- Fragebogen und andererseits das körperliche Befinden mit einer entwickelten visuellen Analogskala (VAS) bestimmt. Die Studie konnte nachweisen, dass eine gestaltungstherapeutische Intervention das körperliche Befinden und die Lebensqualität bei onkologischen Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbessern kann.

Die Auswertung dieses Bereiches unserer Studie reiht sich in die Ergebnisse der Literatur ein. Die Patienten sind direkt nach der Kunsttherapie weniger traurig und zornig und darüber hinaus positiver gestimmt sowie beschreiben sie weniger körperlicher Beschwerden als vor der Therapiestunde.

Qualitative Forschung zielt ebenso wie quantitative Forschung auf Verallgemeinerung. Ein grundlegender Unterschied besteht allerdings in der Handhabung der gewonnenen Daten, denn qualitative Forschung verlangt zusätzlich nach Erklärung und Theoriebildung, wohingegen quantitative Forschung nur vorhandenes erfasst. „Qualitative und quantitative Forschung bilden jeweils die Enden eines Kontinuums und ergänzen sich, wenn keine kontraproduktive Haltung hinsichtlich ihrer Kombination eingenommen wird“ (Prengel, 1997). Die gebräuchlichste Form qualitativer Untersuchung ist das Interview. In diesem Bereich der Forschung treten durch die zwischenmenschliche Interaktion und die Einmaligkeit der Situation spezielle Probleme hinsichtlich der Erfassungsmethoden auf.

Meines Wissens gibt es nur eine Arbeit mit dem Titel „Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik“ von Rhoda Born

(2002) die sich ausführlich mit unserer Thematik beschäftigt. Diese Studie ist eine Patientenbefragung und umfasst die Meinungen und Ansichten von 38 Personen zur Kunsttherapie, die in einem Leitfadenterview erhoben wurden. Es wurden Daten an einer Klinik mit allen Fachbereichen über einen sechsmonatigen Zeitraum erhoben. In dieser Arbeit wurden Gespräche jeweils vor und nach der Therapie durchgeführt und es wurden fünf Kernbereiche abgefragt. Diese sind: körperliche Wahrnehmung, seelische Eigenwahrnehmung, künstlerische Präsenz, Therapieverständnis und die individuelle Motivation.

Es können nicht alle Ergebnisse aus diesem Bereich unserer Studie in Bezug zur Literatur gesetzt werden, da zum aktuellen Zeitpunkt kaum geeigneten Forschungsarbeiten vorliegen (persönliche Mitteilung von Ulrich Elbing, 2006).

Die 104 Einzelinterviews der 15 Patienten wurden vom Doktoranden durchgeführt, aufgezeichnet und transkribiert. Es zeigt sich, dass die Inspirationen für die Bilder aus der Tagesklinik im Sinne der Konstellation des Aufenthaltes mit allen Faktoren (wie z.B. Therapien, Pausen, Gespräche mit anderen Patienten etc.) oder aus den Patienten selbst heraus kommen. Daraus könnte man schließen, dass die Durchführung der Kunsttherapie eingebettet im Rahmen anderer Therapien im Sinne einer Komplexbehandlung an einer Psychosomatischen Tagesklinik in diesem Fall durchaus sinnvoll und förderlich ist.

Es werden eigene Themen stark im Bild ausgedrückt und die Farbwahl ist größtenteils bewusst gewählt. Born (2002) beschreibt in ihrer Studie, dass die Hälfte ihrer Patienten sich im künstlerischen Tun wieder fand, andere entdeckten bekannte oder vergangene Situationen wieder. Das stimmt mit unseren Ergebnissen überein.

Für die Mehrheit der Patienten haben die Farben eine Bedeutung, d.h. es gab Assoziationen mit bestimmten Farben (z.B. rot für Feuer). Im Zusammenhang mit Farben gibt es neue Forschungsansätze, auf die im nächsten Kapitel kurz eingegangen wird.

Die Bilder beziehen sich eher nicht auf vorhergehende, sie sind für sich eigenständig. Die Grundidee dieser Frage war, ob sich im Verlauf der Kunsttherapie Bilderkomplexe entwickeln, die möglicherweise einen besonderen Stellenwert haben. Dies ist uns nicht aufgefallen. Für die Hälfte des Patientenkollektivs hat die Formatgröße des Bildes eine Bedeutung, d.h. es empfiehlt sich den Patienten mehrere Blattformate anzubieten.

Der Patient stellt eine Problematik stark als Symbol im Bild dar, sich selbst eher weniger. Man könnte daraus schließen, dass der Patient eher Hemmungen hat sich als „Mensch“ im Bild darzustellen, aber mit Symbolen wie z.B. einem Felsen weniger.

Der Problemausdruck aus Sicht der Patienten steht in unserer Forschungsarbeit im Mittelpunkt der Kunsttherapie. Die Kreativität und die Entspannung folgen mit Abstand. Für die Patienten, die sich mit dem Problemausdruck auseinandergesetzt haben, steht das „Problem erkennen und bewusst werden“ sowie die „Problembewältigung“ im Mittelpunkt. Dies ist eine der Kernaussagen der Studie, da man hieraus schließen kann, dass der Problemausdruck und die Auseinandersetzung mit Problemen für die Patienten die mit Abstand wichtigsten Aspekte in der Therapiestunde sind. Born (2002) schreibt: „Mehr als die Hälfte der Interviewpartner hatten das Gefühl, in Kontakt zu sich und ihren Emotionen getreten zu sein. Sie betrachteten die Werke als Spiegel ihrer Persönlichkeit und fanden sich darin wieder.“ Weiter beschreibt sie die Schwerpunktaussagen auf emotional-seelische Bereiche.

Es werden aus Sicht der Patienten eher keine Gegensätze im Bild dargestellt. Im Vorfeld der Studie wurde eher erwartet, dass Gegensätze auf den Bildern überwiegen werden. Mehr als 2/3 der Patienten fühlten sich mit dem jeweils erstellten Bild gut. Einem Teil der Patienten war es sehr wichtig ihre Werke mit nach Hause zu nehmen. Fast alle Patienten haben sich nach der Kunsttherapie besser oder zumindest gleich gut gefühlt. Mit der mir bekannten Literatur stimmt dieses Ergebnis überein. Es wird größtenteils beschrieben, dass die Patienten nach der Therapie über eine bessere Stimmung berichten.

Im Rahmen der Abschlussinterviews konnte, wie auch schon bei den Einzelinterviews, gezeigt werden, dass eine kleine Anzahl der Bilder von den Patienten zu Entspannung erstellt wurde. Der größere Teil dient dem Problemausdruck und den Emotionen. Manche Patienten beschrieben das Abschlussinterview als „Vervollständigung der Maltherapie“. Wir sehen die Art des Abschlussinterviews als Möglichkeit zur abschließenden umfassenden Besprechung der Kunsttherapie mit der Chance Bilder nochmals retrospektiv durchzusprechen, Sachverhalte besser darzustellen oder teilweise sogar noch klarer darzustellen. In dieser Art des Interviews sehen wir ein großes Potential sowohl aus der Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Forschung. Darüber hinaus sehen wir in dem Abschlussinterview mit allen erstellten Bildern während des Aufenthaltes an der PTK die Möglichkeit zur Ergänzung des

Abschlussgespräch nach dem Therapieaufenthalt, wie es im Ulm durchgeführt wird. Es soll die Möglichkeit gegeben werden sich mit den Phasen des Aufenthaltes anhand der Bilder nochmals auseinanderzusetzen und vielleicht besser damit abzuschließen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studie die positive Auswirkung einer kunsttherapeutischen Intervention im Rahmen einer Psychosomatischen Tagesklinik belegt. Bei den Hauptmerkmalen körperliches und emotionales Befinden zeigten sich in einer großen Mehrzahl der Unterpunkte signifikante Veränderungen. Es konnte gezeigt werden, dass die Patienten ihre eigenen Themen und Probleme in ein in sich abgeschlossenes Bild einbringen und diese als Symbol darstellen. Die Stimmungslage verbessert sich größtenteils nach der Therapie, und 2/3 der Patienten fühlen sich mit den erstellten Bildern gut. Eine Fortführung der Abschlussinterviews ist empfehlenswert.

### **4.3. Ausblick auf weitere Forschung**

Die dargestellten und diskutierten Ergebnisse und das Fehlen von Verweigerern der Interviews und der Fragebogenuntersuchung bestätigen die hohe Akzeptanz der Studie und vermutlich die Zufriedenheit der Patienten, die an der Kunsttherapie teilnahmen.

Wünschenswert wären weiterführende Studien mit dem gleichen Setting aber an anderen Kliniken mit größerer Anzahl von Patienten und Kunsttherapeuten. Die Grundidee wäre die Verifikation unserer Ergebnisse um die Frage der Generalisierbarkeit ein Stück weiter zu beantworten. Darüber hinaus wäre es sicherlich von Vorteil, wenn sich eine Arbeitsgruppe von Kunsttherapeuten zusammenfinden würde um den erstellten Interviewleitfaden weiter auszubauen. Die Grundlage wären die hier vorgestellten Ergebnisse, die weiter vertieft werden könnten. Als weitere Fragestellung wäre interessant, ob es besondere Problem-schwerpunkte allgemein, aber auch im speziellen (z.B. auf ein Krankheitsbild bezogen) gibt. Bei einer größeren Patientenanzahl könnte auch die Aufteilung nach Geschlecht, Alter, sozialem Status und Krankheitsbild mit einer separaten Auswertung ein weiterer Ansatz sein.

Als Schwerpunkt für weitere Forschung möchten wir die Auswertung der Abschlussinterviews vorschlagen. Die 15 Abschlussinterviews sind transkribiert und könnten noch mit einem zu entwickelnden Kategorienformular durchgegangen werden. Es entstand der Eindruck, dass die Abschlussinterviews auch therapeutisch verwertbar sind und eine gute

Zusammenfassung des Therapieverlaufes darstellen. Dies könnte dann auch mit objektiven Daten (z.B. Fragebogen) in Beziehung gesetzt werden.

Interessant erachten wir das Empfinden und den Stellenwert des Abschlussinterviews aus Sicht der Patienten anhand statistischer Daten zu belegen. Weiter sehen wir eine Möglichkeit in der Ausweitung der Abschlussinterviews mit der Erstellung eines Interviewleitfadens, aufbauend auf den hier vorgestellten Ergebnissen. Dafür sollte aber eine größere Anzahl von Abschlussinterviews als in der hier vorgestellten Studie durchgeführt werden.

Die Bilder wurden jeweils zu den Einzel- als auch den Abschlussinterviews digital gespeichert. Das Archiv umfasst über 100 Bilddateien. Hier wäre eine weitere Forschung mit diesen Daten im Rahmen einer Bildbetrachtung im Sinne einer Auswertung von Kunsttherapeuten denkbar. Darüber hinaus wäre es auch möglich die Aussagen der Kunsttherapeuten bei der Einzelbetrachtung der Bilder, mit den transkribierten Interviews der jeweiligen Patienten in Beziehung zu setzen und zu vergleichen.

In einem Treffen mit Prof. Dr. Ulrich Elbing der Fachhochschule für Kunsttherapie Nürtingen im Februar 2006 wurde beschlossen, dass das Bildarchiv dieser Arbeit anhand eines Computerprogramms nach Farbhäufigkeit und Verteilung untersucht werden soll. Leider ist diese Auswertung erst im Anfangsstadium und es können hier noch keine Ergebnisse gezeigt werden. Dies ist ein neuer Ansatz der Bildbetrachtung und lässt auf spannende Resultate hoffen.

Abschließend ist hier zu sagen, dass die Kunsttherapieforschung noch einigen Nachholbedarf gegenüber den anderen Forschungszweigen aufweist. Wir hoffen durch diese Arbeit einen Beitrag geleistet und auch Ansätze für weitere Forschung geliefert zu haben

## **5. Zusammenfassung**

Kunsttherapie ist eine Therapieform, die schon lange in psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings angewendet wird. Es gibt eine Vielzahl klinischer Berichte, die eine Wirksamkeit der Kunsttherapie beschreiben, bisher aber wenig Daten empirischer Forschung. Ein wesentlicher Aspekt für Forschung in diesem Bereich ist der Einsatz sowie die Auswahl von Instrumenten, die ausreichend reliabel und dem Fachgebiet angemessen sind.

Das Ziel dieser Arbeit ist einerseits die Auswirkung der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten anhand von standardisierten Fragebögen zu untersuchen. Andererseits soll das Erleben der Kunsttherapie aus Sicht der Patienten mittels qualitativer Verfahren unter Zuhilfenahme eines neu entwickelten Kategorienformulars analysiert werden. In einer Zusatzfragestellung werden die Erfahrungen der Patienten mit der Kunsttherapie anhand aller vom jeweiligen Patienten erstellten Bilder befragt.

Es wurden 26 Patienten (21 weiblich und 5 männlich, mittleres Alter 34 Jahre) der Psychosomatischen Tagesklinik an der Universität Ulm in einem Zeitraum von 6 Monaten untersucht. Zur Erhebung des körperlichen und emotionalen Befindens der Patienten wurden standardisierte Fragebögen B-L (Beschwerdeliste) und POMS (Profile of Mood States) herangezogen. Diese wurden jeweils vor und nach der Kunsttherapie von den Patienten zweimal wöchentlich ausgefüllt.

Für den qualitativen Teil der Arbeit wurden 104 Einzelinterviews bei 15 Patienten (11 weiblich, 4 männlich, mittleres Alter 32 Jahre) jeweils zu einem erstellten Kunsttherapiebild durchgeführt. Hierfür wurde ein Kategorienformular induktiv anhand der Interviews entwickelt, das 17 Items enthält und sich in die Hauptkategorien „Inhalt“ und „Gefühl“ aufteilt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und die Aussagen wurden nach den Regeln der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring den Kategorien durch einen Kodierer sowie eine Gegenkodiererin zugeordnet. Am Ende des Aufenthaltes der Patienten an der Psychosomatischen Tagesklinik wurden bei 15 Patienten (11 weiblich, 4 männlich, mittleres Alter 33 Jahre) Abschlussinterviews anhand aller erstellten Kunsttherapiebilder durchgeführt.

Die Analyse der Ergebnisse zeigte bei den Patienten eine signifikante Verringerung der körperlichen Symptome nach der Kunsttherapie. In der Auswertung des B-L Fragebogen sind

20 der 24 Itemvergleiche signifikant; 17 davon sind hoch signifikant. Besonders scheinen die Patienten in den Bereichen Schwächegefühl, Druck- oder Völlegefühl im Leib, Mattigkeit, Grübelei, Innere Unruhe und übermäßiges Schlafbedürfnis beeinträchtigt zu sein. Demnach führt die Kunsttherapie dazu, dass körperliche Beschwerden sich direkt nach der Therapie zumindest geringgradig zurückbilden. In der Auswertung des POMS Fragebogen zeigte sich eine signifikante Reduktion der Traurigkeit. Die Skalen Zorn und die Summe der positiven Stimmung verfehlen das Signifikanzniveau zwar knapp, aber man kann dies insgesamt als eine Tendenz zu einer positiveren Stimmung der Patienten werten.

In der Auswertung der 104 Einzelinterviews zeigt sich, dass die Inspirationen für die Bilder aus dem Prozess in der Psychosomatischen Tagesklinik oder aus den Patienten selbst heraus kommen. Es werden eigene Themen stark im Bild ausgedrückt. Für die Mehrheit der Patienten haben die Farben eine Bedeutung. Die Bilder beziehen sich eher nicht auf die vorhergehenden, sie sind eigenständig. Die Probleme stellen die Patienten häufig als Symbol dar, sich selbst aber eher weniger. Für die Hälfte des Patientenkollektivs hat die Formatgröße des Bildes eine Bedeutung. Fast alle Patienten haben sich nach der Kunsttherapie besser oder zumindest gleich gut gefühlt. Der Problemausdruck steht im Mittelpunkt der Kunsttherapie, die Kreativität und die Entspannung folgen mit Abstand.

Hinsichtlich der Zusatzfragestellung zeigt sich, dass im Rahmen der 15 Abschlussinterviews eine kleine Anzahl der Bilder von den Patienten zur Entspannung erstellt wurde, der größere Teil dient dem Problemausdruck. Die Patienten waren in der Lage über die eigene Entwicklung anhand der Kunsttherapiebilder zu berichten. Sehr häufig wurden Sachverhalte und Themen übergreifend aus anderen Therapien in die Kunsttherapie integriert. Die Patienten beschrieben diese umfassende Besprechung als hilfreich, um die Probleme und die Verarbeitung anhand der Bilder nochmals durchzusprechen, Sachverhalte abzuschließen oder teilweise klarer darzustellen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kunsttherapie zu einer kurzfristige Besserung des körperlichen und emotionalen Befindens der Patienten führt. Es konnte weiter gezeigt werden, dass sich die Patienten in der künstlerischen Tätigkeit stark mit ihren Problemen beschäftigen, diese eher als Symbole in den Bildern darstellen und sich weniger der Entspannung zuwenden. Die Patienten scheinen von einem abschließenden Gespräch anhand der erstellten Kunsttherapiebilder zu profitieren.

**6. Literaturverzeichnis**

Alberti (1486): Zehn Bücher über Architektur, Buch XI, Kapitel IV

In: Günter M (Hrsg.), Gestaltungstherapie: zur Geschichte der Malateliers in psychiatrischen Kliniken.

1. Auflage Bern; Stuttgart; Toronto: Huber, (1989)

Bach S: Spontanes Malen und Zeichnen im neurochirurgischen Bereich.

Ein Beitrag zur Früh- und Differentialdiagnose.

Schweizerisches Archiv für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie 87, 1, (1961)

Bach S: Das Leben malt seine eigene Wahrheit.

Daimon, Einsiedeln, 31-37 (1990)

Baukus P/ Thies J: Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie.

Stuttgart, Jena, New York (1993)

Baumann J: Themenbezogene analytische Gestaltungstherapie als Gruppenpsychotherapie.

Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 5, 181-187 (1994)

Bergland C, Gonzalez R: Art and madness: can the interface be quantified?

The Sheppard Pratt Art Rating Scale – an instrument for measuring art integration.

American journal of art therapy, 31, 81-90 (1993)

Biniek E M: Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln.

Darmstadt (1992)

Born R: Der kompetente Patient: Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung

künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik (Pilotstudie).

Dissertation Universität Witten-Herdecke, Fachbereich Medizin (2002)

- Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation.  
3.Auflage. Berlin: Springer (2001)
- Bullinger M, Heinisch M, Ludwig M, Geier S: Skalen zur Erfassung des Wohlbefindens:  
Psychometrische Analysen zum „Profile of Mood States“ (POMS) und zum  
„Psychological General Well-Being Index“ (PGWB). Zeitschrift für Differentielle und  
Diagnostische Psychologie 11, 53-61 (1990)
- Cohen B, Hammer J S, Singer S: The diagnostic drawing series: a systematic approach to art  
therapy evaluation and research.  
The arts in Psychotherapy 15, 11-21 (1988)
- Dalbert C: Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische  
Analysen der Struktur und Stabilität.  
Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 13, 207-220 (1992)
- Dannecker K: Kunst, Symbol und Seele- Thesen zur Kunsttherapie.  
3. Auflage, Peter Lang Verlag, Frankfurt, Bern (2000)
- Dilling H: ICD 10, 4. Auflage.  
Verlag Hans Auber (2004)
- Elbing U, Hacking S: “Nürnberger Beurteilungsskala” und „Diagnostic  
Assessment of Psychiatric Art”. Neue Wege zu Evaluation der Bilder von  
Kunsttherapie-Patienten.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 12, 133-139 (2001)
- Fitza S: Therapeutisches Malen als ergänzende Schmerzbehandlungsmethode.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 3, 137-144 (1990)

- Gantt L: Systematic investigation of art works: some research models.  
Drawn from neighboring fields.  
American journal of art therapy 24, 111-118 (1986).
- Günter M: Gestaltungstherapie: zur Geschichte der Malateliers in psychiatrischen  
Kliniken.  
1. Auflage Bern; Stuttgart; Toronto: Huber (1989)
- Gruber H, Falkenhagen H, Weis J: Kunsttherapeutische Ansätze unter  
besonderer Berücksichtigung der Onkologie und der systematischen Bildanalyse.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 9, 115-123 (1998)
- Henn W, Gruber H: Kunsttherapie in der Onkologie.  
Claus Richter Verlag. Köln (2004)
- Herrlen-Pelzer S, Schneider C, Rechenberg P:  
Abschiedsbilder eines Krebspatienten im Rahmen der Maltherapie.  
Beispiel aus einer Studie am Klinikum der Universität Ulm.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 9, 87-93 (1998)
- Herrlen-Pelzer S: Maltherapie bei Krebspatienten im Rahmen von Kunst im Krankenhaus.  
Ein Beitrag zur Krankheitsbewältigung. S.225-241 in Bauer-Mehren R, Kopp-  
Breinlinger, Rechenberg-Winter P (Hrsg.) Kaleidoskop der Trauer.  
Regensburg: Roderer (2002)
- Hillert A: Die "Bildnerei" der Geisteskranken im Urteil der Psychiatrie-  
Perspektiven und methodische Probleme interdisziplinärer Forschung.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 5, 220-224 (1994)

Ingeln C: „Überlegungen zu Forschungsfeldern der Kunst- und Gestalttherapie.  
In: Petersen P (Hrsg.), Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien –  
Grundlagen, Projekte, Vorschläge.  
Stuttgart/Berlin: Mayer, 306-322 (2002)

Jacob W: Kunsttherapie als Methode in der Medizin.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 3, 98-100 (1992)

Koch K: Der Baumtest. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches  
Hilfsmittel.  
Verlag Hans Huber Bern und Stuttgart, 4. Auflage (1962)

Krippendorf K: Content Analysis. An Introduction to its Methodology.  
Beverly Hills, London: Sage (1980)

Luzzatto P, Gabriel B: Art Psychotherapy. In: Holland JC (Hrsg.) Psycho-oncology,  
Oxford University Press, 743-757 (1998)

Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken  
8. Auflage. –Weinheim: Deutscher Studienverlag (2003)

Mohr F: Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische  
Verwertbarkeit.  
Journal für Psychologie und Neurologie, 8, 99-140 (1906)

McNair D M, Lorr M, Droppelman L.F: Manual for the Profile of Mood States.  
San Diego, CA, Educational and Industrial Testing Service (1971)

Nagel A: Rezeptive Gruppenmusiktherapie in der Psychosomatik.  
Darstellung einer Methodik und der Ergebnisse der Begleitforschung.  
Musiktherapeutische- Umschau, 21, 149-158, (2000)

- Petersen P: Ist künstlerische Therapie wissenschaftlich zu verstehen?  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 9, 196-204 (1998)
- Petersen P: Künstlerische Therapien Wege zur psychosozialen Gesundheit.  
Deutsches Ärzteblatt 14, C 707-709  
Deutscher Ärzte Verlag Köln (2000)
- Petersen P: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien –  
Grundlagen, Projekte, Vorschläge.  
Stuttgart/Berlin: Mayer (2002)
- Prengel A, Friebertshäuser B: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der  
Erziehungswissenschaft.  
Weinheim: Juventa (1997)
- Prinzhorn H: Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und  
Psychopathologie der Gestaltung.  
Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York (1968)
- Réja M: L'art chez les fous. 2. Auflage, Paris. In: Günter M (Hrsg.),  
Gestaltungstherapie. Zur Geschichte der Mal-Ateliers in psychiatrischen Kliniken.  
Bern, Stuttgart, Toronto: Huber (1989)
- Reynolds W: The effectiveness of art therapy: does it work?  
Database of Reviews and Abstracts (DARE).  
Volume 1, University of New York (2006)
- Riedel I, Henzler C: Maltherapie: Eine Einführung auf der Basis der analytischen  
Psychologie von C.G. Jung.  
1. Auflage, Stuttgart: Kreuz-Verlag (1992)

- Steinbauer M, Taucher J: Integrative Maltherapie – ein Therapiekonzept.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 3, 19-22 (1992)
- Steinbauer M, Taucher J: Malgruppe – ein diagnostisches Hilfsmittel bei  
Psychiatrischen Erkrankungen.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 6, 28-44 (1995)
- Strauss A, Corbin J: Grounded Theory Methodology.  
An Overview. In: Denzin N, Lincoln Y (Hrsg.):  
Handbook of Qualitative Research.  
London: Sage, 273-285 (1994)
- Thomas C: Die Geschichte der Kunsttherapie  
Die Heilkraft des Malens: Einführung in die Kunsttherapie.  
Werner Kraus (Hrsg.), Orig.-Ausg. München: Beck (1996)  
Becksche Reihe 1157
- Tüpker R, (1990): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen  
Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung.  
In: Petersen P. (Hrsg.), Ansätze kunsttherapeutischer Forschung.  
Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York (1990)
- Volmert J, (1979): Ein inhaltsanalytischer Versuch an vier frühen Nachkriegszeitungen.  
In: Mayring P. (Hrsg.), Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken.  
8. Auflage. –Weinheim: Deutscher Studienverlag (2003)
- Wadson H: Characteristics of art expression in depression.  
The journal of nervous and mental disease 153, 197-204 (1971)
- Wichelhaus B: Kunsttherapie als Wissenschaftsdisziplin.  
Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 7, 143-144 (1996)

Zentrum für Dokumentation für Naturheilverfahren e.V. (ZDN):

Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlicher Heilweisen in Europa. In der Kostenerstattung anerkannte Medizinsysteme, FFB (Hrsg.)  
Band 1. Lüneburg: VDN Verlag (1991)

v. Zerssen D, Koeller D-M: Beschwerdeliste (B-L).

Weinheim: Beltz Test GmbH (1976)

Zimmer M, Sänger-Alt C, Sandweg R: Die therapeutische Wirksamkeit von Malthherapie im

Rahmen eines sechs- bis achtwöchigen stationären Aufenthaltes.

Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie 3, 221-224 (1992)

**7. Anhang:**

## 7.1. Interviewleitfaden

Einstieg: Den Patienten begrüßen und sich bedanken,  
dass er sich die Zeit genommen hat.  
(Was geht Ihnen durch den Kopf?)

Bild: Woher kam das Bild?  
Warum kam das Bild?  
Wie geht es Ihnen mit dem Bild? (Konflikt/ Kontext)  
Welche Beziehung haben Sie zu dem Bild  
Was erleben Sie positiv/ negativ im Bild  
Was war heute Thema? Was war Vorgabe?  
Haben Sie sich daran gehalten?  
Was bedeuten diese Farben? Warum diese Farben?  
Was bedeutet diese Form?  
Was soll das Bild ausdrücken?  
Welche Bedeutung hat das Bild für Sie?  
Wie war Ihre Stimmung vor/ während/ nach der Kunsttherapie?  
Womit meinen Sie sich auseinandergesetzt zu haben?

### Interaktionen, Relevanz anderer Therapien:

Was hat Sie inspiriert?  
Wie war die Interaktion mit der Gruppe (war die Gruppe wichtig/ Bild alleine?)  
Wie wichtig war diese Interaktion für Sie?  
Welche Prozesse gab es in der Gruppe?  
Wie wichtig ist die Gruppen-/ Einzeltherapie ... für Sie?  
Meinen Sie die Gruppe/ Einzel/ Aktuelles...hat Sie beeinflusst?  
Wie war das Gefühl nach der Kunsttherapie (z.B. müde, nachdenklich...)  
Wie steht es mit den Ängsten (weniger, erleichtert, keine)  
Andere Gefühle die sich verändert haben? Hat sich etwas verändert?  
Wie war Ihr Erleben in der Therapiestunde diesmal?  
Besteht ein Zusammenhang mit den anderen Therapien? Wenn ja, wie ist der?  
Wie war die Atmosphäre in der Gruppe? (Für Sie?)  
**Ist noch etwas offen?**  
**Möchten Sie sonst noch etwas zu dem Bild sagen?**

## 7.2. Anschreiben zu Rücküberprüfung des Kategoriensystems

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei einer qualitativen/ quantitativen Forschungsarbeit im Rahmen der Kunsttherapie unter der Leitung von Prof. Dr. J. von Wietersheim würde ich (Daniel Plecity, Doktorand) mich sehr freuen, wenn Sie als Testpersonen die folgenden Interviews den beigefügten Kategorien zuordnen könnten. Im Anhang finden sie 5 Interviews und jeweils ein leeres Kategorienformular (Version 1.4) auf dem sie Ihre Zuordnungen eintragen können.

Bitte fassen Sie die Kategorien noch als Gerüst auf und ich würde mich über Anregungen oder auch Verbesserungsvorschläge ihrerseits sehr freuen.

### Eine kurze Vorstellung der Arbeit und der jetzige Stand:

Thema: Erforschung der Kunsttherapie mittels Fragebögen und Interviews

Struktur:

1. Fragebögen jeweils vor und nach der Kunsttherapie (POMS und B-L).
2. Interviews zu den jeweiligen Kunsttherapien und Bildern des Patienten.
3. Abschlussinterview über alle Bilder des Tagesklinkaufenthaltes.

Pat-Nr.	Geschlecht	Anzahl der Fragebögen	Anzahl der Interviews	Abschlussinterview
1	Frau	17		
2	Frau	40	9	ja
3	Frau	15		
4	Mann	8		
5	Frau	5		
6	Frau	7		
7	Frau	16		
8	Frau	9		
9	Frau	19	4	ja
10	Mann	19	4	ja
11	Frau	18	6	ja
12	Mann	12	9	ja
13	Mann	11	3	ja
14	Mann	10	10	ja
15	Frau	16	13	ja
16	Frau	18	10	ja
17	Frau	17	6	ja
18	Frau	8	8	ja
19	Frau	13	6	ja
20	Frau	11	6	ja
21	Frau	1		
22	Frau	13	7	
23	Frau	6	3	ja
24	Frau	11		ja
25	Frau	8		
26	Frau	1		

Summe der Fragebogeneinheiten: **328**

Summe der Einzelinterviews: **104**

Summe der Abschlussinterviews: **15**

**7.3. Interview- Kategorienformular Version 1.4**Kategorien: INHALT

1. An die Vorgabe gehalten?	ja
	nein
2. Woher kommt die Inspiration?	von zu Hause
	von der Einzeltherapie
	von der Gruppe
	von den Mitpatienten
	allgemein aus der Tagesklinik
3. Werden eigene Probleme in dem Bild dargestellt?	ja
	nein
4. Farbwahl	bewusst gewählt
	nicht bewusst gewählt
5. Haben die Farben eine Bedeutung?	ja
	nein
6. Wurde gemalt was angestrebt war zu malen?	ja
	nein
7. Wird Bezug auf die vorhergehenden Bilder genommen?	ja
	nein
8. Hat der Patient sich selber im Bild gemalt?	ja
	nein
9. Wie hat sich der Patient im Bild dargestellt?	als Person
	als Symbol
10. Hat der Patient eine Problematik als Symbol dargestellt?	ja
	nein

Kategorien: GEFÜHL

11. Stimmung vorher?	gut
	mittel
	schlecht
12. Stimmung nachher?	besser
	gleich
	schlechter
13. Was war der Vorsatz des Malens?	Entspannung
	Ablenkung
	Problembewältigung
	Kreativität, Emotionen Raum geben
14. Was bewirkte das Bild bei dem Patienten?	Entspannung
	Ablenkung
	Problembewältigung
	Klarheit
	Verwirrung
15. Sind Gegensätze im Bild vereint?	ja
	nein
16. Wurde beim Malen etwas verarbeitet?	ja
	nein
17. Wie fühlt sich der Patient mit dem Bild?	gut
	schlecht
	neutral

**7.4. Interview- Kategorienformular Version 2.0****Kategorien: INHALT**

1. An die Vorgabe gehalten?	ja-1-
	nein-2-
	keine Angaben-3-
2. Woher kommt die Inspiration?	von zu Hause-1-
	von der Einzeltherapie-2-
	von der Gruppen-/ Musiktherapie etc.-3-
	von den Mitpatienten-4-
	allgemein aus der Tagesklinik-5-
	sonstiges-6-
	keine Angaben-7
	aus sich selbst heraus- 8
3. Werden eigene Themen in dem Bild dargestellt?	gar nicht -1-
	kaum -2-
	mäßig -3-
	stark -4-
4. Farbwahl	bewusst gewählt-1-
	nicht bewusst gewählt-2-
5. Haben die Farben eine Bedeutung für den Patienten?	ja-1-
	nein-2-
6. Wurde gemalt was angestrebt war zu malen?	ja-1-
	nein-2-
7. Wird Bezug auf die vorhergehenden Bilder genommen?	ja-1-
	nein-2-
8. Wie hat sich der Patient im Bild dargestellt?	als Person-1-
	als Symbol-2-
	gar nicht-3-
9. Hat der Patient eine Problematik als Symbol dargestellt?	gar nicht -1-
	kaum -2-
	mäßig-3-
	stark -4-
10. Hat die Größe des Bildes eine Bedeutung für den Patienten?	ja-1-
	nein-2-
	keine Angabe-3-

**Kategorien: GEFÜHL**

11. Stimmung vorher?	gut-1-
	mittel-2-
	schlecht-3-
12. Stimmung nachher?	besser-1-
	gleich-2-
	schlechter-3-
13. Was war der Vorsatz des Malens?	Entspannung-1-
	Ablenkung-2-
	Problemausdruck-3-
	Kreativität, Emotionen Raum geben-4
14. Was bewirkte das Bild bei dem Patienten?	Entspannung-1-
	Ablenkung-2-
	Problemausdruck-3-
	Klärung-4-
	Verwirrung-5-
	Emotion Ausdruck geben-6-
	Sonstiges-7-
15. Wie ist der Problemausdruck? (nur wenn bei Frage 14 Problemausdruck mit „ja“ angekreuzt)	Problem erkennen, bewusst werden-1-
	Ausdruck-2-
	Bewältigung-3-
16. Sind Gegensätze im Bild dargestellt?	ja-1-
	nein-2-
17. Wie fühlt sich der Patient mit dem Bild?	gut -1-
	schlecht -2-
	neutral-3-

**7.5. Patienten- Fragebogen POMS (Profile of Mood States)**

ASTS © Dalbert, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## MOMENTANES BEFINDEN

Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und kreuzen Sie dann die Zahl an, die am besten Ihren Gefühlszustand **im Moment** beschreibt. Bitte machen Sie bei jeder Aussage ein Kreuz.

	sehr stark	stark	ziemlich	etwas	schwach	sehr schwach	überhaupt nicht
1 zornig	7	6	5	4	3	2	1
2 abgeschlafft	7	6	5	4	3	2	1
3 unglücklich	7	6	5	4	3	2	1
4 traurig	7	6	5	4	3	2	1
5 angenehm	7	6	5	4	3	2	1
6 betrübt	7	6	5	4	3	2	1
7 freudig	7	6	5	4	3	2	1
8 hoffnungslos	7	6	5	4	3	2	1
9 müde	7	6	5	4	3	2	1
10 verärgert	7	6	5	4	3	2	1
11 frohgemut	7	6	5	4	3	2	1
12 entmutigt	7	6	5	4	3	2	1
13 fröhlich	7	6	5	4	3	2	1
14 erschöpft	7	6	5	4	3	2	1
15 heiter	7	6	5	4	3	2	1
16 verzweifelt	7	6	5	4	3	2	1
17 wütend	7	6	5	4	3	2	1
18 entkräftet	7	6	5	4	3	2	1
19 lustig	7	6	5	4	3	2	1

*Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie kein Wort ausgelassen haben.*



**7.7. Abschlussinterview von Herr P.**

Name	ID	Datum Bild	Bild
P END	12		E_12_01 bis 16

I: Hallo Hr. P, sie haben jetzt im Halbkreis auf dem Tisch Ihre Bilder aufgereiht- vom Beginn an bis zum letzten Bild. Gibt es Bilder mit denen Sie sich besonders identifizieren können, z.B. ein Bild ist ein Peak, oder ein Bild war ein Wendepunkt? Wenn es so etwas gibt, können Sie etwas zu den Bildern sagen?

P: *Der Wendepunkt war sicherlich das Bild mit den Kugeln E\_12\_06. Das Ernährungsberatungsbild E\_12\_03 auch. Das Bild mit den Kugeln E\_12\_06, da habe ich gemerkt, dass etwas in Bewegung ist in mir. Auch wenn Sie die Farbkombination vergleichen. Das erste Bild war ganz grau und schwarz und einfarbig. Nach vier bis fünf Bildern hat man schon bemerkt, dass es lebendiger geworden ist. Dass die Farben heller geworden sind. Es sind zwar schon noch schwarze Ränder um die Kugeln herum, das sollte darstellen dass sich etwas bewegt hat. Es ist Bewegung in mich gekommen. Durch die Wellen, also den Berg und Tal und wieder Berg. Da kann ich jetzt nicht sagen wo sich die Kugeln, also physikalisch schon, befinden. Momentan ist alles noch in Bewegung.*

I: Was stellen die Kugeln dar? Können Sie sich mit den Kugeln identifizieren?

P: *Da habe ich mir keine Gedanken gemacht. Das stellt nur diese Bewegung dar.*

I: Was war sonst noch wichtig? Welche Bilder sind noch wichtig für Sie?

P: *Das Bild E\_12\_08 sollte Erholung zeigen. Mit den Bergen und dem Segelschiff. Das waren meine Gedanken zu der Zeit. Da war die Erwartung einer Erholung. Ich konnte mir gar nicht vorstellen wie anstrengend die Tagesklinik ist. Das kann kein Außenstehender beurteilen.*

I: Sie haben Bewegung, sie haben Beruhigung...?

P: *Der Gong ist sicherlich auch ein Wendepunkt. E\_12\_09 gewesen. Sonst hätte ich sicherlich nicht den Mut gehabt den Gong in der Musiktherapie zu schlagen. Das ist auch den anderen aufgefallen. Es ist etwas mit mir geschehen, dass ich überhaupt den Mut aufgebracht habe, auf den Gong draufzuschlagen. Es ist doch ein sehr lautes Instrument, ich habe ihn nicht zärtlich gestreichelt sondern volle Kanne drauf.*

I: Wie fühlen Sie sich jetzt, wenn Sie das Bild sehen?

P: *Es ist befreiend. Ich werde mir einen Gong über das Bett hänge, damit ich bevor ich aufstehe einmal auf den Gong schlage. Wie ein Therapeut das gesagt hat, man soll sich nicht beim Träumen bewegen.*

I: Gehen wir zu den weiteren Bildern?

P: *E\_12\_10. Das soll ein Ei sein. Das war die letzte Kunsttherapiestunde vor Ostern. Das war die Chaoswoche. Da habe ich 2 rote Bilder gemalt. Es war mit der Gruppe ziemlich stark im Chaos, deswegen Chaoswoche (Anm. des Interviewers: In dieser Woche gab es sehr starke Spannungen in der Gruppe, die Patienten betitelten diese Zeit als Chaoswoche). Wo jeder zu kämpfen hatte. E\_12\_11 – Einfach das Rot und Gelb, verschwommen ohne klare Konturen, das soll darstellen, dass es in der Woche sehr hart zugeht. Das Zweite Bild E\_12\_12 die Woche in einer Wellenbewegung dargestellt. Das war am Freitag, das sind die verschiedenen Gruppenmitglieder in verschiedenen Farben, wobei die Welle in der Mitte eine Art Strudel ausgedrückt. Nach dem Strudel waren die Wellenbewegungen nicht harmonisch war, sie war etwas gleichmäßiger, links die Welle in der Mitte sehr stark ansteigend und abfallend. Dann der Strudel, in den auch andere reingezogen wurden. Nach dem Strudel, danach die Wellenbewegung etwas flacher, aber sie war noch vorhanden*

I: Zu den restlichen Bildern; ist noch etwas dabei worüber Sie sprechen wollen?

P: *Das Bild E\_12\_14. Zuerst wollte ich einen blauen Planeten, also die Erde im All malen. Der blaue Kreis soll die Erde darstellen. Das Graue soll das All darstellen und das Helle ist die Sonne. Im Nachhinein kann ich auch sagen, dass ich das mit einem Auge vergleichen kann. Dass mir hier in der Tagesklinik vielleicht nicht beide Augen sondern ein Auge aufgegangen ist. Ich hoffe, dass das zweite von selbst aufgeht. So habe ich es mir im Nachhinein noch einmal Revue passieren lassen. Als letztes Bild habe ich ein Ausgangschild gemalt. Ich hoffe, dass ich nicht nur den Ausgang aus der Tagesklinik finde, sondern auch aus anderen schwierigen Situationen.*

I: Was ist ihr Fazit?

P: *Ich kann jetzt feststellen, wenn ich die Bilder in der Reihenfolge auf dem Tisch sehe, und es nochmals Revue passieren lasse, merke ich, dass ich eine positive Veränderung durchgemacht habe. Die Maltherapie hat mir wirklich etwas gebracht, obwohl ich am Anfang überhaupt nicht wusste was ich malen soll.*

I: Danke.

**7.8. Wochenplan der Psychosomatischen Tagesklinik**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<b>8.00 – 9.00</b>	8.30 – 9.00 Frühstück	8.30 – 9.30 Frühstück	8.30 – 9.30 Frühstück	8.30 – 9.30 Frühstück	8.30 – 9.30 Frühstück
<b>9.00 - 10.00</b>	Gruppe trifft Chef 9.30 – 10.30 Gruppentherapie	9.30 – 10.30 Musiktherapie	9.30 – 10.30 Gruppentherapie	9.30 – 10.30 Musiktherapie	9.30 – 10.30 Gruppentherapie
<b>10.00 - 11.00</b>			Einzeltermine		
<b>11.00 - 12.00</b>	Einzeltermine		11.15 – 12.00 Selbstsicherheit straining	Einzeltermine	11.15 – 12.00 Entspannung
<b>12.00 - 13.00</b>	12.00 – 13.00 Mittagessen	12.00 – 13.00 Mittagessen	12.00 – 13.00 Mittagessen	12.00 – 13.00 Mittagessen	12.00 – 13.00 Mittagessen
<b>13.00 - 14.00</b>	13.00 – 13.45 Entspannung		Essstörungen- gruppe	13.30 – 14.00 Patientenplenum	13.35 – 14.45 Maltherapie
<b>14.00 - 15.00</b>	14.00 – 15.30 Kreativitätsgruppe	14.00 – 15.15 Gruppenaktivität in Eigen- verantwortung	14.00 – 15.30 Maltherapie	14.00 – 15.00 Visite / Einzeltermine	
<b>15.00 - 16.00</b>					

## **8. Danksagung**

Herrn Professor Dr. J. von Wietersheim danke ich für die Überlassung des Themas. Ich bedanke mich ganz besonders für die gute Betreuung. Er nahm sich bei Problemen stets Zeit für mich und wird mir dank seiner freundlichen Art in bester Erinnerung bleiben.

Für die Einführung in die Kunsttherapie und die kontinuierliche Unterstützung während der Forschungsarbeit möchte ich mich bei den beiden Kunsttherapeutinnen Fr. Skura und Fr. Danner-Weinberger herzlich bedanken. Sie hatten jederzeit ein offenes Ohr für meine Fragen.

In Fragen der Statistik und Auswertung möchte ich mich bei Fr. Rottler bedanken. Sie konnte mir so manch komplexen Sachverhalt klar und verständlich erklären. Auch Herr Pokorny stand mir zu Beginn der Studie mit der Auswahl der Instrumente hilfreich zur Seite.

Fr. Radau danke ich für die Gegenkodierung der vielen Interviews. Die Konsensgespräche waren sehr gut und die Diskussionen über das Forschungsmaterial sowie das Forschungsgebiet waren interessant und hilfreich. Fr. Mörtl danke ich für die Unterstützung in der Qualitativer Forschung und die aufmunternden Worte.

Ich möchte mich auch besonders bei Fr. Rapp-Dworschak und Fr. Unsöld für die Geduld und Hilfsbereitschaft bedanken. Sie haben meine Fragen jederzeit beantwortet.

Weiter bedanke ich mich bei allen Patienten, die an der Studie teilgenommen haben und mir diese durch die Beantwortung der Fragebögen und Interviews erst ermöglicht haben.

Meinen Eltern möchte ich dafür danken, dass ich heute an diesem Punkt stehe. Sie haben immer fest an mich geglaubt und mich in allen Entscheidungen uneingeschränkt unterstützt.

Ein besonderer Dank geht an Julia Meier.

## 9. Lebenslauf

---

### **Daniel Marc Plecity**

Bregenzer Str.112, 89079 Ulm an der Donau

daniel.plecity@gmail.com, Tel.: 0177 – 9395316

#### Schule und Ausbildung

---

07.1988-06.1994	Anna-Essinger Realschule, Ulm, Mittlere Reife
07.1994-06.1997	Robert-Bosch Gymnasium, Ulm, Abitur
09.1997-09.1998	Zivildienst als OP-Pfleger, Universitätsklinikum Ulm
09.1998-06.1999	Ausbildung zum MTA-R in Ulm, Akademie für med. Berufe

#### Hochschulstudium

---

10.1999-12.2005	Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm
08.2001	Physikum
08.2002	Erstes Staatsexamen
08.2004	Zweites Staatsexamen
11.2005	Drittes Staatsexamen, Approbation

#### Außerkurrikuläre Zusatzkurse

---

Elektrokardiographische Diagnostik  
Ultraschallseminar und Praktikum Teil I und II  
Tropical Doctor I & II – Tropen- und Infektionskrankheiten  
Ulmer Notfalloperationskurs mit praktischen Übungen  
Cardio OP (Herzchirurgie)  
Infektiologieseminar

#### Praktische Erfahrungen

---

01.2006-06.2006	Lehrauftrag im Bereich E-Learning der Medizinischen Fakultät Ulm <u>Tätigkeitsfeld:</u> Dozent der Veranstaltung ‚Virtuelle Vorklinik‘
-----------------	---

- 02.2006-03.2006 Lehrauftrag im Bereich Medizinische Psychologie und Soziologie der Universität Ulm  
Tätigkeitsfeld: Durchführung des Blockpraktikums med. Psychologie und Soziologie für Studenten des 3. Semesters der Universität Ulm.
- 04.2003-12.2005 Wissenschaftliche Hilfskraft im E-Learning Kompetenzzentrum  
Tätigkeitsfeld: Autor und Tutor im Rahmen der Kurse ‚Docs ´n Drugs‘, ‚LaMedica‘ und ‚Virtuelle Vorklinik‘ für Studenten der Universität Ulm.
- 02.2004 Wissenschaftliche Hilfskraft im Fachbereich Med. Psychologie und Soziologie  
Tätigkeitsfeld: Durchführung des Blockpraktikums med. Psychologie und Soziologie für Studenten des 3. Semesters der Universität Ulm.
- 10.2002-06.2003 Wissenschaftliche Hilfskraft im Fachbereich Mikrobiologie und Virologie  
Tätigkeitsfeld: Vorbereitung und Betreuung von Studentenkursen mit anschließender Prüfungsaufsicht und Korrektur; Tutor für ‚Praktisch Orientiertes Lernen‘ der Universität Ulm.
- 02.2001-10.2002 Pflegerische Tätigkeit im Operationssaal der Chirurgie, Universität Ulm  
Tätigkeitsfeld: OP-Saal- und Lagerungspfleger in Tag- und Nachtdiensten.
- 06.1997-06.2000 Freier Mitarbeiter bei einem lokalem Radiosender, Radio 7, Ulm  
Tätigkeitsfeld: Mitorganisation und Unterstützung bei lokal veranstalteten Musikdarbietungen.

Famulaturen

---

- 03.2002-04.2002 Innere Medizin I, Klinikum Konstanz
- 03.2003 Gynäkologie und Geburtshilfe, Kantonsspital Frauenfeld, Schweiz
- 04.2003-06.2003 Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
- 09.2003 Innere Medizin II, Universitätsklinikum Ulm
- 05.2004 Allgemeinärztliche Praxis, Ulm-Wiblingen
-

Praktisches Jahr

---

Gynäkologie	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kantonsspital Münsterlingen, Schweiz
Chirurgie	Unfall- und Visceralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm
Innere Medizin	Innere Medizin I und II, Universitätsklinikum Ulm

Qualifikationen

---

EDV – Kenntnisse	MS Windows, MS Office
Sprachkenntnisse	Englisch (gute Kenntnisse in Wort und Schrift) Französisch (Grundlagenkenntnisse) Tschechisch (Grundlagenkenntnisse)

Weitere Aktivitäten

---

Interessen	Windsurfen, Tennis, Ski- / Snowboardfahren, Reisen.
------------	---