

Das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen-  
und TherapeutInnensicht unter besonderer  
Berücksichtigung von Essstörungen

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät

der Eberhard Karls Universität Tübingen

vorgelegt von

Dipl. Päd., Dipl. Kunsttherapeutin

Christiane Ganter- Argast

aus Villingen-Schwenningen

Tübingen 2015

Tag der mündlichen Prüfung: 03.08.2015

Dekan: Prof. Dr. rer. soc. Josef Schmid

1. Gutachterin: Prof. Dr. Barbara Stauber

2. Gutachterin: Prof. Dr. med. Dipl.- Psych. Isa Sammet

Danke an

Prof. Dr. Barbara Stauber und Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Isa Sammet für die langjährige Beschäftigung mit meinem Thema und die immer herzliche und weiterführende Kritik.

Dr. Johannes Mander für die vielen methodischen Hilfestellungen und Erklärungen im quantitativen Forschungsteil sowie Malwina Schattschneider, Dr.med Ute Martens, Dr. med. Martin Teufel, Prof. Dr. Stephan Zipfel. Vielen Dank an alle Pflegekräfte der Station und der Tagesklinik der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen und an die Sekretärin Sabine Gaschler.

Iza, Praktikantin in der Kunsttherapie, und Claudia Lehle für die Bereitschaft, den Fragebogen auszufüllen.

Die Patienten und Patientinnen, die bereit waren die Fragebögen auszufüllen. Vielen Dank den beiden Patientinnen für die Bereitschaft sich interviewen zu lassen.

Susanne Hase, Kunsttherapeutin Psychosomatik des Uniklinikums Heidelberg, für die freundliche Bereitschaft, an der Fragebogenstudie mitzuwirken.

Die Doktoranden des Kolloquiums von Prof. Stauber am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen , Eva- Maria Lohner im Besonderen.

Den Forschungsverbund Kunsttherapie mit Prof. Ulrich Elbing, Prof. Constanze Schulze, Prof. Harald Gruber, Prof. Jörg Oster, Prof. Thomas Ostermann für die fachliche Begleitung und Beratung sowie dem dort angeschlossenen Doktoranden-Kolloquium . Hier gilt besonderem Dank den Mitpromovenden Sonja Pöppel, Dr. Christian Widdaschek, Dr. Alexandra Hopf, Dr. Renate Oepen, Thomas Staroszinsky und vor allem auch Dr. Maja Lauschke, der ich für ihren Austausch und das Interesse an meiner Arbeit sehr dankbar bin. Erwähnt sei hier auch die Software Ag Stiftung, die die Teilnahme am Kolloquium des Forschungsverbundes Kunsttherapie lange Zeit mit einem Reisekostenstipendium finanzierte.

Die Carus Stiftung und an das Qualifizierungsprogramm Klinische Forschung in der Psychosomatik, da ich als einzige Kunsttherapeutin an diesem Programm für Nachwuchswissenschaftler in der Psychosomatik von 2008-2010 teilnehmen durfte.

Prof. i. R. Günter Huber für die kostenlose Bereitstellung von Aquad 7 und die freundliche Einweisung in dieses Computerprogramm. An die Graduierten Akademie der Universität Tübingen, die mit verschiedenen Methodik- Seminaren dazu beigetragen hat, dass ich meine Dissertation fertigstellen konnte.

Die Genius Bar der Universität Tübingen, die mich bei technischen Problemen rund um den Computer stets kostenlos unterstützte!

Susanne, Gisela, Katja und Kristian für das Korrekturlesen sehr herzlichen Dank!

Meinen Ehemann Dr.med Pascal Argast für seine ausdauernde und liebevolle Unterstützung sowie an meine beiden Töchter Maxie und Franka dafür, dass sie da sind. Außerdem möchte ich mich bei unserer Tagesmutter Conny für die verlässliche und liebevolle Betreuung unserer Kinder bedanken. Danke an meine Eltern Hans-Jörg und Ursula Ganter.

# Inhaltsverzeichnis

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Einleitung.....   | 11 |
| 1.1   | Kontext der Arbeit.....   | 11 |
| 1.2   | Aufbau der Arbeit.....  | 14 |
| I.    | Theorieteil mit aktuellem Forschungsstand.....  | 16 |
| 2     | Kunsttherapie verstanden aus erziehungswissenschaftlichen Begründungszusammenhängen.. | 16 |
| 2.1   | Kunsttherapie.....  | 16 |
| 2.2   | Ästhetisches Erleben.....   | 18 |
| 2.3   | Ästhetische Erfahrung.....  | 21 |
| 2.4   | Ästhetische Bildung.....  | 30 |
| 3     | Wirkforschung.....  | 44 |
| 3.1   | Wirkforschung in der Erziehungswissenschaft.....                                      | 44 |
| 3.2   | Wirkforschung in der Psychotherapie.....  | 50 |
| 3.3   | Wirkforschung in der Kunsttherapie.....   | 61 |
| 4     | Kunsttherapie und Essstörungen.....   | 70 |
| 4.1   | Das Krankheitsbild der Essstörungen.....  | 70 |
| 4.2   | Kunsttherapie bei Essstörungen.....   | 75 |
| 4.2.1 | Kunsttherapie und Identitätsprozesse.....   | 80 |
| II.   | Empirischer Gegenstand.....   | 84 |
| 5     | Methodisches Vorgehen.....  | 84 |
| 5.1   | Hypothese und Forschungsfrage.....  | 84 |
| 5.2   | Untersuchungskontext.....   | 87 |
| 5.2.1 | Setting.....  | 87 |

|         |  |     |
|---------|--|-----|
| 5.2.2   | Zugang zum Untersuchungsfeld .....   | 89  |
| 5.3     | Fragebogenüberprüfung .....  | 89  |
| 5.3.1   | Ein- und Ausschlusskriterien Gesamtstichprobe .....  | 89  |
| 5.3.2   | Fallzahl Gesamtstichprobe .....  | 90  |
| 5.3.3   | Datenerhebung Gesamtstichprobe .....   | 91  |
| 5.4     | Das Erleben der Kunsttherapiegruppe bei Essstörungen.....  | 92  |
| 5.4.1   | Ein- und Ausschlusskriterien Stichprobe Essstörungen.....  | 92  |
| 5.4.2   | Fallzahl Stichprobe Essstörungen .....   | 92  |
| 5.4.3   | Datenerhebung Stichprobe Essstörungen.....   | 93  |
| 5.5     | Forschungsinstrumente.....   | 93  |
| 5.5.1   | Konstruktion der Fragebögen FEKTP und FEKTH.....   | 93  |
| 5.5.1.1 | Selbst- und Fremdeinschätzung .....  | 96  |
| 5.5.2   | Interviewleitfaden .....   | 99  |
| 5.6     | Analyse der Fragebögen .....   | 99  |
| 5.6.1   | Explorative Faktorenanalyse .....  | 99  |
| 5.6.2   | Konfirmatorische Faktorenanalyse .....   | 102 |
| 5.6.2.1 | Modell-Evaluation .....  | 103 |
| 5.6.3   | U- Test nach Mann & Whitney .....  | 104 |
| 5.7     | Analyse der Interviews .....   | 104 |
| 6       | Ergebnisse.....  | 107 |
| 6.1     | Deskriptive Statistik.....   | 107 |
| 6.1.1   | Stichprobenbeschreibung .....  | 108 |
| 6.1.2   | Häufigkeitsverteilung der Items zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus<br>PatientInnensicht ..... | 109 |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| 6.1.3     | Interpretation der deskriptiven Ergebnisse des FEKTP .....   | 114 |
| 6.1.4     | Häufigkeitsverteilung des Fragebogens zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus<br>TherapeutInnensicht .....           | 116 |
| 6.1.5     | Interpretation der deskriptiven Ergebnisse aus dem FEKTTH.....   | 119 |
| 6.2       | Fragebogenüberprüfung .....  | 121 |
| 6.2.1     | Itemanalyse .....  | 121 |
| 6.2.2     | Faktorenanalyse FBKTP .....  | 123 |
| 6.2.3     | Gütekriterien .....  | 127 |
| 6.2.4     | Konfirmatorische Faktorenanalyse FEKTTH .....  | 128 |
| 6.3       | Das Erleben der Kunsttherapiegruppe bei Essstörungen.....  | 129 |
| 6.3.1     | Stichprobenbeschreibung .....  | 129 |
| 6.3.2     | Häufigkeitsverteilungen der Items zum Erleben der Kunsttherapiegruppe für<br>PatientInnen mit einer Essstörung ..... | 130 |
| 6.3.3     | Ergebnisse U-Test nach Mann & Whitney.....   | 133 |
| 6.3.4     | Ergebnisse der Interviewanalyse.....   | 135 |
| 6.3.4.1   | Fallrekonstruktion Frau X .....  | 136 |
| 6.3.4.2   | Patientinnenportrait.....  | 136 |
| 6.3.4.3   | Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen bei Frau X .....   | 138 |
| 6.3.4.3.1 | Nacherleben des gestalterischen Tuns .....   | 138 |
| 6.3.4.3.2 | Erleben wie das gestalterische Tun wirkt.....  | 143 |
| 6.3.4.3.3 | Erleben von Gefühlen.....  | 145 |
| 6.3.4.3.4 | Erleben wie die Gestaltung wirkt .....   | 149 |
| 6.3.4.3.5 | Symbolisierungserleben aus PatientInnensicht .....   | 150 |
| 6.3.4.3.6 | Erleben der Kunsttherapiegruppe.....   | 152 |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| 6.3.4.3.7 | Erleben der Kunsttherapeutin.....  | 153 |
| 6.3.4.3.8 | Veränderte Selbstwahrnehmung der Patientin .....   | 155 |
| 6.3.4.3.9 | Zusammenfassung der Fallrekonstruktion von Frau X.....   | 158 |
| 6.3.4.4   | Esstörungsspezifisches Erleben von Frau X in der Kunsttherapiegruppe:<br>Körperstrategien und Bewältigungsmuster ..... | 160 |
| 6.3.5     | Fallrekonstruktion Frau Y .....  | 164 |
| 6.3.5.1   | Patientinnenportrait.....  | 164 |
| 6.3.5.2   | Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen aus PatientInnensicht.....   | 166 |
| 6.3.5.2.1 | Nacherleben des gestalterischen Tuns .....   | 166 |
| 6.3.5.2.2 | Erleben wie das gestalterische Tun wirkt.....  | 168 |
| 6.3.5.2.3 | Erleben wie die Gestaltung wirkt .....   | 170 |
| 6.3.5.2.4 | Erleben von Gefühlen.....  | 172 |
| 6.3.5.2.5 | Symbolisierungserleben aus Patientinnensicht .....   | 174 |
| 6.3.5.2.6 | Erleben der Beziehung zur Kunsttherapiegruppe .....  | 179 |
| 6.3.5.2.7 | Erleben der Beziehung zur Kunsttherapeutin .....   | 181 |
| 6.3.5.2.8 | Veränderte Selbstwahrnehmung der Patientin .....   | 183 |
| 6.3.5.2.9 | Zusammenfassung Fallrekonstruktion Frau Y .....  | 184 |
| 6.3.5.3   | Esstörungsspezifisches Erleben von Frau Y in der Kunsttherapiegruppe:<br>Körperstrategien und Bewältigungsmuster ..... | 185 |
| 6.3.6     | Bildungstheoretische Aspekte im Erleben der Kunsttherapiegruppe.....   | 188 |
| 6.4       | Triangulation der qualitativen und quantitativen Ergebnisse.....   | 191 |
| 7         | Diskussion.....  | 195 |
| 7.1       | Diskussion der quantitativen Forschungsergebnisse und Ausblick.....  | 195 |
| 7.2       | Diskussion der qualitativen Ergebnisse und Ausblick.....   | 201 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 7.3 Einordnung der Ergebnisse..... | 205 |
| Literaturverzeichnis.....          | 207 |
| Anhang .....                       | 210 |



## **Abbildungsverzeichnis:**

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Interaktionsmodell (Schulze, Sinapius, 2009).....                          | 18  |
| Abbildung 2: Zwei Pole der Erfahrung (Sabisch, 2009 S. 3).....                          | 22  |
| Abbildung 3: Verteilung der Hauptdiagnosen.....   | 109 |
| Abbildung 4: Screeplot FEKTP .....  | 124 |
| Abbildung 5: Abstraktes Stimmungsbild .....   | 139 |
| Abbildung 6: Vulkanbild .....   | 140 |
| Abbildung 7: Baumbild, erweitert.....   | 141 |
| Abbildung 8: Schildkröte .....  | 142 |
| Abbildung 9: Robbe .....  | 142 |
| Abbildung 10: Erster Speckstein.....  | 143 |
| Abbildung 11: Blumenbild .....  | 145 |
| Abbildung 12: Speckstein mit "weicher und eckiger Seite" .....                          | 147 |
| Abbildung 13: Weitere Perspektive des Specksteins mit "weicher und eckiger Seite" ..... | 151 |
| Abbildung 14: Regenbogenbild .....  | 153 |
| Abbildung 15:Wutbild .....  | 173 |
| Abbildung 16: Speckstein " Auge - Vogel " Perspektive 1 .....                           | 176 |
| Abbildung 17: Speckstein "Auge - Vogel" Perspektive 2 .....                             | 176 |
| Abbildung 18: Speckstein "Auge - Vogel " Perspektive 3 .....                            | 176 |
| Abbildung 19: Kastanienbild.....  | 179 |

## Tabellenverzeichnis:

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 1: Rangfolge Wirkfaktoren von Yalom (Tschuschke, 2001 S.145) .....                        | 60  |
| Tabelle 2: Beispiel Katharsis FEKTP .....   | 95  |
| Tabelle 3: Demografische Daten und deskriptive Statistik .....                                    | 108 |
| Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung FEKTP t2.....  | 111 |
| Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung FEKTP t2.....  | 112 |
| Tabelle 6: Mittelwerte und Rangfolge der Erlebensdimensionen des FEKTP .....                      | 113 |
| Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung FEKTH t2 .....   | 117 |
| Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung FEKTH t2 .....   | 118 |
| Tabelle 9: Mittelwerte und Rangfolge Erlebensdimensionen des FEKTH .....                          | 119 |
| Tabelle 10: Trennschärfe und Schwierigkeitsindex FEKTP .....                                      | 122 |
| Tabelle 11: Faktorenanalyse des FEKTP zu t2 .....   | 125 |
| Tabelle 12: Skalenmittelwerte t2 .....  | 126 |
| Tabelle 13: Chi- Quadrat und Fit - Indices für den FEKTH zu t2 .....                              | 128 |
| Tabelle 14: Demografische Daten und Deskriptive Statistik Stichprobe Essstörungen .....           | 129 |
| Tabelle 15: Skalenmittelwerte Essstörungen/ restliche PatientInnengruppe .....                    | 130 |
| Tabelle 16: Mittelwerte FEKTP Stichprobe Essstörungen t2.....                                     | 131 |
| Tabelle 17: Mittelwerte FEKTH Stichprobe Essstörungen.....  | 132 |
| Tabelle 18: Ränge des Rangsummentests Vergleich Essstörungen/ restliche PatientInnengruppen. .... | 133 |
| Tabelle 19: U- Test Signifikanzprüfung FEKTP .....  | 134 |

# 1 Einleitung

## 1.1 Kontext der Arbeit

Die Kunsttherapie als Gruppen und Einzelbehandlung hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts bei der Behandlung psychisch kranker PatientInnen entwickelt. In der Praxis der Kunsttherapie kommen zahlreiche psychotherapeutische, psychologische und pädagogische Ansätze zum Einsatz. Kunsttherapie wird häufig als nonverbale Therapie bezeichnet, da der bildhafte, symbolische Ausdruck der Sprache vorausgeht. In der erweiterten Beziehung Patient- Objekt- Bild lassen sich persönliche Inhalte ausdrücken und besprechen (Spreti, 2013). Die Kunsttherapie versucht mittels malerischer, plastischer oder grafischer Methoden unterstützend zu intervenieren. Sie möchte positiv auf Klärungs- und Heilungsprozesse einwirken und erlernte leidvolle Verhaltensschemata verändern (Menzen, 2013).

Die Kunsttherapie muss sich mit der Forderung auseinandersetzen, wissenschaftliche Nachweise für ihre Wirksamkeit zu erbringen, um weiterhin durch die Kostenträger finanziert zu werden. Es scheint für die Kunsttherapie unabwendbar zu sein, Studien nach den Richtlinien der „Evidence- based- medicine“ durchzuführen, um sich in Leitlinien und Fallpauschalensystemen einen Platz zu sichern (Oster, 2010). Diese Notwendigkeit führt innerhalb der Kunsttherapie zu einer ablehnenden Haltung in Bezug auf Effizienzstudien mit methodischen Standards der Medizinforschung (Oster, 2010). Auch deshalb gibt es immer mehr Beiträge in der kunsttherapeutischen Literatur, die sich mit der Frage nach geeigneten Forschungsmethoden und Instrumenten beschäftigen (Heimes 2010). Meistens wird hierbei die qualitative Vorgehensweise favorisiert und quantitative Forschungsansätze eher kritisch bewertet und für die Kunsttherapie als nahezu ungeeignet betrachtet (Tüpker, 2002; Limberg, 2006; Heimes, 2010; Petersen, 2011). Dazu kommt es, da der kunsttherapeutische Anspruch nach individueller Behandlung scheinbar nicht mit dem Anspruch der Forschung nach Standardisierung und Manualisierung zusammen passt (Oster, 2010). Dieser scheinbare Widerspruch geht auf die Unterscheidung zwischen nomothetischen und idiographischen Wissenschaften zurück (Windelband, 1894 zitiert in: Dreitzel, 1972). Während das wichtigste Ziel einer nomothetisch verstandenen Wissenschaft die Auffindung und Formulierung von allgemein gültigen Gesetzmäßigkeiten ist, liegt das Wesen der idiographischen Wissenschaft in der beschreibenden Untersuchung des Individuellen

und Besonderen. Das idiographische Vorgehen versucht Erscheinungen nicht kausal zu erklären, sondern zielt auf die Interpretation von Erscheinungen mit Hilfe von Intentionen und Motiven sowie Zielen und Zwecken ab. Allgemein werden das nomothetische oder nomologische Vorgehen den Naturwissenschaften und der idiographische Ansatz den Kultur- oder Geisteswissenschaften zugeordnet (vgl. Lamnek, 1995). Wissenschaftliches Arbeiten sollte dem idiographischen Ansatz einen nomothetischen zur Seite stellen (Janetzko, 2007). Auch laut Oster (2010) sind dies zwar unterschiedliche Perspektiven, die sich jedoch ergänzen.

Trotz dieser Schwierigkeiten gibt es inzwischen empirische Forschungen, die sich mit der Effektivität der Kunsttherapie auseinandersetzen und auch quantitative Methoden einsetzen (siehe Kapitel 3.3). Auch gibt es Ansätze eigene kunsttherapeutische Forschungsmethoden zu entwickeln (Elbing & Hölzer, 2009). Die kunsttherapeutische Forschungslandschaft zeigt jedoch immer noch große Lücken und auch methodische Mängel in durchgeführten Untersuchungen auf (siehe Kapitel 3.3).

Die vorliegende Forschungsarbeit möchte quantitative wie qualitative Forschungsmethoden nutzen, um das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen- und TherapeutInnen-sicht unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen zu untersuchen. Dafür wurde ein Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe einmal aus PatientInnen-sicht und einmal aus KunsttherapeutInnen-sicht konstruiert. Dieser Fragebogen wurde auf Grundlage der Wirkfaktorenkonzepte von Grawe (2005) und Yalom (1985) entwickelt. Neben der Überprüfung des Fragebogens wurde das Erleben der Kunsttherapiegruppe bei PatientInnen mit einer Essstörung erhoben und zusätzlich zwei qualitative Interviews mit Anorexiepatientinnen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe durchgeführt.

Dieses Forschungsinteresse wird begründet mit fehlenden wissenschaftlich-klinischen Studien zu Kunsttherapie und Essstörungen (siehe Kapitel 4.2) und dem Feldzugang zu dieser Untersuchungsgruppe durch die eigene kunsttherapeutische Praxis. Zum anderen liegt das Forschungsinteresse auch darin, ein Forschungsinstrument zu entwickeln, welches für die Kunsttherapie geeignet ist und zukünftig auch für Effizienzstudien, zur Qualitätssicherung oder weiteren störungsspezifischen Untersuchungen genutzt werden kann. Die Studie kann somit in der kunsttherapeutischen Forschungslandschaft einen wichtigen Beitrag leisten.

Sie bezieht sich auf einen medizinischen, kunsttherapeutischen und erziehungswissenschaftlichen Kontext.

## 1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile, den Theorieteil, den empirischen Teil und die Diskussion.

Der Theorieteil widmet sich der theoretischen Einbettung und Ausarbeitung der Fragestellung sowie dem aktuellen Forschungsstand. Zunächst wird in den Unterkapiteln 2.1- 2.4 darauf eingegangen, welche Erfahrungs- Erlebens- und Bildungsprozesse in der Kunsttherapie stattfinden können. Dieses Kapitel soll dazu dienen, dem Leser die ästhetisch- künstlerischen Prozesse in der Kunsttherapie zu erläutern und mögliche Entwicklungswege über das ästhetische Erleben und Erfahren zur Ästhetischen Bildung oder zu einer ästhetischen Wirkung aufzuzeigen. Es geht hierbei um eine theoretische Auseinandersetzung mit den Begriffen der ästhetischen Erfahrung, des ästhetischen Erlebens und der Ästhetischen Bildung, die gleichzeitig darstellen, wie „Kunsttherapie“ auch aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive verstanden werden kann.

Die Ästhetische Bildung leitet dabei über zur Frage, was oder ob ästhetische Erfahrungen etwas bewirken und eröffnet das große Feld der Wirkforschung in Kapitel 3. Hierbei möchte ich auf Traditionen und aktuelle Ansätze der Wirkforschung in den Disziplinen der Erziehungswissenschaft, der Psychotherapie und der Kunsttherapie eingehen, die das theoretische und methodische Vorgehen der vorliegenden Studie mitbegründen und die Notwendigkeit dieser Studie unterstreichen.

In Kapitel 4 *Kunsttherapie und Essstörungen* geht es in 4.1 u.a. um besondere Aspekte des Krankheitsbildes Essstörungen, die vor allem für das Erleben der Kunsttherapiegruppe von Bedeutung sein können. Ebenso wird in 4.2 der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf die Kunsttherapiegruppe und Essstörungen referiert und mit dem Unterkapitel 4.2.1 wird auf die Bedeutung von Identitätsprozessen für Menschen mit einer Essstörung und Möglichkeiten diese in der Kunsttherapie zu initiieren, hingewiesen.

Der empirische Teil beginnt mit der Darlegung der Forschungsfrage(n) und stellt darauf den Untersuchungskontext, der die quantitative wie auch die qualitative Datenerhebung betrifft, dar. In 5.5 wird der Fragebogen und der Leitfaden als

Forschungsinstrument vorgestellt. Die verschiedenen Analyseverfahren werden in 5.6- 5.7 beschrieben und geben Richtwerte und Kriterien der Auswertung wieder.

Das 6. Kapitel stellt dann die Ergebnisse zunächst aus der Fragebogenerhebung dar. Beginnend mit den deskriptiven Ergebnissen, geht es mit der Explorativen Faktorenanalyse zur Überprüfung des neu entwickelten Fragebogens weiter. Das Unterkapitel 6.3 stellt schließlich dar, wie PatientInnen mit einer Essstörung das Erleben der Kunsttherapiegruppe mithilfe des Fragebogens bewertet haben. Genauer wird auf das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus Sicht zweier Patientinnen mit einer Anorexia nervosa ab Unterkapitel 6.3.4 in der Ergebnisdarstellung der Interviews eingegangen. Hierbei werden die analysierten Kategorien aus den Interviews ausführlich dargestellt und ein Bezug zu essstörungsspezifischem Erleben und bildungstheoretischen Aspekten hergestellt. In Absatz 6.4 wird die quantitative Forschungsperspektive mit dem qualitativen Forschungsansatz in Verbindung gebracht.

In Teil III werden die dargestellten Ergebnisse aus dem quantitativen wie qualitativen Teil diskutiert. Die Bedeutung der Ergebnisse für die Disziplinen wird formuliert sowie ein Ausblick für nachfolgende Untersuchungen gegeben.

# **I. Theorieteil mit aktuellem Forschungsstand**

## **2 Kunsttherapie verstanden aus erziehungswissenschaftlichen Begründungszusammenhängen**

### **2.1 Kunsttherapie**

Bevor auf grundlegende theoretische Begriffe der Kunsttherapie wie ästhetische Erfahrung und Ästhetische Bildung eingegangen wird, soll an dieser Stelle eine kurze Charakterisierung einer Kunsttherapie, wie sie von der Autorin verstanden wird vorgestellt werden.

Die Kunsttherapie hat viele Gesichter und es ist nicht leicht zu definieren was Kunsttherapie ist. Mechler- Schönach beschreibt beispielsweise 47 verschiedene Namen für kunsttherapeutisches Vorgehen (vgl. Mechler-Schönach, 2005). Diese große Anzahl ist auch mit den verschiedenen Ansätzen der Kunsttherapie zu begründen (vgl. Menzen, 2001). Der folgende Abschnitt soll einen Einblick geben, welcher theoretische Rahmen für die Kunsttherapie, wie sie in der hier vorliegenden Studie eingesetzt wird, von Bedeutung ist.

In der Kunsttherapie versucht sich der Patient, auf zunächst non - verbale Weise und mit Hilfe der gestalterischen Mittel (Farbe, Ton, Holz etc.) auszudrücken. Schottenloher betont, dass in der kunsttherapeutischen Arbeit nicht die Defizite oder Symptome im Vordergrund stehen sondern die vorhandenen Ressourcen und kreativen Fähigkeiten, die es den PatientInnen ermöglichen, autonom Ideen darzustellen. Sie finden durch den bildnerischen Prozess neue Formen der Verarbeitung ihrer Probleme. Die Gestaltung verbindet sie mit den BetrachterInnen, den mitgestaltenden PatientInnen sowie mit ihrer Geschichte und Gegenwart. Im Bild kann unsagbares ausgedrückt und verwandelt werden, alles erhält eine sichtbare Form. Was in anderen Lebensbereichen unmöglich erscheint, kann in der Gestaltung ausprobiert und erreicht werden. Das Selbstvertrauen neue Wege zu finden wächst und Beschwerden rücken in den Hintergrund (Schottenloher, 1998). Es geht somit um einen Gestaltungsprozess, der den Zustand, die Befindlichkeit eines Menschen spiegelt und beeinflusst (Menzen, 2001). Gefühle oder Probleme - wie Leidenssituationen können erst einmal gestalterisch dargestellt werden, um sie zu begreifen. Das Erlebte soll eine Form erhalten, um reflektiert werden zu können.



Danach kann in der Patientin eine andere Ausrichtung entstehen oder Perspektiven eröffnen sich (Menzen, 2001). In der Kunsttherapie erleben sich viele PatientInnen wieder einmal positiv, sie spüren Spaß und Freude durch das Gestalten, entdecken neue oder alte Fähigkeiten wieder und erfahren sich schöpferisch und aktiv tätig. Somit verschränken sich in ästhetischen Handlungsprozessen fortlaufend Selbstklärungs-, Ausdrucks- und problemlösende Gestaltungsaktivitäten miteinander und wirken von Beginn an bildend. Sie stehen damit auch für Identitätsarbeit oder subjektorientierte Aufbauprozesse (Richter- Reichenbach, 1993). Die Gestaltung bildet den Ausgangspunkt für Gespräche. Zunächst wird über die Gestaltung gesprochen, wie sie entstanden ist, was zu sehen ist und wie der Gestaltungsprozess von der/dem PatientIn erlebt wurde. Die Konzentration des Gesprächs liegt auf der Gestaltung und nicht unmittelbar auf der eigenen Person (Aissen - Crewett, 2002). Dadurch ergibt sich im Gespräch eine größere Distanz zu belastenden Themen für Gestalter und Betrachter. Das Bild ist außerhalb der PatientInnen und somit wird der non – verbale, bildnerische Ausdruck oft weniger bedrohlich angesehen als der verbale. Der kreative Prozess und sein Produkt sind somit Vermittler zwischen PatientIn und TherapeutIn (Aissen Crewett, 2002). Das Besondere der Kunsttherapie ist, die Erweiterung der therapeutischen Beziehung durch das Dritte - das künstlerische Medium (Knill, 1990). Dieses Dritte übernimmt dabei zunächst die Kommunikation und baut dadurch Angst ab. Die Innenwelt kann somit nach außen getragen werden. Die kunsttherapeutische Triade (Patient-Therapeut und Werk) wird im Gruppensetting durch diese erweitert (vgl. Kasper, 2014). Siehe dazu auch folgende Abbildung.

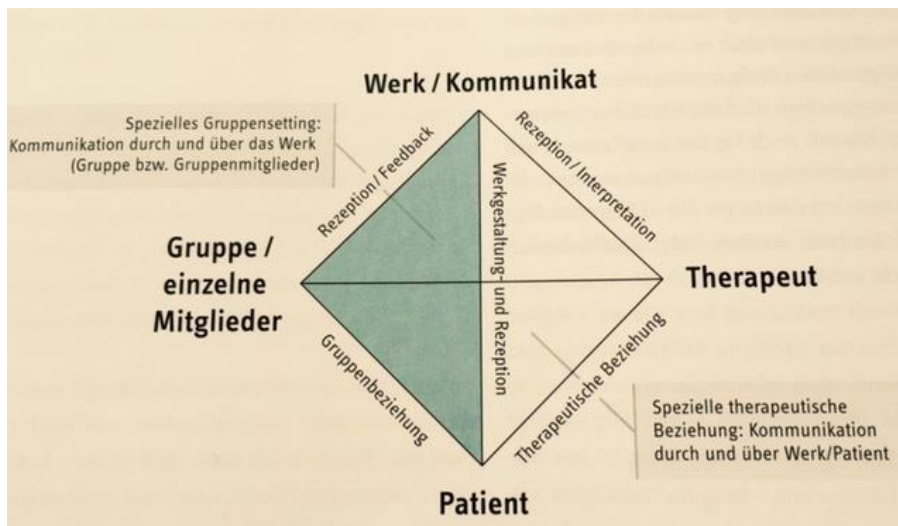


Abbildung 1: Interaktionsmodell (Schulze, Sinapius, 2009)

Der für die vorliegende Arbeit u. a. verwendete kunsttherapeutische Ansatz wird bei Menzen (2001) als psychosomatisch- orientierte Kunsttherapie beschrieben. Sie will dazu beitragen, das Selbsterleben des beschädigten, regressiven Bewusstseins, das sich leidvoll am Körper zeigt, bildnerisch ausgedrückt, zu lösen. Das Erlebte soll eine Gestalt erhalten, die reflektiert werden kann, und die schädlichen Verhaltens- und Erlebensmuster sollen transparent und gestaltbar gemacht werden (Menzen, 2001). Das kunsttherapeutische Vorgehen für die Studie wird in Kapitel 5.2.1 beschrieben.

## 2.2 Ästhetisches Erleben

„Ästhetik“ kommt vom griechischen „aisthesis“ und bedeutet so viel wie „sinnliche Wahrnehmung“. Unter Ästhetik versteht man heute „die Wissenschaft vom Schönen“ (Dietrich, 2012). Sie fragt dabei nicht nach Eigenschaften von Kunstwerken, die Schönheit erzeugen, sondern interessiert sich für Schönheit als ein Vermögen subjektiver Erfahrung. Das kann als Grundorientierung der Ästhetik verstanden werden (Dietrich, 2012). Mit der 1750 erschienenen „Aesthetica“ verankerte Alexander Gottlieb Baumgarten den Begriff in der philosophischen Diskussion. Baumgarten verstand unter „aesthetik“ das, worauf die ursprüngliche aus der Antike stammende Wortbedeutung hinweist: ein besonderes Wahrnehmungsvermögen, die sinnliche Erkenntnis. Es konnte darauf zunächst eine Zuspitzung des Begriffs von der „Sinneswahrnehmung im allgemeinen zur Kunst im besonderen“ beobachtet werden (Arnheim, 1977, S.9). Hegel gab 1828 seiner Vorlesung über Ästhetik den Titel „Philosophie der Kunst“ (Hegel, 2004). Im Zuge der Postmoderne weitete sich die Bedeutung des Begriffs wieder und der Geltungsbereich der Ästhetik geht über die

Künste hinaus (Brandstätter, 2012). Sie bezieht sich auf fast alle Bereiche unserer Lebenswelt, wie Objekte, Ereignisse, Wahrnehmungen aus der Natur, die unseren Sinnen zugänglich sind. Durch die Theaterwissenschaften erfährt die Ästhetik mit den Begriffen Inszenierung und ästhetische Erfahrung eine Wendung (Sinapius, 2010). Der Prozess der Entstehung rückt in den Vordergrund, bei dem Künstler und Rezipient gleichsam beteiligt sind. Bei einer so verstandenen Ästhetik ist nicht das Werk Ausgangspunkt, sondern das Ereignis der Anschauung. Es geht in dieser zeitgenössischen Vorstellung von Ästhetik nicht so sehr um das, was sichtbar oder hörbar wird, sondern um das, was als Differenzerfahrung in unsere Wahrnehmung tritt (ebenda, 2010). Sinapius (2010) bezeichnet es mit Atmosphäre oder Aura.

Da die vorliegende Arbeit auf das *Erleben* der Kunsttherapie aus PatientInnen- und TherapeutInnen-sicht fokussiert, wird im folgenden Kapitel mithilfe von Dilthey zunächst auf die Begriffe Erleben und Wahrnehmen im Allgemeinen eingegangen, bevor das ästhetische Erleben näher betrachtet wird. Dilthey bietet sich hierfür an, weil er auf den Zusammenhang zwischen einem bewegten Innen und einem bildhaften Außen aufmerksam macht und dadurch mit seiner Hermeneutik für die Kunsttherapie interessant ist (vgl. Jannott, 2002).

Bei Dilthey liegt die Erlebensebene allen Formen der Erkenntnisbildung zu Grunde und bleibt für Bildungsprozesse immanent. Das Erleben beginne mit dem „Innewerden von Wirklichkeit“ (Dilthey Bd.VII, S.218). Auf dieser präreflexiven Ebene können höchstens Annahmen oder Wahrscheinlichkeiten über das Erlebte formuliert werden. Das Verstehen gründet primär im Erleben. Verstehen ist demnach keine reine Denkleistung, sondern beinhaltet eine psychische Dimension, im Sinne der Selbstbesinnung und somit ist das gesamte Seelenleben beteiligt (Jannott, 2002). Das Verstehen ist jedoch keine logische Leistung, sondern hat auch Irrationales. Das Erleben gibt dem Verstehen seine Bedeutung und Dilthey begründet damit die subjektiven Verzerrungen bei Autobiographien. Für ihn erhält dabei das Erleben in Form der Selbstbesinnung erkenntnistheoretischen Wert. „Die Besinnung des Menschen über sich selbst bleibt Richtpunkt und Grundlage“ (Dilthey, Bd.VII, S.204).

Der Erlebnisbegriff von Dilthey weist laut Rodi (1969) auf den Zusammenhang von bewegtem Innen und bildhaften Außen hin. Erlebnis ist nicht nur der innerpsychische Schauplatz eines Vorgangs, sondern immer ein Gemütszustand als „Inneres“ und ein Bild, ein Ort, eine Situation oder eine Person als Äußeres (Dilthey Bd. VI, S.175). Ein

Äußeres wird durch ein Inneres beseelt oder ein Inneres durch ein Äußeres sichtbar gemacht (Dilthey Bd. VI). Die äußere Gestalt ist somit für den Erlebnis- Ausdruck unverzichtbar. Die komplexe Gestalt eines vollständigen Erlebnisses enthält immer innerpsychische und personen- oder dinghafte Momente (Jannott, 2002). Jannott begründet „den Umweg des Verstehens über den Ausdruck“ in der Kunsttherapie auch in diesem Zusammenhang (2002, S.173).

Wahrnehmung liegt dem Erleben zu Grunde. Nach Rausch (1999) ist eine Wahrnehmung ein subjektiver Lern- und Interpretationsprozess, der keine absolut gültige Aussagekraft hat. Sinngeladene Wahrnehmungen formen unsere Erlebens- und Verhaltensweisen. Durch Übungen zur Wahrnehmungsänderungen ist ein Lernen möglich. Hierbei wird die sinnhafte und intellektuelle Aufmerksamkeit geübt und individuelle wie auch kollektive Erlebensgewohnheiten werden anschaulich. Biographische wie auch kulturelle Bedingungen begründen unsere Wahrnehmungsweisen (Rausch, 1999). Die sinnliche Wahrnehmung ist also ein Erkenntnis- bzw. Erfahrungsmodus (Baumgarten, 1988). Im ästhetischen Erleben wird die sinnliche Wahrnehmung von einem Medium für uns zu einem Prozess, der seinen Sinn in sich selbst trägt. Es gibt in diesem Moment nichts Wichtigeres als das eigene Wahrnehmen, Empfinden und Erleben. Es gibt verschiedene Intensitäten ästhetischen Erlebens. Ausgangspunkt jedes ästhetischen Erlebens ist eine ästhetische Empfindung (Dietrich, 2012). Das Sinnliche selbst wird dabei thematisiert. Es entsteht eine Aufmerksamkeit auf das Empfundene selbst, anstatt nur auf das, was es bedeutet. Ich wende mich meiner Sinnesempfindung zu und erhalte einen Abstand zu alltäglichen Zusammenhängen. Ein Spiel möglicher Bedeutungen kann sich daraus entwickeln. Die daraus resultierende ästhetische Wirkung begründet sich darauf, dass ich die ästhetischen Empfindungen auf mich und meine Erfahrungen beziehe. Ich vergleiche sie mit anderen Erfahrungen, suche passende Wörter für das, was sich zwischen mir und dem ästhetischen Objekt ereignet hat (Dietrich, 2012). Ästhetisches Erleben ist ein sozialer Prozess, da es nach Austausch verlangt. Begeisterung wird berichtet, Eindrücke wiedergegeben, man tauscht sein ästhetisches Erleben miteinander aus und beginnt Rechenschaft abzulegen über ästhetische Wirkungen.

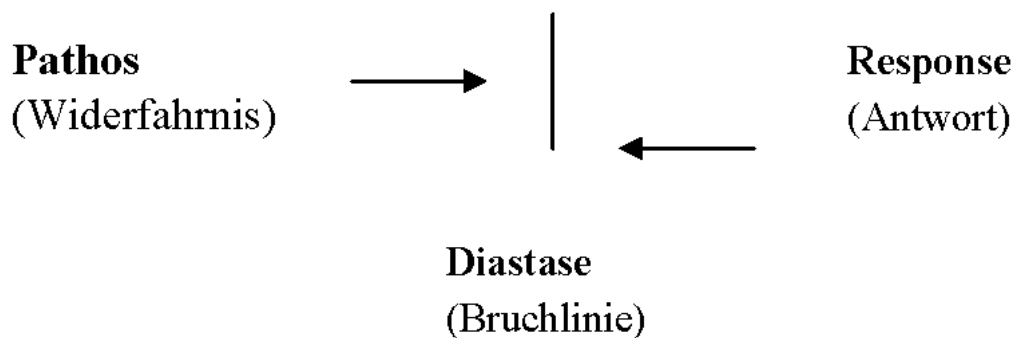
Ästhetische Erlebnisse tragen unabsehbare Momente in sich, neue Sichtweisen und Empfindungen können entdeckt werden. Ich lerne mit ästhetischen Wirkungen so

umzugehen, dass sie für mein Leben förderlich sind (Dietrich, 2012). Dietrich zeigt anhand von Beispielen auf, wie ein gewisser Abstand zwischen Alltagswelt und ästhetischem Erleben entsteht (vgl. 2012). Das ästhetische Erleben bietet etwas das die Alltagswelt nicht besitzt und daran knüpfen sich Empfindungen, Erwartungen und vieles mehr. Das ästhetische Erleben wird deshalb immer wieder gesucht und auch Dietrich (2012) stellt die Frage, was solche Erlebnisse zur Bewältigung des Lebens beitragen können.

### **2.3 Ästhetische Erfahrung**

Der Begriff der ästhetischen Erfahrung wird in der Literatur sehr unterschiedlich verstanden und gebraucht, gleich wenn er eine lange Tradition besitzt. Manche Autoren verstehen den Begriff als Platzhalter für Unsagbares und verweisen darauf, dass eine genaue Definition der ästhetischen Erfahrung einer eigenen Forschung bedarf (Sabisch, 2009). Der Begriff der ästhetischen Erfahrung ist auch für die Kunsttherapie von großer Bedeutung, da therapeutische Aktivitäten mit dem „ästhetischen Material“ nicht unabhängig von ästhetischer Erziehung gedacht werden können, so Richter (1984, S.15). Ich möchte im Folgenden darauf eingehen, welche Aspekte ästhetischer Erfahrung zu beachten und für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind, auch wenn ich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebe. Dabei möchte ich zunächst auf die Erfahrung im Allgemeinen eingehen und ebenfalls wie Sabisch (2009) den Phänomenologen Waldenfels (2002) hinzufügen, der sehr detailliert und zutreffend auch für die Kunstpädagogik und Kunsttherapie beschreibt, wie ein Erfahrungsprozess verstanden werden kann. Danach wird näher auf die ästhetische Erfahrung eingegangen.

Anhand des unten abgebildeten Schaubildes (Abbildung 2) beschreibt der Phänomenologe Bernhard Waldenfels (2002) zwei Pole der Erfahrung, die in einem Wechselverhältnis zueinander stehen und durch einen Bruch getrennt sind. Der eine Pol nennt sich „Pathos“ oder auch „Widerfahrnis“, „Getroffensein“, der andere wird beschrieben als „Response“ oder „Antwort“. Beide sind zeitlich durch einen Bruch voneinander getrennt. Waldenfels nennt diese Trennung „Diastase“ (Waldenfels, 2002, S.33ff.).



**Abbildung 2: Zwei Pole der Erfahrung (Sabisch, 2009 S. 3)**

Sabisch veranschaulicht diese Erklärung mit einem schrillen Ton, der uns beim Lesen beispielsweise stört, zusammenfahren lässt, da er noch nicht gleich als Handyklingeln gedeutet wurde. Der schrille Ton „widerfährt“ uns, lässt uns zusammenzucken (2009). In der Widerfahrnis „taucht etwas auf, bevor es als etwas aufgefasst, verstanden oder abgewehrt wird...“ (Waldenfels, 2002, S.33). Widerfahrnisse geschehen uns, haben folglich nicht schon eine Bedeutung. Sobald ich das Klingeln deute oder zuordne, antworte ich bereits. Zwischen Zusammenzucken und Einordnen ergibt sich ein Bruch, die Diastase. Diesen Bruch beschreibt Waldenfels als „Nichtwissen“ (2002, S.299) oder als „Mangel“ (2002, S.60). In diesem Bruch ereignet sich etwas, es entsteht eine Differenzierung (Waldenfels, 2002). Dabei bilden sich auch das Selbst und der Andere heraus. Die Antwort stellt einen Bezug her zu dem, von dem wir getroffen sind. Zu beachten ist, dass eine Erfahrung immer mit etwas beginnt, von dem wir angezogen werden bzw. worauf wir antworten. Durch den Bruch gibt es ein Vorher und Nachher und dadurch auch eine volle, unmittelbare Gegenwärtigkeit der Erfahrung (Sabisch, 2009). Wie Erfahrung artikuliert wird, ist laut Sabisch (2009) bei Waldenfels offen. Es kann sprachlich, situativ, leiblich oder visuell sein. Die Relevanz dieses philosophischen

Erklärungsmodells sieht Sabisch (2009) in der Beschreibung von Erfahrung als Umwandlung eines erleidenden in ein antwortendes Selbst. Außerdem hilft uns dieses Modell über Erfahrung zu kommunizieren, da Erfahrung unsichtbar sowie nicht direkt zugänglich ist und sich unserem Bewusstsein entzieht. Das Modell geht zudem davon aus, dass Erfahrung nur dann entsteht, wenn uns etwas anspricht und wir motiviert sind, darauf zu antworten (Sabisch, 2009). Es geht nach Sabisch (2009) also um Selbstbildungsprozesse die, wenn sie in einem Medium stattfinden, die Kunstpädagogik betreffen. Für sie ist die Umwandlung dessen, wovon wir getroffen werden, in das, worauf wir antworten, der genuine Ort ästhetischer Selbstbildung. Für sie wird eine (ästhetische) Erfahrung zugänglich durch eine Darstellung, Grafie oder Aufzeichnung mithilfe von Tagebüchern. Das dabei Entstandene sind keine zufälligen Spuren, sondern Antworten auf Widerfahrnisse. Die Aufzeichnungen dokumentieren nicht nur Erfahrungen, sondern können sie auch hervorrufen (ebenda, 2009). „Im Prozess des Aufzeichnens formiert sich die Erfahrung. Insofern ist die Aufzeichnung als medial bedingte Weise der Antwort genuin an unserer Sinnerzeugung beteiligt“ (ebenda, 2009, S.22). Während des Aufzeichnens stehen wir vor vielen Entscheidungen. Beispielsweise vor der Entscheidung, wie wir eine bestimmte Erfahrung visualisieren können. Dabei erleben wir die Vorläufigkeit des Noch- Nicht. Diese Vorläufigkeit macht die ästhetische Produktivität aus. Wir ordnen, artikulieren und inszenieren Erfahrung und machen dabei neue Erfahrungen. Auch die Brüche der Erfahrung kommen dabei zum Vorschein durch Pausen, Lücken, Risse und strukturieren damit das Produkt und die Genese der Herstellung, also auch die Erfahrung (ebenda, 2009). Für Sabisch (2009) liegt die kunstpädagogische Relevanz darin, dass die Aufzeichnung als subjektorientierte Veröffentlichungsstrategie eine selbstorganisierte- mediale Praxis darstellt, die eine mediale Bildung auslösen kann und diese sichtbar macht. Sabisch (2009) beschreibt verschiedene Funktionen von Aufzeichnungen bzw. Tagebüchern. Zum einen versteht Sabisch sie als Instrument zur Motivation und Generierung von Erfahrung. Es werden dabei Such- und Forschungsprozesse in Gang gesetzt, es entstehen Fragen, neue Vorstellungs- und Erfahrungsfelder sowie Antwortmöglichkeiten eröffnen sich. An Vorerfahrungen wird angeknüpft, was zu neuen, individuellen Erfahrungen führt. Dieser Vorgang wiederholt sich immer wieder und somit wird die Aufzeichnung auch ein Instrument zur Steuerung, zur Orientierung im Erfahrungsprozess. Zum anderen ist das Tagebuch wie ein Kompass, der die Suche

begleitet und eine diskursive, räumliche und zeitliche Verortung ermöglicht. Diese beiden Funktionen finden im Produktionsprozess statt (ebenda, 2009). Sabisch (2009) versteht die Aufzeichnung aber auch als Instrument der Speicherung, der Archivierung von Erfahrungsprozessen. Damit werden Aufzeichnungen sowohl im Prozess des Aufzeichnens als auch danach zum Instrument der Interpretation von eigenen und fremden Erfahrungen (Sabisch, 2009). Sabischs Beschreibungen über ästhetische Erfahrungen anhand von Tagebuchaufzeichnungen treffen aus meiner Sicht auch auf Erfahrungsprozesse der kunsttherapeutischen Arbeit zu. Auch hier gibt es in der ästhetisch- künstlerischen Arbeit den Moment des „Getroffenseins“ (Waldenfels, 2002, S.33) der dazu führt, dass der Gestalter fasziniert ist von etwas und noch nicht weiß, um was es sich handelt. Erst im Laufe des Gestaltens begreift er und kann eine Antwort finden. Sabisch beschreibt mit Hilfe von Waldenfels somit, wie ästhetisch- künstlerische Erfahrungen ablaufen und wie sie auch genutzt werden können, um handlungsfähig zu bleiben oder zur Bewältigung von etwas. Die Gestaltungen, die in der Kunsttherapie entstehen, können im gleichen Sinne wie Sabischs „Aufzeichnungen“ verstanden werden.

Als weiteren Autor möchte ich Dewey hinzufügen, der in seinem Buch „Kunst als Erfahrung“ (1980) ebenfalls auf den Erfahrungsprozess eingeht und in der Literatur über ästhetische Erfahrung oft zitiert wird. Dewey versteht unter Erfahrungen ein konkretes Erlebnis. Es muss sich dabei ein prägender Eindruck einstellen, der sich aus der Vielzahl unserer Eindrücke heraushebt (Dewey, 1980). Das, was geschieht, und das, was wir tun, muss mit einer Aufmerksamkeit begleitet werden, die uns die Kohärenz und die Besonderheit des Geschehens bewusst macht (Lehmann-Rommel, 2005). Wahrnehmungsroutinen müssen verlassen werden (Dietrich, 2012). Dewey führt als Beispiel die Erfahrung auf, die man macht, während man ein Buch liest (1980, S.54). Gefühle sind stets präsent ohne besonders aufzufallen. Sie begleiten die Handlung und benötigen einen Raum und Zeit zur Entfaltung (ebenda, S.54). Die Erzählung gewinnt ihre Bedeutung aus vorausgegangenem und folgendem Geschehen. Emotionale Eindrücke sind also keine rein unmittelbaren Reaktionen, sondern entstehen aus vorausgegangenem Erfahrungen und Gewohnheiten, die unsere Perspektive auf neue Situationen lenken. Für Dewey gehören zum praktischen Vollzug einer Erfahrung ein gefühlter Eindruck und unser Bewusstsein für diesen Eindruck. Das reine Fühlen und das rein begrifflich- rationale Verstehen verbinden sich hierfür. Eine Erfahrung ist also „intensiv“ und ihr Abschluss



führt zu einer „emotionalen Befriedigung“ (Dewey, 1987, S.42). Sie ist also nicht nur inhaltlich von großer subjektiver Bedeutung, sondern hat auch eine besondere formale Struktur, sie führt uns auch das Wesen der Erfahrung selbst vor Augen (Dietrich, 2012). Erfahrungen werden vor allem praktisch gemacht, sie besitzen ein passives und ein aktives Element. Das Ausprobieren und Versuchen umfasst die aktive Seite der Erfahrung, das Erleiden oder Hinnehmen meint die passive Qualität einer Erfahrung. Erfahrungen sind nur möglich, wenn wir aufmerksam wahrnehmen, wenn wir beginnen zu „forschen und aufzunehmen“ (Dewey, 2003, S.67). Um mit Gegebenheiten Erfahrungen zu machen, muss der „Betrachter Schöpfer seiner eigenen Erfahrung sein“ (ebenda. S.68). Zum Machen von Erfahrung gehört die Aufmerksamkeit für die Potentiale einer Situation. Diese Sensitivität benötigen Künstler in besonderem Maße. Die Nachvollziehbarkeit der Erfahrungsprozesse, die ein Künstler in der Auseinandersetzung mit seinem Gegenstand gemacht hat, ist für Dewey Qualitätskriterium für ein Kunstwerk (Dietrich, 2012). Künstlerische Prozesse sind auf ein Gespanntsein auf das Kommende angewiesen (Dewey 2003) und auch die unmittelbare Betrachtung, ob da oder dort noch etwas verändert werden soll, spielt eine wichtige Rolle (ebenda). Dabei sind ästhetische Prozesse des Betrachtens und des eigenen künstlerischen Schaffens laut Dewey in der Prozessstruktur sehr ähnlich. Betrachter wie auch Künstler müssen die Elemente des Ganzen ordnen, der Betrachter muss die Vorgänge des Künstlers wiederholen (Dewey, 2003).

Das Besondere der ästhetischen Erfahrung ist, dass sie Eigenschaften wie jede normale ganzheitliche Erfahrung hat, diese jedoch „verdichtet“ hervorhebt (Dewey, 2003, S. 59). Es sind Eigenschaften, die in anderen Erfahrungen eher unterdrückt werden. Es handelt sich hierbei um die Prozessualität, die konstruktive Leistung des Subjektes, das Zusammenspiel von Fühlen und Reflexion, der erfüllende Abschluss. In einer ästhetischen Erfahrung wird die Erfahrung erfahrbar (Dietrich, 2012). Die Qualität der Erfahrung macht Dewey zum maßgeblichen Kriterium seiner Ästhetik. Es geht nicht darum was Kunst ist, sondern wann Kunst stattfindet (vgl. Shusterman, 2005). Der besondere Bildungssinn ästhetischer Erfahrung besteht darin, dass ihr Vollzug selbst ein Bildungsprozess ist. Für Dewey (2003) sind ästhetische Erfahrungen neben intellektuellen, praktischen und sozialen Erfahrungen, eine grundlegende Form, in der wir unsere Welt in Beziehung setzen. Sie tragen dazu bei, dass wir unsere Sicht auf die Welt verändern und erweitern können. Der spezifische

Wert ästhetischer Erfahrungen ist, dass sie außergewöhnlich intensive Erfahrungen sind. Das liegt daran, dass ästhetische Erfahrungen besonders herausfordern, sich sinnlich spürend auf einen Eindruck einzulassen, zu dem Worte fehlen. Ästhetische Erfahrungen regen zu einem offenen und neugierigen Blick an. Sie fordern uns auf, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und entziehen sich unserer routinierten Erklärungen. Es geht nicht darum, Kunstwerke zu erklären, sondern es geht darum, zu verstehen, was sie mit uns machen und was wir mit ihnen machen, wenn wir ihnen Bedeutung zuschreiben (Dietrich, 2012). Dafür benötigen wir eine hohe Aufmerksamkeit. Es geht also um eine Gegenwärtigkeit des Besonderen in der Wahrnehmung, die sich beim Hören einer CD genauso einstellen kann wie bei einem Konzertbesuch. Diese Aufmerksamkeit kann Unerwartetes integrieren und macht Überraschendes möglich. Diese nicht festgelegte Sensitivität führt uns zu Erfahrungen, aus denen wir Neues lernen können. Ästhetische Erfahrungen sind also intensive Erfahrungen und Anlässe bei denen man lernen kann, Erfahrungen zu machen und sich damit in Bildungsprozessen befindet (Dietrich, 2012). Dietrich beschreibt eine ästhetische Erfahrung auch als ganzheitliche Erfahrung d. h., dass sie die Kraft hat, bisherige Haltungen und Einsichten aus alten Erfahrungen zu verändern und neue Möglichkeiten aufzeigen kann. Man erhält also „eine neue Einsicht über alte Ansichten“ (Dietrich, 2012, S.54). Nach Rorty (2003) können solche Erfahrungen helfen, uns aus unserer Vergangenheit und kulturellen Umwelt zu lösen, uns von Scheuklappen zu befreien und zu einem größeren Maß an Individualität und Eigenständigkeit zu gelangen. Auch Shusterman (1994) plädiert dafür, Kunst nicht von bestehenden Institutionen her zu denken, sondern von der Qualität der Erfahrung auszugehen. Dadurch sollen auch Aspekte wie Freude, Genuss und Erlebnis als somatische Aspekte der ästhetischen Erfahrung wieder bewusster werden. Ästhetische Erfahrungen sind für Shusterman nicht nur ein Teilbereich des Lebens, sondern ein Medium durch welches leiblich- sinnliche Erfahrungen unsere Lebensweise bereichert. Er bezeichnet die ästhetische Erfahrung als Empathie- Box, die unsere Fähigkeit wie unsere Neigung zu lebendig, bewegenden und gemeinsamen Erfahrungen wiederherstellt (Shusterman, 1994). Die Lebensführung wird bei ihm von ästhetischen Aspekten geprägt, d. h., dass ästhetisch- leiblich- sinnliche Erfahrungen in das Leben integriert werden sollen, um dieses zu verbessern. Er steht mit seinem Konzept der Lebenskunst somit Dewey sehr nahe, wobei er der Leiblichkeit und der Lebensführung besondere

Aufmerksamkeit schenkt. Dabei werden die Erfahrung und der Gebrauch des Körpers als Ort sinnlich-ästhetischer Wertschätzung und kreativer Selbsterschaffung angesehen und ihre Untersuchung mit Somästhetik bezeichnet (Shusterman, 2008).

Ästhetische Erfahrung unterscheidet sich dabei von allgemeinen Erfahrungen, insofern es um das Sichtbarmachen eigener Reflexions- und Handlungswege im Kontext eines gestaltenden Themas geht. Das „Unplanbare“ (Rausch, 1999, S.228) hat dabei einen methodischen Stellenwert. Dieses Suchen und Tasten stellt eine große Anforderung an die Lernenden. Außerdem steht am vorläufigen Ende des Erfahrungslernens ein Produkt, wie beispielsweise ein Selbstbild, dadurch ist es einer Reflexion gut zugänglich (ebenda, 1999).

Rausch (1999) beschreibt ästhetisches Erfahrungslernen als einen ergebnisoffenen, selbstbestimmten und individuellen Prozess, bei dem auf einen methodischen Fahrplan verzichtet wird. Ästhetisches Erfahrungslernen ist Selbstbildung. Ästhetische Erfahrungen sind nicht an bestimmte Gegenstände wie Kunst gebunden, aber es gibt Gegenstände (wie Filme, Theater, Kunst, Musik), die diese Erfahrungen eher ermöglichen, als andere. Als ästhetische Erfahrungen können die Wirkungen des ästhetischen Erlebens bezeichnet werden (siehe auch Kapitel 3), die sich nacheinander im eigenen Leben verorten lassen (Dietrich, 2012). Otto (1994, S.56) beschreibt ästhetische Erfahrung als „ein Modus, Welt und sich selbst im Verhältnis zur Welt und zur Weltsicht anderer zu erfahren“. Die ästhetische Erfahrung umfasst laut Richter (1984) produktive und rezeptive Einstellungen. Wie die meisten Autoren (vgl. Peez, 2004; Siegmund, 2006) gehe ich ebenfalls davon aus, dass ästhetische Erfahrungen sich sowohl rezeptiv als auch produktiv machen lassen. Ästhetische Aktivitäten oder Erfahrungen tragen nach Richter (1984) zum Aufbau von personaler Individualität bei, da die Erfahrungen sich am Material ausdrücken, Selbstreflexion auslösen und Identifikationsprozesse initiieren. Bei Dewey beruhen ästhetische Erfahrungen auf denselben Vollzügen wie andere Erfahrungen, die wir machen. Die Ästhetik dringt nicht von außen in die Erfahrung ein, sondern ist Bestandteil jeder normalen ganzheitlichen Erfahrung. Der Unterschied zu gewöhnlichen Erfahrungen ist nach Dewey, dass ästhetische Erfahrungen besonders intensive und herausragende Erfahrungen sind. Sie führen dabei gewissermaßen auch das Wesen von Erfahrung selbst vor Augen (Dewey, 2003). Dewey schreibt der ästhetischen Erfahrung einen besonderen Bildungssinn zu. Für Dewey liegt der Bildungssinn in

der Erfahrung selbst. Für ihn ist das Subjekt der maßgebliche Ort und Akteur seiner Erfahrung. Durch ästhetische Erfahrungen wird man auf das Machen von Erfahrungen aufmerksam und „lernt zu lernen“ (Dewey, 2000, S.69). Deshalb möchte er diese Erfahrungsmöglichkeit fördern.

Nach Brandstätter (2012) gibt es viele unterschiedliche Erfahrungen, die unter den Begriff der ästhetischen Erfahrung fallen, und somit ist auch eine abschließende und allgemeine Definition nicht leistbar. Sie würde auch dem offenen Charakter ästhetischer Erfahrung widersprechen (Brandstätter, 2012). Das Einzigartige der ästhetischen Erfahrung kann laut Brandstätter niemals vom allgemeinen Charakter der Begriffe erfasst werden. Durch ihren Sinnlichkeitsbezug widersetzt sich die ästhetische Erfahrung in gewisser Weise dem sprachlichen Zugriff. Ästhetische Erfahrung ist folglich ein unabschließbares Wechselspiel zwischen einmaligen, individuellen Wahrnehmungen und verallgemeinernden Begriffen. Im Folgenden werden einige Besonderheiten ästhetischer Erfahrung benannt, die nicht immer gleichzeitig auftreten müssen (Brandstätter, 2012).

„Synästhesie und Leiblichkeit“: Ästhetische Erfahrung ist in der Sinnlichkeit der Wahrnehmung verankert. Ästhetische Wahrnehmung hat immer auch einen synästhetischen<sup>1</sup> Charakter, der in der Leibbezogenheit der ästhetischen Wahrnehmung begründet ist. Der Körper des wahrnehmenden Subjektes wird angesprochen, aber auch die „leibliche Präsenz“ (Mersch, 2001, S.276) des ästhetischen Objektes (Brandstätter, 2012).

„Selbstzweck und Selbstbezüglichkeit“: Ästhetische Erfahrungen sind frei von äußeren Funktionen und Zielen, sie unterliegen keinem Zweck, sondern der Sinn liegt in der Erfahrung selbst begründet. Wir nehmen also den Prozess der ästhetischen Erfahrung wahr und somit auch uns selbst (Brandstätter, 2012).

„Selbstbezug und Weltbezug“: Wenn wir uns dem „ästhetischen Genuss“ hingeben, dann führt dies zum intensiven Erleben der eigenen Person. Ebenso wesentlich ist dabei der Bezug zur äußerlich erfahrenen Wirklichkeit, sei es das ästhetische Objekt selbst oder die daraus sich vermittelnde Wirklichkeit. In der ästhetischen Erfahrung gehen Ich - Erfahrung und Welt - Erfahrung eine Einheit ein (ebenda, 2012).

---

<sup>1</sup> Zwei Sachen werden zugleich wahrgenommen

„Eigenzeitlichkeit und Eigenräumlichkeit“: Ästhetische Erfahrungen ereignen sich im „Modus des Verweilens“ (Seel, 1996, S.50). Die Gegenwart, der Augenblick, nimmt eine zentrale Rolle ein. Ästhetische Erfahrungen unterbrechen den Fluss der Zeit, sie können sie anhalten, beschleunigen, verlangsamen. Ästhetische Erfahrungen setzen die Zeit außer Kraft. Wenn wir uns ästhetischen Erfahrungen hingeben, dann begeben wir uns in ästhetische Räume, die von realen Räumen zu unterscheiden sind (Brandstätter, 2012).

„Zwischen Ding – und Zeichencharakter der Welt“: Ästhetische Erfahrungen sind durch einen doppelten Zugang zur Welt gekennzeichnet. Kunstwerke können als Zeichen verstanden werden, sie stellen etwas dar, gleichzeitig sind sie auch als Objekt mit einer bestimmten Materialität erlebbar (Brandstätter, 2012).

„Zwischen Differenz und Affirmation“: Ästhetische Erfahrung wird oft als Differenzerfahrung beschrieben. Sie will traditionelle Wahrnehmungs- und Denkweisen aufbrechen und Gewohntes in Frage stellen. Sie kann aber auch nach Übereinstimmung suchen, nach Korrespondenz zwischen ästhetischem Objekt und der eigenen Lebenswelt (Brandstätter, 2012).

Die hier beschriebenen Besonderheiten der ästhetischen Erfahrung weisen auf vielfältige Ansatzpunkte hin, wie sie für die Bewältigung von Krisensituationen genutzt werden können.

Peez (2003) beschreibt weitere Strukturmomente ästhetischer Erfahrung. Er nennt Überraschung, Genuss und Ausdruck im kulturellen Kontext. Zum einen macht man ästhetische Erfahrungen da „...wo etwas Unerwartetes eintritt, dessen man sich mit Hilfe der Sinne gewahr wird.“ (Peez, 2003, S.4). Zum anderen umfasst ästhetische Erfahrung auch die genussvolle Identifikation. Ästhetische Erfahrungen lassen sich laut Peez nicht authentisch in Interpretationen vermitteln, sondern hauptsächlich durch ästhetische Ausdrucksformen, die kulturell geprägt und in sozialen Kontexten eingebettet sind, vermitteln.

Durch ästhetische Erfahrungen lernen wir mit Pluralität, Heterogenität, Differenzen und Widersprüchen im Leben umzugehen (Brandstätter, 2009). Wir erleben uns und die Welt gleichzeitig, dabei wird laut Brandstätter zu Wechselspielen angeregt: zwischen Sinnlichkeit und Reflexion, Emotionalität und Vernunft, Bewusstem und Unbewusstem, Materialität und Zeichencharakter, Sagbarem und Unsagbarem.

Diese Offenheit ästhetischer Erfahrung ist modellhaft für menschliches Erfahren, Erleben und Erkennen (ebenda, 2009).

## **2.4 Ästhetische Bildung**

Das folgende Kapitel über Ästhetische Bildung ist für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, da sich zum einen die öffentliche Debatte über die Ästhetische Bildung vor allem mit Transfereffekten dieser Bildungsprozesse beschäftigt. Zum anderen bietet Ästhetische Bildung die Möglichkeit zur Welt- und Selbstwahrnehmung und zur Welt- und Selbstgestaltung (Liebau, 2013) und ist damit für das Verständnis der vorliegenden Studie, die sich für die Ästhetische Bildung in der Therapie interessiert, von Belang.

Ästhetische Bildung kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Dietrich (2012) weist darauf hin, dass unter „Ästhetischer Bildung“ zum einen pädagogische Praxen, die einzelne ästhetische Felder wie Kunst, Musik, Theater benutzen, verstanden werden. Zum anderen ist es der Grundbegriff bildungstheoretischer Diskurse. Auch Liebau (2013) beschreibt drei grundsätzlich unterschiedliche Zugangsweisen. Er unterscheidet zwischen methodologischen, wissenschaftsdisziplinären und feldspezifischen Aspekten der ästhetischen Bildung. Dabei meint der methodologische Zugang, die Beschäftigung mit der Theorie der ästhetischen Bildung, Grundbegriffen, Definitionen, Konzepten sowie die Geschichte und Entwicklung der ästhetischen Bildung in verschiedenen Gesellschaften. Zusätzlich beinhaltet die methodologische Seite auch empirisch- analytische Ansätze über Strukturen und Prozesse der ästhetischen Bildung sowie pragmatische und entwicklungsorientierte Ansätze wie formative Evaluationsforschung. Der zweite, disziplinäre Zugang erschließt unterschiedliche Aspekte der ästhetischen Bildung aus den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen heraus. Die dritte, feldspezifische Perspektive meint, wie auch Dietrich es beschreibt, die Differenzierung der ästhetischen Bildung nach den verschiedenen Künsten und ihren Mischungen (Musik, Bildende Kunst, Theater, Tanz, Film etc.) (Liebau, 2013). Liebau (2013) bemerkt dazu, dass diese drei Zugangsweisen eine hohe Komplexität aufweisen, und es völlig aussichtslos sei diese Gesamtperspektive umfassend wissenschaftlich darzustellen. Jedoch könne sie als Einordnungs- und Suchinstrument genutzt werden (Liebau, 2013). Demzufolge möchte ich hier auf der methodologischen Seite der ästhetischen Bildung bleiben und anhand Ehrenspecks

Artikel von 2001 zunächst einen kurzen historischen Überblick über Ästhetische Bildung geben. Danach folgt eine Darstellung, wie der Begriff der Ästhetischen Bildung eingeordnet und definiert werden kann, und schließlich wird ein Versuch unternommen, genauer auszuführen, was Ästhetische Bildung ausmacht, dabei wird auch auf die Bildungstheorie Kollers (2012) zurückgegriffen und auf den aktuellen Forschungsstand der Transferforschung hingewiesen (vgl. Rittelmeyer, 2012).

Bereits in der griechischen Antike wurde über Bildung und Ästhetik nachweislich nachgedacht, jedoch erscheint der Begriff Ästhetische Bildung erst in Schillers „Ästhetischen Briefen“ 1793, obgleich die philosophische Disziplin der Ästhetik von Baumgarten in den 1750er Jahren begründet wurde (Zirfas, 2013). Kant ermöglicht mit seiner 1790 erschienen „Kritik der Urteilskraft“ die theoretischen Voraussetzungen für das moderne Konzept einer ästhetischen Bildung, wenngleich er nie von ästhetischer Bildung sprach. Vor allem die Vorstellung des „Schönen als Symbol des Sittlichen“ hat die Bildungstheorie und Pädagogik zur Idee der ästhetischen Bildung zur Erziehung inspiriert (Ehrenspeck, 2001). Den entscheidenden Übergang zu einer Bildungstheorie des Ästhetischen hat jedoch Schiller ausgeführt. Bei Kant ging es nie um die Frage, wie das reine Geschmacksurteil die Individualisierung oder Versittlichung des Individuums beeinflussen kann. Schiller dagegen fragt nach der bildungsrelevanten Funktion des Ästhetischen. Schiller geht von einer realen Wirkmacht des Ästhetischen auf die sittliche Bildung aus (Ehrenspeck, 2001). Die neuhumanistische Bildungstheorie von Humboldt schließt an Schiller an und sieht besonders in der Sprache und der griechischen Kunst der Antike die Möglichkeit zu einer harmonischen Bildung (Ehrenspeck, 2001). Ehrenspeck (2001) weist darauf hin, dass bei Humboldt und Schiller die Begriffe Ästhetik und Bildung geradezu synonym verwendet wurden. Diese Gleichsetzung wurde bis ins 20. Jahrhundert immer wieder aufgenommen, so Ehrenspeck (2001). Im 19. Jahrhundert wurde das Verhältnis von Ästhetik, Bildung und Erziehung hauptsächlich von der Philosophie und Pädagogik Herbarts ausgeführt. Herbart geht ebenfalls von einem vermittelnden ästhetischen Zustand aus, der die Freiheit und Sittlichkeit fördern soll. Durch das Konstrukt einer ästhetischen Nötigung versucht er die Genese der Moralität aufzuzeigen. Im Vordergrund steht ein „erziehender Unterricht“, in dem der Zögling zu ästhetischen Urteilen angeregt wurde, um eine Ausbildung ästhetisch-ethischem Urteilen zu erreichen (Ehrenspeck, 2001). Weitere Verbindungen von Ästhetik und Pädagogik

gibt es erst wieder in der Reformpädagogik des 20. Jahrhunderts. Hier werden ebenfalls die Kunst und die Ästhetik als Medium zur Erneuerung der Gesellschaft und zur „Schaffung“ eines neuen Menschen angesehen. In der Kunsterziehungsbewegung Ende des 19. Jahrhunderts wird die Bedeutung der künstlerischen Bildung und Erziehung für die Erziehung im Ganzen betont. Die Potentiale der kindlichen Kreativität wurden entdeckt und führten zu einer Reform in den Unterrichtsfächern mit Hinweis auf die bildende Wirkung des Zeichenunterrichts (Ehrenspeck, 2001). Anfang des 20. Jahrhunderts interessierte sich die damalige Kunstavantgarde, beispielsweise das Bauhaus, für die Pädagogik. Hier wurde der Architektur eine bildende und sozialdisziplinierende Wirkung zugeschrieben (vgl. Wünsche, 1989). Die sozialdisziplinierende Macht der Ästhetik wurde auch im Faschismus ausgenutzt und die Ästhetische Bildung spielte somit auch in der Pädagogik des Faschismus eine Rolle (vgl. Kupfer, 1982). Nach dem 2. Weltkrieg, so Ehrenspeck (2001), wird das Verhältnis von Pädagogik und Ästhetik, nur noch im Kontext der Fachdidaktik Kunst unter Begriffen wie „Ästhetische Erziehung“ und „visuelle Kommunikation“ (vgl. Richter, 1981), aber kaum noch in der Allgemeinen Pädagogik reflektiert. Ehrenspeck (2001) fährt fort, dass es erst wieder Mitte der 1980er Jahre eine Ästhetik - Orientierung in der gesamten Erziehungswissenschaft gab. Im Kontext der einsetzenden Postmodernediskussion gewann die Ästhetik wieder an Bedeutung und es startete eine nachhaltige Diskussion über ästhetische Erfahrung, Ästhetik, Leib oder Aisthesis und Kunst (Ehrenspeck, 2001; siehe auch Ehrenspeck, 1986). Auch die Rehabilitation des Bildungsbegriffs der 1980er Jahre gab Anlass wieder über Ästhetische Bildung nachzudenken (vgl. Mollenhauer, 1988). Mollenhauer (1988) rief dazu auf, eine bildungshistorische Rekonstruktion des Verhältnisses von Ästhetik, Bildung und Pädagogik vorzunehmen. Diese Rekonstruktion versuchte in neuester Zeit Zirfas (2013) aufzuzeigen, worauf im folgenden Text noch hingewiesen wird.

In den 1990er Jahren wuchs dann das Interesse an empirischer wie theoretischer Grundlagenforschung zur bildenden Wirkung von Kunst, jedoch blieben die empirischen Untersuchungen spärlich. Dies lag laut Ehrenspeck (2001) unter anderem daran, dass es sich bei ästhetischer Erfahrung um äußerst komplexe Phänomene handelt, die der empirischen Forschung schwer zugänglich gemacht werden können. Ehrenspeck ruft schließlich dazu auf, dass neben der philosophischen Ästhetiktheorie auch entsprechende Disziplinen wie Psychologie



und Soziologie als theoretische Bezugspunkte für die Empirie herangezogen werden müssen. Außerdem sollten die unterschiedlichen ästhetischen Sinnformen (aus Literatur, Musik bildende Kunst etc.) differenziert werden (Ehrenspeck, 2001).

Ehrenspeck (2001) geht außerdem darauf ein, dass es in der Pädagogik eine lange Tradition darüber gibt, inwieweit die Kunst eine Bedeutung für den Bildungsprozess eines Individuums besitzt. Die Pädagogik habe sich zur Beantwortung dieser Frage der Ästhetik als philosophischer Disziplin selektiv bedient, so Ehrenspeck (2001). Dabei wird davon ausgegangen dass die Kunst durch ihre Autonomie und Eigenlogik bildend ist (Ehrenspeck, 2001). Auch Selle erklärt warum die Kunst für die Pädagogik so interessant ist. Es geht laut Selle bei (ästhetischer) Bildung darum, sich über die eigene Situation Klarheit zu verschaffen und dabei in die Sprache der Kunst überzuwechseln (1990). „Die Pädagogik bricht hier in das selbstreferentielle System der Kunst ein, um Projektionsflächen, Bewegungsräume und Sprachformen zu finden, die es nur im Ästhetischen..... gibt.“(ebd., S.30). Selle spricht damit ebenfalls die angenommenen Erwartungen der ästhetischen Erfahrung an, die in der Pädagogik und Therapie gleichermaßen genutzt werden wollen. Selles Konzept wurde von der kunstpädagogischen Bewegung Ende der 90er Jahre dahingehend kritisiert, dass Ästhetik nicht gleich Kunst ist. Sie rückte neben dem Begriff der Bildung, den der Kunst mehr in den Mittelpunkt und verwendete somit den Begriff der künstlerischen Bildung<sup>2</sup>. Die Begriffe Ästhetische Bildung und künstlerische Bildung sind somit aus unterschiedlichen historischen Kontexten gewachsen und werden in den jüngsten Veröffentlichungen zusammengeführt als künstlerisch- ästhetische Bildung verwendet (vgl. Liebau, 2014, Rittelmeyer, 2014). Auch ich möchte mich dem

---

<sup>2</sup> Bildung wird dabei als ein Prozess, ein Vorgang, der mindestens das eigene Leben gestaltet, aufgefasst. Kunst dagegen muss nicht zwingend ein Prozess sein und muss auch das Leben des Künstlers nicht nachhaltig verändern, so Posselt (2013). Posselt betont, dass es immer davon abhängt was der Einzelne unter dem Begriff Kunst versteht. Das Einende von Kunst und Bildung sei das sich etwas im Selbst in Auseinandersetzung mit etwas anderem ereignet (Posselt, 2013). Joseph Beuys erweiterter Kunstbegriff gehört zu den Hauptgedanken der künstlerischen Bildung. Er möchte mit seinem erweitertem Kunstbegriff und der „Sozialen Plastik“ eine „neue Welt“ aufbauen, in der der einzelne Mensch erkennt was aus dem anderen werden will und sich ihm liebevoll zuwendet. „Soziale Plastik“ meint dabei die Verständigung der Menschen durch Denken und Sprache als Kreation, Kunstwerk oder plastischen Vorgang zu sehen. Auch das Konzept der Lebenskunst des Philosophen Schmid spielt für die künstlerische Bildung eine wichtige Rolle. Dabei geht es kurzgefasst darum, dass jeder einzelne sich in ein Verhältnis zu sich selbst und zur Welt setzt und dieses Verhältnis als Werk begreift, das es zu gestalten gilt. Eine weitere Voraussetzung ist dabei die eigene künstlerische Praxis der Lehrenden, da nur durch eigenes künstlerisches Handeln dieses bei anderen angestoßen werden kann (Posselt, 2013). Künstlerische Bildung wird dabei als Prozess mit dem Ziel Lebenskunst beschrieben. Posselt (2013, S.59) resümiert die Formel: „Nicht nur Kunst ist Leben und Leben ist Kunst, sondern **Leben ist Bildung ist Kunst!**“.

anschließen, da beide Begriffe sich sehr überschneiden und prinzipiell synonym verwendet werden können.

2011 meint Rittelmeyer noch, dass die empirische Forschung zur ästhetischen Bildung vor allem im deutschsprachigen Raum kaum vorhanden sei (Rittelmeyer, 2011). 2014 dagegen macht er deutlich, dass zur Frage der Wirkungen ästhetischer Bildung momentan eine umfangreiche Forschungslandschaft entsteht. In den letzten Jahren ist also eine rasante Entwicklung der Forschungslandschaft zur ästhetischen Bildung entstanden. Rittelmeyer (2014) kritisiert, dass dabei die Begriffe ästhetische und künstlerische Bildung als kulturelle Bildung bezeichnet werden. Er beanstandet dies, da beispielsweise auch ein Betriebspraktikum der kulturellen Bildung zuzuordnen ist. International wird der Begriff „arts education“ verwendet (2014). Auch Liebau weist auf den Begriff in der internationalen Debatte hin, der sich ziemlich eindeutig und ausschließlich auf ästhetische Ausdrucks und Erscheinungsformen im engeren Sinne, bezieht. Liebau (2014) differenziert die verschiedenen Begriffe genauer und möchte die Kulturelle Bildung als allgemeinen Oberbegriff verstehen und soziokulturelle Bildung als Oberbegriff für die lebensweltorientierten Ansätze sowie künstlerisch-ästhetische Bildung als Oberbegriff für kunstbezogene Ansätze. Er schlägt folgende Definition Kultureller Bildung vor, die noch für die sozio- kulturelle und die künstlerisch- ästhetische Bildung auszudifferenzieren sei:

*„Kulturelle Bildung verstehen wir – etwa in Angrenzung zu Politischer Bildung, ...- als Bildung, in der der Zusammenhang von Wahrnehmung, Ausdruck, Darstellung und Gestaltung der Welt vorrangig unter ästhetischen Gesichtspunkten in Rezeption und Produktion zum Gegenstand wird. Kulturelle Bildung geschieht dabei in den drei großen Feldern der informellen, der non- formalen und der formalen Bildung. Dementsprechend sind Forschungen über alltagsästhetische, laienkünstlerische Vermittlungsbereiche ebenso angesprochen wie über professionell künstlerische. Dieser Begriff der Kulturellen Bildung ist weiter, als der Begriff der musisch- ästhetischen Bildung, der ausschließlich die Vermittlung der Künste fokussiert; mit seiner Konzentration auf die Vermittlung ist er aber zugleich enger als der Begriff der kulturellen Praxis, der alle möglichen kulturellen subjektiven Aneignungsformen umfasst“ (Liebau, 2012).*

Dieser begrifflichen Einordnung möchte ich folgen und anmerken, dass in den Veröffentlichungen zur Kulturellen Bildung, unter die sich auch die Kunsttherapie

einordnen lässt, viele Bildungsprozesse beschrieben werden, die auch für die Kunsttherapie von Interesse sind und mehr in der kunsttherapeutischen Diskussion beachtet werden könnten (vgl. Treptow, 2012). An dieser Stelle möchte ich mich jedoch auf die künstlerisch- ästhetische Bildung fokussieren und mit Zirfas (2013) wird im Folgenden diese genauer beschrieben.

Zirfas entwickelt in seiner Skizze zur Historiographie der Ästhetischen Bildung (2013) einen Begriff dieser Bildungsform, da es keine allgemeingültige Definition der ästhetischen Bildung gebe. Ich möchte mich Zirfas anschließen und seiner Begriffsbeschreibung folgen. Zirfas versteht Ästhetische Bildung „im Sinne einer sinnlich- reflexiven und performativen handlungsbezogenen menschlichen Praxis...“(2013,S.9) „die in besonderer Weise die prozessualen Möglichkeiten für Übergänge, Verknüpfungen und das in Beziehung- Setzen von Wahrnehmungen, Erfahrungen und Imaginationen auf der einen und Kunst, Schönheit und die mit ihr verbundenen Zeichen und Symbole auf der anderen Seite betrifft“ (Zirfas, 2013 in Zirfas et al. 2009, S.20). Abgekürzt ist „ Ästhetische Bildung die performative und reflektierende Auseinandersetzung mit ästhetischen Sachverhalten und den „schönen Künsten“ (Zirfas, 2013, S.9). Bei der Kunst der Ästhetischen Bildung geht es ihm ebenfalls um die „klassischen Künste“ wie Musik, Theater, bildende Kunst und Literatur und grenzt damit auch die Ästhetische Bildung von der Kulturellen Bildung ab. Die Kulturelle Bildung umfasse auch die „nützlichen“ Künste wie beispielsweise: Kochen, Heilen, Erziehen, Navigieren etc., so Zirfas (2013).

Der folgende Exkurs möchte sich mithilfe von Zirfas (2013), dem Begriff der Ästhetischen Bildung in dreifacher Hinsicht annähern, um der Komplexität Ästhetischer Bildung aus historischer Perspektive gerecht zu werden. Mit der Ideengeschichte, der Biographiegeschichte und der ikonischen Geschichte will er die Ästhetische Bildung anschaulich machen. Im Folgenden werde ich diesen Zugang kurz vorstellen. Die Ideengeschichte versucht, die wesentlichen Modelle der Ästhetischen Bildung zu rekonstruieren, die eng mit der allgemeinen Kultur und Sozialgeschichte verwoben ist. Zirfas arbeitet anhand von Leonardo da Vincis *Trattato della pittura* einen rezeptionsorientierten Aspekt, bei dem auch die emotionale Rezeption wichtig ist, heraus. Er meint damit die sinnliche Wahrnehmung der Welt. Außerdem gibt es einen ausbildungsorientierten Aspekt der Ästhetischen Bildung. Bei der Biographiegeschichte geht es um Rekonstruktionen von

ästhetischen Selbstbildungsprozessen. Es geht darum, wie die Auseinandersetzung mit Kunst einen spezifischen Wahrnehmungs-, Interpretations- und Gestaltungsspielraum erzeugt, der ästhetische Selbstbildungsprozesse ermöglicht. Zirfass (2013) bezieht diese auf Künstler, genauer auf Leonardo da Vincis Biographie. Zirfas (2013) arbeitet heraus, dass Leonardo durch seine umfangreiche, qualitative hochwertige künstlerische Ausbildung ein Kunstverständnis entwickelte, in dem die Idee wichtiger war, als dessen Realisierung. Leonardo verstand sich nicht als Handwerker, sondern als Individualist und Universalgelehrter. Die dritte Perspektive stellt die Ikonische Geschichte dar, hierbei geht es darum, dass das Bild an sich als visualisiertes Modell der ästhetischen Bildungsprozesse verstanden wird. Zirfas führt den vitruvianischen Mensch von Leonardo als Beispiel auf und zeigt an ihm, die Gestaltungsmöglichkeiten des Menschen in Bezug auf andere und sich selbst. (vgl. Zirfas, 2013). Rekonstruiert man den Begriff Ästhetische Bildung mit diesen drei Zugängen fällt auf, dass diese Bildungsform kontinuierlich Gegenstand der Diskurse von Philosophen, Theologen, Künstlern und Pädagogen war und dass die Ansicht vorherrschte, dass Kunst mit keiner vergleichbaren Intensität zu bilden imstande war. Zirfas (2013) resümiert, dass kunstspezifische Handlungsformen immer auch Ausdruck und Reflexion eines Selbst- und Weltverhältnisses sind, was für die Pädagogik immer hoch bedeutsam war.

Dietrich (2012) sei als weitere Autorin genannt, die Aspekte der Ästhetischen Bildung konkreter ausführt. Dietrich beschreibt verschiedene „Bildungsdimensionen“ (2012, S.28) der ästhetischen Erfahrung, die ich im Folgenden erläutern werde. Es geht ihr dabei nicht um den Erwerb und den Besitz von Wissen oder Fähigkeiten, dies begreift sie nur als einen Bestandteil von Bildung. Allerdings wählt sie für ihre Bildungsdimensionen, Fingerfertigkeit, Alphabetisierung, Selbstaufmerksamkeit und Sprache, Begrifflichkeiten, die eher an Lernen als an Bildung erinnern. Mit Fingerfertigkeit meint Dietrich, dass Musik, Malerei usw. zuallererst eine menschliche oder zwischenmenschliche Praxis ist. Mit dem Ausprobieren ästhetischer Materialien erwerben bereits Kinder praktische Fähigkeiten der Gestaltung ihres Verhältnisses zur Welt. Das praktische Wissen, wie man etwas tut, befähigt die Kinder zur selbständigen Wahl der Mittel. Alphabetisierung beinhaltet Kenntnisse über ästhetische Symbolbestände und ihre Traditionen und die zunehmende Urteilsfähigkeit über gelungene ästhetische Weltbearbeitung. Mit Selbstaufmerksamkeit beschreibt Dietrich die eigene Sinnestätigkeit, in der sich das

Subjekt selbst und den Gegenstand auf andere Weise wahrnimmt als im Zustand der pragmatischen Welt- und Selbstzuwendung. Schiller sprach dabei vom „ästhetischen Zustand“. Dietrich umschreibt diesen Modus auch mit Ergriffenheit, eine einzigartige Wahrnehmung, die uns ahnen lässt, dass dieses Geschehen noch mehr betreffen könnte, als nur diesen Moment. Die letzte Bildungsdimension Sprache ist für eine Ästhetische Bildung nach Dietrich ebenfalls notwendig. Das Geschehene wird wortsprachlich, gestisch, malerisch, mithilfe von Blicken, Körperbewegungen usw., mitgeteilt. Alle Formen des nach außen hin artikulierten Beeindrucktseins oder auch das schweigsame Selbstgespräch vor einem Bild im Museum sind gemeint (Dietrich, 2012). Auch Dietrichs Ausführungen zu ihren Bildungsdimensionen beschreiben eher Lerndimensionen, wenngleich sie Ästhetische Bildung verstehen will als längeren, lebensbegleitenden Prozess, bei dem man nicht davon ausgehen kann, dass aus der Beteiligung an Angeboten der ästhetischen Erziehung immer Ästhetische Bildung erfolgt. Es liegt am Subjekt, ob es zu einer Erfahrung wird oder an uns vorbeizieht, so Dietrich (2012). Erst auf diese Erfahrungen aufbauend entsteht Ästhetische Bildung. In ihrer Einführung der Ästhetischen Bildung beschreibt Dietrich (2012) den Begriff Bildung als Prozess des Aufwachsens aus einer weiteren Perspektive und setzt dabei das sich bildende Subjekt selbst ins Zentrum. Es geht nicht um vorgegebene Inhalte oder Ziele, auch nicht um pädagogische Tätigkeiten, wie beim Erziehungsbegriff. Die eigene Leistung und Aktivität des Individuums tritt in den Vordergrund. Es geht um den Umgang mit dem durch Erziehung Vermittelten und um die individuelle Bedeutsamkeit davon. Sie möchte Bildung als Selbstbildung verstehen, die eine soziale Dimension hat, da wir uns anhand unserer Umgebung entwickeln. Deshalb bedarf Bildung auch Unterstützung und Anleitung von außen. Bildung kann einem jedoch nicht durch pädagogische Maßnahmen abgenommen werden. Es geht dabei um die Vermittlungstätigkeit des Subjektes zwischen den äußeren Erwartungen und den inneren Strebungen. Die eigene Aktivität und Leistung des Individuums steht dabei im Vordergrund, so Dietrich (2012). Es geht ihr bei Bildung darum, wie wir Erfahrungen in das Sinngewebe unseres Lebens integrieren. Dietrich bezeichnet Erfahrungen als Bausteine und Bildung als die Gestalt oder Figur, die die Bausteine zusammen bilden. Es entsteht etwas Neues, was in anderen Räumen des Lebens weiterwirken kann. Für Dietrich sind die Bildungs- bzw. Lerndimensionen Fingerfertigkeit, Alphabetisierung, Selbstaufmerksamkeit und Sprache für das Entstehen ästhetischer Erfahrungen elementar. Allerdings gehen

ästhetische Erfahrungen nicht unmittelbar aus diesen Dimensionen hervor. Ästhetische Erziehung kann ästhetische Erfahrung anstoßen und ästhetische Erfahrungen können Bildungsprozesse ermöglichen. Wenn diese Komponenten im Lebenslauf immer wieder angeboten und genutzt werden, können sich die bildenden Wirkungen ästhetischer Erfahrungen am besten festigen. Es bleibt aber Sache des Subjektes, ob etwas zu einer Erfahrung wird und sich daraus Ästhetische Bildung ergibt oder nicht. Daraus ergibt sich eine pädagogische Verantwortung, Möglichkeiten bereitzustellen, eigene Erfahrungen zu machen (Dietrich, 2012). Ich beziehe mich auf die oben genannten Bildungs- bzw. Lerndimensionen, da sie auch in der Kunsttherapie Ausgangspunkt von beginnenden Bildungs- oder Therapieprozessen sein können und Dietrich diese näher beschreibt. Jedoch erfassen Dietrichs Dimensionen eher Kompetenzen, als dass sie Bildung bedeuten. Ehrenspeck (2001) weist darauf hin, dass versucht wurde, bislang vernachlässigte ästhetischtheoretische Ansätze für bildungstheoretische Fragestellungen interessant zu machen, wie beispielsweise Adorno oder Lyotard (vgl. Koller, 1999). Ich möchte mich auch deshalb zusätzlich auf Kollers transformatorische Bildungstheorie (2012) beziehen. Er fasst Bildung als Prozess der Erfahrung auf, aus dem das Subjekt verändert hervorgeht. Seine Auffassung von Bildung ähnelt stark Prozessen, wie sie auch in der Psychotherapie und Kunsttherapie möglich sind. Veränderung ist in gewisser Weise ein globales Therapieziel. Angst bewältigen, Kontaktfähigkeit verbessern, Essstörung überwinden oder Gefühle regulieren beinhalten Veränderungen (vgl. Faller 1998; 2000). Blickt man in die aktuelle Psychotherapieforschung, wird auch dort beschrieben wie kritische Momente in der Therapie positive Entwicklungen einleiten (Sammet, 2015; Gumz, 2015). Zudem vergleicht Koller selbst Bildung mit künstlerischen Prozessen, somit ist sein bildungstheoretisches Verständnis passend für die vorliegende Arbeit. Die Veränderung, die durch Bildung geschieht, betrifft dabei nicht nur das Denken, sondern das gesamte Verhältnis des Subjektes zur Welt, zu anderen und zu sich selbst, so Koller (2012). Er unterscheidet dabei ganz deutlich zwischen Lern- und Bildungsprozessen. Für ihn ist Bildung nicht nur als Kompetenzerwerb zu betrachten, sondern eher als grundsätzliche Veränderung der gesamten Person. Weiter ist Bildung für ihn ein krisenhaftes Geschehen, das auf die Herausforderung durch neuartige Problemlagen reagiert, da diese nicht mehr wie gewohnt bearbeitet werden können. Zusammengefasst ist Bildung für Koller (2012, S. 21): „...ein Prozess der

*Transformation grundlegender Figuren des Welt- und Selbstverständnisses in Auseinandersetzung mit Krisenerfahrungen, die die etablierten Figuren des bisherigen Welt- und Selbstverständnisses in Frage stellen.“*

Koller (2012) stellt in seiner transformatorischen Bildungstheorie Fragen, die auch im Therapieprozess aufgeworfen werden. Koller ermittelt Konzepte, die die Beschreibung dieser Welt und Selbstverständnisse erfassen, damit gesagt werden kann, was sich in transformatorischen Bildungsprozessen verändert. Dabei werden Welt- und Selbstverhältnisse auf zweifache Weise vermittelt. Zum einen durch gesellschaftliche Bedingungen, zum anderen durch die Sprache oder ein anderes Symbolsystem. Koller (vgl. 2012, S.22-23) zieht Bourdieu, Lyotards und Butler heran, die in ihren Theorien diese Welt- und Selbstverhältnisse ansatzweise beschreiben. Weiter interessiert ihn der Anlass für transformatorische Bildungsprozesse. Wie lassen sich also Problemlagen näher beschreiben, durch die etablierte Welt- und Selbstverhältnisse in Frage gestellt werden? Für Bourdieu liegt eine Problemlage vor, wenn eine Passung zwischen Habitus und Feld nicht mehr gegeben ist (vgl. Bourdieu 1987, S.117). Koller nennt hierfür beispielsweise alterstypische Krisenerfahrungen, die mit der Adoleszenz oder mit Statuspassagen einhergehen, wie körperlicher Veränderungen oder veränderte soziale Erwartungen, die das einmal erworbene Welt- und Selbstverhältnis zur Aktualisierung zwingen (2012). Weitere Anlässe für eine Transformation könnte die Enttäuschung unseres Erwartungshorizontes sein (Buck 1981, S.54) oder nach Waldenfels die Erfahrung des Fremden. Fremd ist für Waldenfels (2006) das, was als störend in die Ordnung einbricht. Diese beiden Konzeptionen betonen laut Koller die überindividuellen Dimensionen der Anlässe und verdeutlichen, dass Bildungsprozesse nicht einfach als Selbstbildung verstanden werden können, sondern ein interaktives Geschehen vorherrscht. Des Weiteren bezieht sich Koller auf Lyotard, der als Anlass für Bildungsprozesse einen Widerstreit oder einen Konflikt unvereinbarer Diskursarten benennt, bei dem es keine Lösung gibt (vgl. Lyotard 1989, S.27). Gerade bei Kollers Suche nach Anlässen für Bildungsprozesse wird die Ähnlichkeit zwischen Bildungs- und Therapieprozessen aufgezeigt, wenngleich Koller diesen Vergleich nicht zieht. Zusätzlich möchte Koller die Transformationsprozesse selbst beschreiben. Er fragt dabei nach typischen Verlaufsmustern, Phasenstrukturen und förderlichen oder hinderlichen Bedingungen von Bildungsprozessen. Er zieht hierfür Oevermann zur Hilfe, der die Entstehung des Neuen zu erklären versucht. Das Neue ist für ihn die

Wahl einer bislang nicht realisierten Möglichkeit, die nach ihrer Realisierung zu einer Veränderung der gesamten Fallstruktur führt (vgl. Oevermann 1991). Oevermann beschreibt den Transformationsvorgang mithilfe von Meads Schrift „The Definition of the Psychical“ (1903) und Freuds Traumtheorie (1900/1972). Er berichtet, wie die Produktion von „inneren Bildern“ (Oevermann 1991, S.316) bei Mead oder eben auch der Traum, intuitiv auf das vorgereifen, was zur Krisenbewältigung fehlt. Für Oevermann ist die Übersetzung dieser Bilder in realitätsgerechte Krisenlösungen von Bedeutung. Er möchte dem mit künstlerischen Produktionsprozessen näher kommen, indem die inneren Bilder symbolisch zum Ausdruck gebracht werden. Der Künstler wird dabei mit dem Träumer verglichen. Die Entstehung neuer Welt- und Selbstverhältnisse in transformatorischen Bildungsprozessen wäre nach Oevermann somit ein kreatives Geschehen, das dem künstlerischen Schaffensvorgang ähnlich ist und eine charakteristische Phasenstruktur aufweist, so Koller (2012). Bedingung für solch innovative Prozesse sind Spielräume, die benötigt werden, wie sie auch für den Traum und künstlerisches Tun kennzeichnend sind (Koller, 2012). Anhand Kollers transformatorischer Bildungstheorie können auch Vorgänge, wie sie sich in der Kunsttherapie ereignen, erfasst werden. Gleichzeitig beschreibt er das Potential damit krisenhafte Situationen bewältigt zu können. Bildung wird von ihm dabei häufig so aufgefasst, wie auch eine Beschreibung von Kunst oder Kunsttherapie aussehen könnte. Beispielsweise postuliert Koller abschließend, dass Bildung vielleicht ein unabschließbarer Prozess der Infragestellung oder Verflüssigung bestehender Ordnungen ist und das Anderswerden einen offenen Ausgang hat (Koller, 2012).

An dieser Stelle taucht die Frage auf, in welchem Verhältnis Therapie und Bildung stehen. Die vollständige Klärung dieser begrifflichen Einordnung kann hier nicht vollzogen werden, jedoch möchte ich kurz darauf eingehen, da die vorliegende Studie sich in diesem Spannungsverhältnis befindet. Wird Bildung so aufgefasst, wie Koller es in seiner transformatorischen Bildungstheorie beschreibt, nämlich als krisenhaftes Geschehen und als grundsätzliche Veränderung der gesamten Person (Koller, 2012), kann der kunsttherapeutische Prozess auch einen Bildungsprozess freisetzen. Der kunsttherapeutische Prozess kann beispielsweise eingeordnet werden in Zacharias (2014, S.120) Beschreibung: „Die Basis aller kulturell-künstlerischer Bildung und allen ästhetischen Lernens ist der Zusammenhang von Wahrnehmen, Handeln, Erfahren, Reflektieren, Erinnern als Einheit und am Exempel



attraktiver, auch experimentelle Neugierde herausfordernder Phänomene, die in der Summe transformative Bildungsprozesse auslösen“.

Der wesentliche Unterschied zwischen den Bereichen Therapie und Bildung wird deutlich, wenn Bildungs- und Therapieprozesse als zwei unterschiedliche Systeme der modernen Gesellschaft betrachtet werden, die mit eigenen Kommunikationsstrukturen arbeiten. Die Therapie gehört somit zu einem medizinischen System, das mit dem Code gesund- krank arbeitet (Wichelhaus, 2006). Therapie beinhaltet die Behandlung und Heilung von Störungen bzw. Krankheiten. Die Sicht aus dem Blickwinkel des Pathologischen ist für die Therapie kennzeichnend (Hörmann, 1987). Therapie wurde von Cohn (1975) auch als nachträgliche Pädagogik verstanden. Das Erziehungssystem dagegen operiert mit weniger strengen und unbestimmteren Chiffrierungen, so Wichelhaus (2006). Sie resümiert, dass Entwicklung, Wachstum und Reife zur Therapie und zur Pädagogik gehören und ästhetische Erfahrungen diese in pädagogischen, wie auch in klinischen Kontexten befördern (Wichelhaus, 2006). Es ist also der Kontext, der die ästhetische Erfahrung zur Kunsttherapie oder zur Kunstpädagogik werden und uns von Bildung oder Therapie sprechen lässt. Ästhetische Erfahrung kann zu einem Bildungs- oder Therapieprozess werden. Zu unterscheiden ist dabei ebenfalls, dass Sozialpädagogik das Ziel der sozialen Integration verfolgt und Psychotherapie das Ziel der personalen Integration, so Gildemeister und Günther (2005). Psychotherapie fokussiert die Veränderung von psychischen Leidenszuständen und setzt eine Störung mit Krankheitswert voraus. Soziale Arbeit hat dagegen eine breitere Perspektive, es geht um die Stabilisierung von Lebensverhältnissen durch Alltagsbegleitung oder Bildungsangebote oder sozial- rechtliche infrastrukturelle Hilfen. Der Alltagsbezug ist stärker und die Soziale Arbeit besitzt mit subjekt- und strukturbezogenen Problemanalysen und Veränderungsprozessen ein eigenes Profil (Schneider, Heidenreich, 2011).

Für die vorliegende Arbeit ist von Bedeutung, dass ästhetische Erfahrungen in der Kunsttherapie aus dem Betrachtungswinkel der Pädagogik, Bildungsprozesse auslösen können, bzw. kunsttherapeutische Prozesse auch bildungstheoretisch verstanden werden können. Somit entsteht eine mögliche Anschlussstelle der Kunsttherapie an die Pädagogik. Mollenhauer (1995) stellt diesen Anschluss in einem Artikel über Ästhetische Bildung her. Er verbindet beispielsweise als einer der

wenigen Autoren Kunst- und Musiktherapie mit bildungstheoretischem Interesse und vermischt dabei nicht die beiden Systeme Kunst- Musiktherapie und Pädagogik. Mollenhauer fragt danach, was die ästhetische Tätigkeit produktiv und rezeptiv zur Bewältigung kritischer Lebenssituationen beitragen kann. „Wie kann das ästhetische Tun also zu einem Heilungs-Vorgang werden bzw. das Selbst in einen besser erträglichen Zustand transformieren?“ (Mollenhauer, 1995, S.13). Mollenhauer geht weiter und fragt, was denn eigentlich im Detail geschieht, wenn das Subjekt mit ästhetischen Ereignissen konfrontiert wird. Er fragt damit nach der Wirkung einer ästhetischen Tätigkeit und formuliert diese wie folgt aus:

*„Welche Reaktionen des Organismus/ Individuums stellen sich ein, wenn er oder es, in Auseinandersetzung mit den Produktionsschritten und deren Objektivation als Farben auf dem Blatt oder Tonfolgen auf dem Instrument, zu der ästhetischen Produktionsbewegung sich in Beziehung setzt?“(Mollenhauer, 1995, S.15)*

Für Mollenhauer (1995) ist die Resonanz der ästhetischen Erfahrung, ihre Beschreibung in sprachlichen Metaphern von dem was man empfindet, das was ästhetische Erfahrung bewirkt.

Ehrenspeck (2001) resümiert, dass in allen Diskursen bis heute Erwartungen an das Ästhetische zu identifizieren sind und eine positive Wirkmacht der ästhetischen Bildung versprochen wird. Es werden zwar unterschiedliche Erwartungen ausformuliert, jedoch ist die ganzheitliche Bildung durch Ästhetik kontinuierlich angenommen worden (vgl. Ehrenspeck 2001, S.15). Ob es nun nachweisbar Auswirkungen auf Bildungsprozesse gibt, ist weitgehend noch unklar, so Ehrenspeck (2001). Gaztambide- Fernández nimmt die „Versprechungen des Ästhetischen“ (Ehrenspeck, 2001, S. 15) zum Anlass, eine neue Vision für die kulturelle Produktion in der Bildung zu verfassen. Er kritisiert dabei, dass wir den Künsten unterstellen, dass sie etwas tun, obwohl wir über künstlerische Formen nachdenken sollten, als etwas, das der Mensch tut. Gaztambide- Fernández befürchtet, dass wir mit diesem Fokus auf die Wirkungen hin, uns in einer Sackgasse befinden und uns eher um ein Verständnis der Künste als um kulturelle Praxis bemühen sollten (vgl. Gaztambide- Fernández, 2014). Beide Autoren sprechen hiermit einen wichtigen rhetorischen Aspekt der Ästhetischen Bildung an.

In der aktuellen Diskussion ist ebenfalls Rittelmeyer zu erwähnen, der 2009 einen Forschungsüberblick über Transferwirkungen künstlerischer Tätigkeiten veröffentlichte<sup>3</sup>. Rittelmeyer bleibt ebenso wie viele andere Autoren (vgl. Regel, 2008; Reuter, 2013; Winner, 2014) in diesem Bereich auf die Ästhetische Bildung in der Schule bezogen, trotzdem ist sein Forschungsüberblick bedeutsam. Auch er macht wie Ehrenspeck (2001) deutlich, dass die Annahmen, dass in künstlerischen Fächern Fähigkeiten erworben werden, die auch in anderen Zusammenhängen bedeutsam sind, ein grundlegendes Legitimationsmuster Ästhetischer Bildung sind. Die Frage nach Transfereffekten ästhetischer Erfahrung ist also keineswegs spezifisch wissenschaftlich. Diese Auswirkung künstlerischer Tätigkeiten auf außer-künstlerische Fähigkeiten wurde in den letzten Jahren von der „Transferforschung“ untersucht. Rittelmeyer (2009) zieht aus dieser Forschung den Schluss, dass bei Kindern behauptet werden kann, dass die künstlerische Betätigung die Bildungschancen erhöht. Sie werden dabei in ihrem intellektuellen Vermögen, ihrer Kreativität, ihrer Sensibilität für Umweltreize und ihrer sozialen und emotionalen Fähigkeiten gefördert. Die Transferforschung, die Rittelmeyer in seiner Übersichtsarbeit (2012) zusammenfasst, leitet über zur bildenden Wirkung ästhetischer Erfahrungen und somit zur Wirkforschung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich Ästhetische Bildung aus seiner Historie heraus immer schon mit Wirkungen und Transfereffekten beschäftigte, wenngleich es bisher wenig empirische Belege im deutschsprachigen Raum dafür gibt und diese Auseinandersetzung teilweise auch kritisch gesehen wird (siehe Ehrenspeck, 2001 und Gaztambide- Fernández, 2014).

Da sich die vorliegende Studie für die Fragebogenkonstruktion auf Wirkfaktorenkonzepte beruft und wie gerade beschrieben auch die Diskurse der ästhetischen Erfahrung und Bildung immer wieder Effekte beschreiben und es schließlich auch in dieser Untersuchung darum geht, wie PatientInnen die Kunsttherapiegruppe erleben und was sie daraus für sich mitnehmen, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Wirkforschung in den Disziplinen der Erziehungswissenschaft, der Psychotherapie und der Kunsttherapie.

---

<sup>3</sup> Im Kapitel Wirkforschung wird näher auf Rittelmeyers Forschungsüberblick zu Transferwirkungen der künstlerischen Tätigkeiten eingegangen.

### **3 Wirkforschung**

#### **3.1 Wirkforschung in der Erziehungswissenschaft**

In der Sozialen Arbeit wird nach Wirkungen und Ergebnissen gefragt, indem es um die fachliche Steuerung von pädagogischen Prozessen und um die Steuerung der Erbringung von gesetzlich definierten Sozialleistungen geht. Es soll dabei also um eine bessere Abstimmung zwischen pädagogisch- gesetzlichem Auftrag und der Finanzierungsstruktur erreicht werden (Otto, 2007). Otto (ebenda) erläutert in seiner Expertise den Diskurs um Ergebnisse, Wirkungen und Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit anhand nationaler und internationaler Literatur. Zusammengefasst geht es dabei um die Frage: Was wirkt für wen, unter welchen Bedingungen? Er geht dabei auch auf den Capability Ansatz ein, der als aussichtsreiche Perspektive für die angemessene Erfassung sozialpädagogischer Wirkungen diskutiert wird. Der Capability Ansatz möchte nicht die Adressaten in eine messbare Richtung hin verändern, sondern ihren tatsächlichen Raum an Handlungs- und Daseinsmöglichkeiten erweitern. Die Forschung aus Sicht des Capability Ansatzes zeigt, dass wesentliche Grundbausteine eines guten Lebens durchaus operationalisierbar und empirisch messbar sind. Die Literaturübersicht von Otto (2007) soll im Folgenden dargestellt werden. Otto beschreibt zunächst, dass in Deutschland der systemische Einsatz der Wirkungsforschung in Planung, Organisation und Durchführung sozialer Dienstleistungserbringungen eine eher unbedeutende Rolle spielt. Gerade in den USA gibt es bereits eine lange Tradition von Wirkungsevaluationen in Form von Kontrollexperimenten und eine selbstverständliche Evaluationspraxis. In Deutschland steht man diesbezüglich jedoch erst am Anfang. Wirkungsorientierung wird in Deutschland noch nicht als Frage des Verhältnisses von Wissenschaft und Praxis verstanden, sondern es wird oft mit Konzepten einer wirkungsorientierten Finanzierung gleichgesetzt. Dabei werden Maßnahmen belohnt, die effektiver als andere erscheinen. Dies geschieht auf Grundlage von Wirkungsindikatoren. Die Verteilung der Mittel an Institutionen, die den Wirkindikatoren am ehesten entsprechen, wird damit zwar leichter, jedoch weiß man nicht, ob eine bestimmte Maßnahme die wirksamste ist. Laut Otto (2007) bewirkt das eine verstärkte Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern, jedoch kann nicht sichergestellt werden, dass die Maßnahme mit der höchsten Wirkungswahrscheinlichkeit flächendeckend verbreitet wird. In England, Skandinavien und USA meint Wirkungsorientierung die Etablierung einer

evidenzbasierten Praxis. Dabei geht es um die methodisch-praktische Gestaltung der Leistungserbringungsprozesse in einer Form, die auf den möglichst aussagekräftigsten empirisch-wissenschaftlichen Wirkungsnachweisen der einzelnen Maßnahmen aufbaut. Dieser Diskurs hat den Anspruch, die Soziale Arbeit auf ein neues wissenschaftliches Fundament zu stellen. In Deutschland handelt es sich bisher jedoch häufig um Selbstevaluationen, Befragungen von Professionellen oder Befragungen zur Zufriedenheit. Diese Evaluationsforschung kann schon auf Grund ihres Forschungsdesigns keinen empirischen Wirkungsnachweis liefern, wie sie in den USA beispielsweise von Wirkungsstudien erwartet wird. Otto (2007) resümiert, dass somit in Deutschland ein wesentliches Element der Wissensbasis für eine Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit fehlt. Wissenschaft soll damit ein Wissen produzieren, welches die Professionellen zur wirksamsten Vorgehensweise anleiten soll. Wissenschaft soll in diesem Verständnis nicht so sehr Zusammenhänge klären, sondern Problemlösungen anbieten. Otto beschreibt weiter, dass Forschung somit als neutraler technologischer Service, dem es um die Effektivierung sozialpolitischer wie pädagogischer Interventionen geht, gesehen wird. Dabei müssten die Maßnahmen in der Praxis so durchgeführt werden, wie sie in der Forschung geplant wurden, und professionelle Ermessensentscheidungen wären als Störfaktoren anzusehen. Demgegenüber stellt Otto die quasi-experimentellen Studien als Alternative. Ziel ist dabei nicht Kontexteinflüsse umfassend auszuschließen, sondern umfassend zu erheben, um ihren Einfluss auf die Wirkung zu messen. Die realistische Wirkungsevaluation versucht zu erforschen, unter welchen Bedingungen welche Maßnahmen für welche Zielgruppen unter welchen Konstellationen welche Effekte zeigen. Vor allem möchten sie Antworten auf die zu Grunde liegenden Wirkmechanismen geben. Es geht dabei um die Frage, warum eine Maßnahme erfolgreich ist oder nicht. Dafür werden Einbußen in der Genauigkeit der Beantwortung der Frage „was wirkt“ in Kauf genommen. Für solche Studien sind Wirkindikatoren, die die Zielgröße angeben, wichtig. Zudem ist eine genaue Beschreibung der Intervention und der Kontextindikatoren notwendig. Bei dieser realen Wirkforschung geht es um Reflexionswissen und darum, die professionelle Entscheidung wirkungsorientiert zu fundieren. Experimentalstudien sind also laut Otto nicht die bestmögliche Art der Wirkungsevaluation, sondern kontextsensible Quasi-Experimentalstudien sind in der Sozialen Arbeit vorzuziehen (Otto, 2007). Otto (2007) möchte Wirkungsorientierung als eine empirische Fundierung

professionellen Reflexions- und Erfahrungswissens verstehen und macht deutlich, dass die Frage „Was ist im Einzelfall angemessen“ nicht mit statistischer Wirkungswahrscheinlichkeit alleine zu beantworten ist. Otto (2007) verweist auf den Capability Ansatz, der mit der Frage nach dem inhaltlichen Fokus von Evaluation in Verbindung gebracht wird. Im Folgenden wird verkürzt ebenfalls darauf eingegangen, da er für die Interpretation der Ergebnisse der hier vorliegenden Studie ebenfalls von Bedeutung ist. Amartya Sen entwickelte diesen Ansatz und Martha Nussbaum (1999) formulierte zentrale Dimensionen universeller Verwirklichungschancen, die operationalisiert worden sind. Laut Otto (2007) ist dieser Ansatz geeignet für empirische Forschung in der Sozialen Arbeit und er verweist auf eine Vielzahl von Studien aus anderen Bereichen wie beispielsweise des Gesundheitswesens, die mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind wie die Soziale Arbeit. Der Capability Ansatz wird im deutschsprachigen Raum als Befähigungs- oder Kompetenzen- bzw. Verwirklichungschancenansatz bezeichnet. Um ein gutes Leben führen zu können, muss neben der gerechten Ressourcenverteilung auch die individuelle Fähigkeit vorhanden sein, diese Ressourcen zu nutzen. Kompetenz meint damit die Befähigung zur selbständigen Lebensführung (Nussbaum, 1999). Forschung aus dieser Perspektive möchte beurteilen, inwieweit Menschen ihre Fähigkeiten entwickeln können, über Chancen verfügen und inwieweit sie diese kompetent nach ihren Werten verwirklichen. Es geht dabei nicht um die tatsächliche Realisierung aller Möglichkeiten, sondern um die Möglichkeiten zur Realisierung einer erwünschten Lebensweise. Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung scheinen dabei eine große Rolle zu spielen, wie Alkire (2005) dies in einem Vergleich verschiedener Messmethoden von Handlungsfähigkeit herausgefunden hat. Selbstwirksamkeit wird von Bandura, der diesen Begriff prägte, als „... Überzeugung von den eigenen Möglichkeiten, Handlungen zu planen und auszuführen, um zukünftige Situationen zu meistern“ (Bandura 1995, S. 2) definiert. Der Capability Ansatz lenkt den Blick auf die Fähigkeiten und Einstellungen der Individuen. Es geht dabei nicht darum, die AdressatInnen, indem was sie tun oder sind in eine messbare Richtung zu verändern, sondern es geht darum ihren tatsächlichen Raum an Handlungs- und Daseinsmöglichkeiten- und Fähigkeiten zu erweitern, über den diese dann selbstbestimmt verfügen können. Die Soziale Arbeit soll dies positiv beeinflussen und Handlungsfreiheiten fördern (Otto, 2006). Nussbaum (1999) erstellte eine objektive Liste von Grundbedingungen für Handlungsfreiheit, die die Basis für die Realisierung

eines guten Lebens darstellen. Die Liste umfasst in der Lage zu sein, ein menschliches Leben von „normaler“ Länge leben zu können; körperliche Gesundheit; Unversehrtheit des Leibes; in der Lage sein, von allen Sinnen Gebrauch zu machen; Entwicklung von Gefühlen ; Ausbildung der praktischen Vernunft; Fähigkeit zur Geselligkeit und Bindung zu anderen Menschen, anderen Spezies und zur Natur; Möglichkeit für Genuss; Verfügung und Kontrolle über eigene Umgebung. Andersson (2000) fügt noch zwei weitere Capabilities hinzu. Für sie ist die Fähigkeit zur sinnstiftenden Arbeit ebenfalls notwendig. Es geht dabei um die reale Freiheit, die Arbeit zu wählen, die man begründet als sinnvoll erachtet. Die zweite wesentliche Capability möchte die Funktionsweise als BürgerIn eines demokratischen Staates ermöglichen. D. h., dass Betroffene nicht von kollektiven Entscheidungen ausgeschlossen sind. Der Capability Ansatz erlaubt auf individuelle, fallspezifische Konstellationen und soziale Einbettungen der AdressatInnen einzugehen und nimmt sogleich den klassischen Gegenstand Sozialer Arbeit auf: die Ermöglichung von Autonomie und Lebenspraxis (Ziegler, 2012). Die Capability- Perspektive lässt sich auch als Gerechtigkeitsethik verstehen, die nach den „besten Möglichkeiten unseres Lebens“ (Seel, 1998, S.113 in Ziegler, 2012, S.305) fragt. Otto (2007) resümiert in seiner Expertise, dass Wirkungsorientierung verstanden als eine empirische Fundierung professioneller Reflexions- und Erklärungswissens – im Rahmen des Capability Approachs- nicht allein durch statistische Wirkungswahrscheinlichkeit zu erreichen ist. Kriterien für adressatenbezogene Wirkungsziele müssen sich auch am Kriterium der Angemessenheit ausrichten. Was angemessen für jeden Einzelnen ist, oder als ein „gutes Leben“ zu verstehen ist, überlässt der Capability Ansatz den AkteurInnen. Das „zu bestimmende gute Leben“ auf Basis des Capability Ansatzes ist somit der Zielbegriff und Nutzwert, der von Otto (2008) auch für eine Neufundierung der Erziehungswissenschaft vorgeschlagen wird. Die Frage nach den Freiheits- und Autonomiespielräumen des Capability Ansatzes ist ebenfalls für eine kritische Bildungstheorie grundlegend und stellt somit auch eine Alternative zu Evaluationsstudien der derzeitigen Bildungsforschung dar (Otto, 2008). Das Konzept des „guten Lebens“ dient ebenso der erzieherischen Praxis und der Wohlfahrtsproduktion als Schlüsselbegriff und ist ebenso für die (Kunst-)Therapie von Interesse. Es geht dabei „um die Gestaltung von Arrangements, die den Individuen die Entfaltung ihrer je unterschiedlichen Fähigkeiten erlauben“ (Otto, 2008, S.88). Damit können AdressatInnen sich für die Verwirklichung

unterschiedlicher, wertgeschätzter Handlungs- und Daseinsweisen entscheiden (Otto, 2008). Somit wird mit dem Capability Ansatz ein Ziel angesteuert, welches auch in der Kunsttherapie und in der Psychotherapie erreicht werden möchte und zum bildungstheoretischen Ansatz dieser Arbeit passt. Somit ist er auch in der vorliegenden Arbeit zu beachten. Die Wirkforschung der Erziehungswissenschaft, verstanden aus Sicht des Capability Ansatzes, nimmt demzufolge mehr den Adressaten und die Erweiterung seines tatsächlichen Handlungsraumes, über den er selbstbestimmt verfügen kann, in den Blick. Es geht hierbei nicht um eine messbare Veränderung des Adressaten, wie in Kapitel 3.2 und 3.3 zu sehen ist und um den Nachweis von wirksamen Therapietechniken oder Wirkindikatoren.

Bezogen auf die Wirkforschung in der Kulturellen Bildung, die der Erziehungswissenschaft zuzuordnen ist, gibt es in neuester Zeit einige Veröffentlichungen wie beispielsweise die Monographie mit dem Titel „Wechselwirkungen“ von Hamer (2014). Hier werden unterschiedliche Sichtweisen auf dieses Forschungsfeld vorgestellt und vor allem die Frage nach der Wirkung kultureller Bildung wird kritisch hinterfragt. An dieser Stelle sei erwähnt, dass das Netzwerk „Forschung Kultureller Bildung“ die aktuellen Entwicklungen zur Erforschung der Wirksamkeit Kultureller Bildung aufzeigt und dabei die unvereinbaren Ansprüche und Hoffnungen markiert (Chrusciel, 2014). Im Bereich der Ästhetischen Bildung in der Schule stellt Rittelmeyer (2012) einem Forschungsüberblick von empirischen Studien vor, die Transfereffekte im Blick haben. Mit Transfereffekten sind Auswirkungen der künstlerischen Bildung auf kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen gemeint. Diese Forschung wird Transferforschung genannt. Dabei nimmt die psychologisch orientierte empirisch-statistische Wirkungsforschung den größten Raum ein. Es gibt zudem biologisch ausgerichtete Studien, wie im Bereich der Hirnforschung. Hier werden Transfereffekte der künstlerischen Tätigkeit beispielsweise erklärbar, indem das gleiche Hirnareal aktiviert ist beim Musik hören oder ausüben und dem Vollzug von Empathie (Rittelmeyer, 2013). Rittelmeyer konzentriert sich in seinem Forschungsüberblick vor allem auf die Musik, da es hier die meisten Untersuchungen gibt. Er kritisiert insgesamt die methodische Herangehensweise, die zum Großteil unzureichend ist. Beispielsweise werden in vielen Studien Kausalität und Zusammenhang verwechselt (2012). Außerdem führt er auf, dass es in den USA zahlreiche Studien gibt, im deutschsprachigen Raum dagegen nur wenige. Laut



Rittelmeyer (2012) führen das geistig emotional wache Wahrnehmen sowie das eigene aktive künstlerische Tun zu bildenden Wirkungen über die unmittelbare künstlerische Erfahrung hinaus. Rittelmeyer (ebenda) schlussfolgert aus seinem Forschungsüberblick, dass ästhetische Erfahrungen wesentliche Wirkungen über das unmittelbar ästhetische Gebiet hinaus haben. Sie wirken sich auf kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten Heranwachsender aus. Sie schulen die Denk- und Reflexionsfähigkeit, die Wahrnehmungssensibilität, die emotionale Kultivierung und soziale Kompetenz. Diese Wirkungen sind jedoch individuell unterschiedlich und auch von äußeren Bedingungen abhängig. Ästhetische Erfahrungen bieten eine Chance intellektueller, sozialer und emotionaler Bildung, da die Künste solche Qualitäten als Wesensmerkmale aufweisen (Rittelmeyer, 2012).

Rittelmeyer ruft 2013 dazu auf, in zukünftigen Transferforschungsprojekten genauer zu beschreiben, was eine künstlerische Tätigkeit kennzeichnet. Dies soll durch Strukturanalysen der jeweiligen ästhetischen Praxis geschehen. Außerdem fragt er nach biographisch relevanten Erfahrungen mit der Kunst und individuellen Erlebnissen und Erfahrungen der Urheber und Rezipienten künstlerischer Produktionen, da dies für das Verstehen jeder ästhetischen Erfahrung eine grundlegende Facette künstlerischer Tätigkeit ist. Er bezeichnet dies als Erlebnisanalysen. Erlebnisanalysen könnten dann mit den künstlerisch provozierten organischen Veränderungen verglichen werden. Außerdem stellt Rittelmeyer die Frage, was die spezifische Qualität des Künstlerischen bei Transferwirkungen ausmacht. Für ihn ist es die unmittelbar praktisch werdende Form der Aufmerksamkeit, die durch einen hohen Grad an Offenheit und Sensitivität für die Gegenstände der Wahrnehmung geprägt ist (Rittelmeyer, 2013). Weiter führt er aus, dass Musik oder ein Bild eine gesteigerte „Suchbewegung und Bildungsimpulse auslösende Wachsamkeit“ hervorrufen können (Rittelmeyer, 2013, S.226). Allerdings erlebt man das nur, wenn das Malen oder Bildbetrachten etc. aktiv vollzogen, also geistig erfasst wird. Er nennt das Beispiel einer Studentin, die von Picassos Guernica so begeistert war, dass sie ein Referat darüber hielt und anschließend nach Madrid flog. Wenn das Werk also unmittelbar beeindruckt und eine spontane „Suchbewegung“ motiviert, machen wir aus der bildungstheoretischen Perspektive Schillers eine „symbolische Erfahrung menschlicher Kultur“, die sich gerade durch biographische Beispiele aufzeigen lässt (Rittelmeyer, 2013, S.227). Was die Studentin aus dieser Erfahrung macht, bleibt offen (ebenda, 2013). Rittelmeyer

macht mit seinen Beschreibungen deutlich, dass die Wirkung ästhetischer Erfahrung eine ganz individuelle ist und dieser Faktor ebenfalls in Studien zu Transfereffekten beachtet werden muss.

### **3.2 Wirkforschung in der Psychotherapie**

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird nicht mehr in Frage gestellt (Pfammatter, 2012). Mehr als 500 Metaanalysen belegen, dass Psychotherapie schneller, stärker und nachhaltiger wirkt als der natürliche Heilungsprozess (Lambert, 2011). Bei Anorexia nervosa PatientInnen zeigte aktuell die ANTOP Studie beispielsweise, dass die Gewichtszunahme und die Genesungsrate ein Jahr nach Ende der Behandlung bei der fokalen psychodynamischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie größer waren, als bei der intensiven Regelversorgung (Zipfel, 2014). Jedoch bleibt die Frage nach der Wirkungsweise von Psychotherapie unbeantwortet. Es geht dabei um die Streitfrage, ob die spezifischen Techniken, wie beispielsweise Expositionstraining, heilen oder die allgemeinen Wirkfaktoren, die in jedem therapeutischen Setting zu finden sind, eine heilende Wirkung haben (Pfammatter, 2012). Pfammatter gibt in seinem 2012 erschienenen Aufsatz eine detaillierte Übersicht über die Wirkfaktorenforschung in der Psychotherapie (vgl. ebenda, 2012). Er kritisiert dabei die teilweise unklare und verwirrende Verwendung des Begriffes „allgemeine Wirkfaktoren“, da hier ca. 27 andere Bezeichnungen wie „unspezifische Wirkfaktoren“ oder „universeller Wirkfaktor“ synonym verwendet werden. Unter allgemeinen Wirkfaktoren werden Therapievariablen verstanden, die in jeder psychotherapeutischen Interaktion auftreten. Allgemeine Wirkfaktoren umfassen sämtliche therapeutisch wirksame, nicht an ein bestimmtes Psychotherapiemodell gebundene Variablen des Psychotherapie-settings. Das können gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Psychotherapie sein, Eigenschaften des Patienten, Handlungen, Kompetenzen und Haltungen des Therapeuten, oder Facetten der Therapiebeziehung. Pfammatter (2012) nennt beispielsweise die Hoffnung des Patienten auf Besserung oder die Empathie des Therapeuten als allgemeine Wirkfaktoren. Allgemeine Wirkfaktoren beziehen sich somit auf verschiedene Dimensionen des Psychotherapieprozesses. Pfammatter (2012) kritisiert den Wettstreit um die größere therapeutische Bedeutung von spezifischen oder allgemeinen Wirkfaktoren, da hier angenommen wird, dass diese beiden Wirkfaktorenarten getrennt voneinander betrachtet werden können. Allgemeine

Wirkfaktoren beziehen sich auf verschiedene Ebenen des Therapieprozesses. Spezifisches technisches Vorgehen des Therapeuten bezieht sich nur auf die Handlungsebene des Therapeuten<sup>4</sup>. Spezifische Techniken und allgemeine Wirkfaktoren entsprechen grundsätzlich unterschiedlichen Prozessebenen. Jedoch können verschiedene spezifische Techniken, wie verhaltenstherapeutische Exposition und psychodynamische Konfrontation, denselben allgemeinen Wirkfaktor aktivieren. Die allgemeinen Wirkfaktoren realisieren sich in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient über die Handlungen des Therapeuten und die Reaktionen des Patienten. Techniken mobilisieren somit allgemeine Wirkfaktoren. Damit wird deutlich, dass Techniken und allgemeine Wirkfaktoren in ihrem Zusammenspiel mit den Beziehungs- und Störungsmerkmalen des Patienten therapeutische Veränderungen bewirken. Sie hängen somit untrennbar zusammen und können nicht unabhängig voneinander eingesetzt werden (Pfammatter, 2012). Sammet (2015) vertritt die Meinung, dass nicht die Art der Interventionen entscheidend ist für den Therapieerfolg, sondern die Passung mit dem unbewussten Plan der PatientInnen. Sie zeigt in ihrer Veröffentlichung anschaulich, dass es für eine erfolgreiche Therapie von größerer Bedeutung ist, dass der/ die TherapeutIn pathogene Überzeugungen der PatientInnen widerlegt indem er/ sie sich von dem unbewussten Plan der PatientInnen leiten lässt (vgl. Sammet, 2015). Die pathogene Überzeugung (beispielsweise immer die falsche Entscheidung zu treffen) wird an den Reaktionen des Therapeuten getestet. Wenn dieser so interveniert, dass eine korrigierende Erfahrung gemacht werden kann, kommt es zu Fortschritten in der Therapie (Sammet, 2015).

Es gibt in der Psychotherapieforschung eine Reihe von Messinstrumenten, die Therapieeffekte oder prozessrelevante Aspekte erheben möchten (vgl. Schauenburg und Sammet, 1999; Vollmann, 2009; Tschacher, 2007; Flückinger, 2010; Mander, 2014). An dieser Stelle wird als Beispiel für das Erfassen von Erlebensdimensionen in der Psychotherapieforschung der Stationerfahrungsbogen (SEB) von Schauenburg und Sammet (1999) angeführt. Ähnlich wie Pfammatter (2012) stellen auch sie die Frage nach Verlaufsmustern, allerdings in der stationären Psychotherapie. Sie entwickelten mit dem SEB ein Messinstrument zur Erfassung prozessrelevanter Merkmale im Bereich der stationären Psychotherapie. Der SEB umfasst mit sieben Skalen verschiedene Erlebensaspekte wie: Selbstwirksamkeit,

---

<sup>4</sup> Oder auf das „Dritte“ –das Material, die Gestaltung etc. in den Kunsttherapien

Beziehung zum therapeutischen Team, Beziehung zum Einzeltherapeuten, Gruppenklima, Zuwendung durch Mitpatienten/ Kohäsion, Angemessenheit der Behandlungsintensität, Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/ Stationsordnung (Sammet, 2002). Im Gegensatz zu anderen Evaluationsinstrumenten erhebt der SEB auch übergeordnete Merkmale die auf Grund des stationären Setting und des Gesamtbehandlungsplanes mit verschiedenen Therapieangeboten zu beachten sind. In neuster Zeit wurde von Mander et al. (2014) ein Fragebogen zum individuellen Therapieprozess entwickelt und validiert. Dieser Fragebogen beinhaltet eine große Anzahl empirisch nachgewiesener Wirkfaktoren sowie die PatientInnen- und TherapeutInnen-Perspektive. Der Fragebogen ist für die Einzelgesprächspsychotherapie konstruiert und beinhaltet mit 36 Items auch Dimensionen von Grawes Wirkfaktoren. Mander macht 2015 zudem auf die Schnittstelle von verschiedenen motivationalen Phasen des Therapieprozesses und allgemeinen Wirkfaktoren aufmerksam. Er fand heraus, dass PatientInnen in späten motivationalen Stufen<sup>5</sup> besonders von der Aktivierung allgemeiner Wirkfaktoren profitieren (Mander, 2015). Die Messinstrumente von Schauenburg und Sammet (2002) sowie von Mander (2014) zeigen das ungebrochene Interesse, therapierelevante Dimensionen zu erforschen. Für die Kunsttherapie fehlen solche Messinstrumente bisher noch.

Grawe und Yalom wurden anhand einer Literaturrecherche mit ihrer Forschung zu Wirkfaktoren als bedeutend angesehen und deshalb wurden die Wirkfaktorenkonzepte beider Autoren als Ausgangsbasis für den hier entwickelten Fragebogen verwendet. Publikationen, wie beispielsweise von Martius (2014), der kunsttherapeutische Interventionen mit Grawes Wirkfaktoren in Verbindung bringt oder Vocks (2005) der ebenfalls einen Stundenbogen nach Grawes Wirkfaktoren für die ambulante Psychotherapie entwickelte, und auch im Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen (Flückinger, 2010) wird Grawes Konzept verwendet. Diese ausgewählten Veröffentlichungen verdeutlichen bereits den Stellenwert von Grawes Wirkfaktorenkonzept. Yaloms Wirkfaktorenkonzept wird von Lieberman (1973), Tschuschke (1989), Strauß und Burgmeier- Lohes (1994) und Rudnitzki (1998) in ihren empirischen Studien verwendet und zeigen damit den Stellenwert von Yaloms Wirkfaktorenkonzept in der Psychotherapieforschung auf.

---

<sup>5</sup> Siehe motivationale Veränderungsstufen nach Prochaska und Norcross (2010).

Auf Grawe, der auch bei Pfammatter (2012) erwähnt wird, sowie auf Yalom wird im Folgenden ausführlicher eingegangen, da sie für die Fragebogenkonstruktion der vorliegenden Studie von Bedeutung sind. Beide Autoren beschreiben relevante Therapiebedingungen, die zusammengeführt ein möglichst umfassendes Bild möglicher Wirkdimensionen<sup>6</sup> auch in der Kunsttherapie abbilden sollen. Hiermit sollen Wirkdimensionen, wie sie in der Gesprächspsychotherapie ausführlich beschrieben werden, in die Kunsttherapie übertragen und untersucht werden. Pfammatters (2012) ausführliche Darstellung davon, dass allgemeine Wirkfaktoren von verschiedenen spezifischen Techniken mobilisiert werden können berechtigt u. a. diesen Schritt. Auch Grawe ruft dazu auf, Theorien größerer Reichweite zu entwickeln, die über Grenzen einzelner Therapierichtungen hinweg, zutreffende Erklärungen schaffen. Er arbeitet in seinem 1995 erschienen Artikel „Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie“ eine allgemeine psychotherapeutische Veränderungstheorie heraus, die Therapieschulen übergreifend viele Zusammenhänge zwischen therapeutischen Vorgehensweisen und ihren Wirkungen erklären kann. Er stellt die wichtigsten empirisch abgesicherten Wirkfaktoren vor und begreift sie als „nützlicher Rahmen für eine Therapieschulen übergreifende allgemeine Psychotherapie...“ (Grawe, 1995, S.134). Jeder dieser Wirkfaktoren ist durch hunderte von Forschungsergebnissen abgesichert, so Grawe (ebenda). Das Therapieschulen übergreifende Moment in Grawes Ausarbeitung erlaubt somit auch die Übertragung seiner Wirkfaktoren auf die Kunsttherapie. Grawe (1995) beschreibt vier allgemeine Wirkfaktoren: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung oder prozessuale Aktivierung, Problembewältigung und die Klärungsperspektive. Auf diese Wirkfaktoren soll im Folgenden näher eingegangen werden, da sie die Basis der Fragebogenentwicklung für diese Arbeit darstellen.

Eine lange Reihe von Forschungsergebnissen, weist laut Grawe (1995a) darauf hin, dass durch *Ressourcenaktivierung*, d. h. das Anknüpfen an positive Möglichkeiten, Fähigkeiten und Motivationen den PatientInnen sehr gut geholfen werden kann. Sich in seinen Stärken und positiven Seiten zu erfahren, wäre somit ein wichtiges Therapieziel. Bereits die Diagnostik sollte nach Grawe (1995a) darauf ausgerichtet sein, da sich PatientInnen besser auf Vorgehensweisen einlassen, die mit eigenen Zielen und Eigenarten übereinstimmen als solche, die verunsichern, und in denen die

---

<sup>6</sup> Yalom (1985) und Grawe (1995a) sprechen von Wirkfaktoren, ich verwende den Begriff Erlebensdimensionen da die Variablen meines Fragebogens mit dem hier verwendeten Studiendesign keine Wirkung nachweisen können.

eigene Unfähigkeit erlebt wird. Die Therapie sollte nach Grawe so gestaltet werden, dass PatientInnen das mitmachen, wozu sie von sich aus motiviert sind und wofür sie gute Voraussetzungen mitbringen. Jedenfalls spricht laut Grawe (1995a) die Befundlage dafür, dass TherapeutInnen ressourcenorientiert arbeiten bessere Ergebnisse erzielen als defizitorientierte TherapeutInnen. Eine der wichtigsten Ressourcen für den therapeutischen Veränderungsprozess sind zwischenmenschliche Beziehungen der PatientInnen. Ebenso sind die im Therapiesetting neu entstehenden Beziehungen wertvoll. Erlebt der/ die PatientIn seine TherapeutInnen als aufbauend und positiv bestätigend, zeigen hunderte von Forschungsstudien ein gutes Therapieergebnis. Dabei scheint sich selbst als wertvollen und fähigen Beziehungspartner zu erleben, von großer Bedeutung zu sein. Jedoch wird das Prinzip der Ressourcenaktivierung in den meisten Therapieformen nicht angemessen gewürdigt (Grawe, 1995a).

Grawe spricht 1994 von der Beziehungsperspektive als unverzichtbaren Gesichtspunkt und verweist auf eine Studie von Orlinsky et al. (1994), die zeigt, welche Aspekte des Beziehungsgeschehens sich als bedeutsam für ein gutes Therapieergebnis erweisen. Der von Grawe 1994 und 2005 als eigenständig beschriebene Wirkfaktor „*therapeutische Beziehung*“ fällt in seinem Aufsatz (1995a) zunächst unter Ressourcenaktivierung. Dann nimmt er jedoch als weiteres Perspektivenpaar „Intrapersonal versus Interpersonal“ hinzu, hier sieht er ebenfalls den Beziehungsaspekt integriert (vgl. Grawe, 1995a, S.141). Auch 2005 schreibt Grawe erneut, dass die Therapiebeziehung bedeutend zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis beiträgt und verweist erneut auf Orlinsky (1994). Daneben sieht er Psychotherapie zu einem Großteil als Behandlung von Beziehungsstörungen und das Beziehungsgeschehen in der Therapie als wichtigstes Mittel, um therapeutische Veränderungen zu bewirken. Eine gute Therapiebeziehung ermöglicht ein verbessertes Selbstwertgefühl der PatientInnen und erhöht die Bereitschaft, sich Schwierigkeiten zu stellen bzw. aufnahmebereiter zu sein (Grawe, 1995 b). Wichtig ist in der therapeutischen Beziehung, dass den PatientInnen vermittelt wird, dass die TherapeutInnen sich als Verbündete der positiven Ziele verstehen und nicht den Auftrag haben, jemanden zu verändern (ebenda). Da der Beziehungsfaktor bei Grawe immer eine Rolle gespielt hat, unabhängig davon wie er es benannt hat, schließe ich die „*therapeutische Beziehung*“ auch als Erlebensdimension in meinen Fragebogen ein.

Einen zweiten, gut empirisch abgesicherten Wirkfaktor beschreibt Grawe als „*Problemaktualisierung*“ oder „*Prinzip der realen Erfahrung*“ (1995, S.136). Was verändert werden soll, muss in der Therapie real erfahrbar werden, beispielsweise generalisierte zwischenmenschliche Probleme in einer Gruppentherapie. Es kommt darauf an, dass die PatientInnen tatsächlich erleben, worum es geht. Es sind Inszenierungen problemrelevanter Bedeutungen mit dem Ziel, den PatientInnen neue Bedeutungen real erleben zu lassen, die herbeigeführt werden müssen. Viele Möglichkeiten aus verschiedenen Therapieformen sind vorhanden, um diese Erfahrungen hervorzulocken und auch hier plädiert Grawe dafür, die Grenzen der Therapieschulen aufzuweichen.

Die *aktive Hilfe zur Problembewältigung* ist das dritte und am besten erforschte Wirkprinzip. Hierunter wird verstanden, dass die TherapeutInnen den PatientInnen mit geeigneten Schritten aktiv helfen oder anleiten, mit einem bestimmten Problem zu Recht zu kommen (Grawe, 1995). Grawe führt als Beispiel das Selbstsicherheitstraining, Stressbewältigungstraining, Entspannungsverfahren etc. auf. Gemeinsam ist diesen Verfahren, dass das, was der/ die PatientIn als Problem erachtet, ernst genommen wird und dieses mit bestimmten Maßnahmen überwunden werden sollen. Die PatientInnen machen dabei die Erfahrung, dass sie wieder etwas können, was sie sich zuvor nie zugetraut hätten. Diese therapeutisch wirksame Erfahrung entspricht Banduras (1977) beschriebene „Selbstwirksamkeit“. Dabei hebt Grawe hervor, dass der Zustand der PatientInnen als ein Nicht- anders- können verstanden werden kann. Die therapeutische Hilfe sollte darauf ausgerichtet werden, wie den PatientInnen aktiv geholfen werden kann, ihr Leiden besser zu bewältigen. Aus diesem Grund spricht er dann auch von „Bewältigungsperspektive“ und von „Bewältigungsarbeit“<sup>7</sup> (Grawe, 1995, S.138). Es gibt jedoch auch therapeutische Vorgehensweisen, die gerade keine aktive Hilfe zur Problembewältigung geben, wie die nicht- direktive Gesprächspsychotherapie nach Rogers und trotzdem Wirkungen erzielen. Durch Interpretationen, Konfrontationen, Focusing u. a. werden Veränderungsprozesse aktiviert. Grawe bezeichnet dieses vierte Wirkprinzip mit „*therapeutischer Klärung*“ oder „*Klärungsarbeit*“ (Grawe, 1995a, S.138). Hierbei geht es darum, die Bedeutungen des Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf die bewussten und unbewussten Ziele und Werte besser zu verstehen. Der/ die TherapeutIn versucht mit dem/ der PatientIn zu klären, warum sich diese/r so verhält

---

<sup>7</sup> Für die Konstruktion des Fragebogens wurde „Problembewältigung“ benutzt.

und fühlt und nicht anders (Grawe, 1995a). Das Erzielen relevanter Einsichten scheint bedeutsam für positive Therapieeffekte zu sein. Grawe weist hierbei darauf hin, dass auch andere Techniken und andere psychodynamische Therapieformen dieses Wirkprinzip verwirklichen können. Ob nun das Bewältigungsprinzip oder eher die Klärung für die PatientInnen in Frage kommt, ist je nach Lebenslage unterschiedlich, beide sollte aber von den Therapiekonzepten abgedeckt werden können. Zudem kann eine gelungene Klärung eine bessere Bewältigung nach sich ziehen, so Grawe (1995a). Alle Dimensionen sind für die Therapie relevant, ganz gleich was der/ die TherapeutIn tut, so Grawe (1995b).

Yalom benennt bereits 1985 folgende Wirkfaktoren:

- *Hoffnung wecken*
- *Universalität des Leidens*
- *Anleitung (Mitteilen von Informationen)*
- *Altruismus*
- *Wiedererleben der Familie (korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe)*
- *Interpersonelles Lernen input*
- *Interpersonelles Lernen output*
- *Identifikation*
- *Gruppenkohäsion*
- *Katharsis*
- *Einsicht*
- *Existenzielle Faktoren*

Yalom beschreibt sie als Primärfaktoren, die interdependent sind und nicht einzeln vorkommen. Einige wirken auf der Ebene der Kognition, andere auf der Ebene der Verhaltensveränderung oder auf der Ebene der Emotion. Manche Faktoren kann man auch als Vorbedingung für Veränderung ansehen. Ihr Zusammenspiel und die Gewichtung variiert sehr stark und die PatientInnen ziehen unterschiedlichen Nutzen aus den Faktoren. Yalom betrachtet seine Liste der therapeutischen Faktoren nicht als vollständig und befürwortet weitere systematische Forschung damit. Seinen ersten Faktor *Hoffnung wecken* beschreibt er wie folgt: Hoffnung motiviere die PatientInnen die Therapie fortzusetzen und ist Grundlage dafür, dass weitere Faktoren wirksam werden. Den Glauben an die Wirksamkeit der Therapie zu stärken



ist dabei von Bedeutung, positive Erwartungen müssen gestärkt werden und negative Vorurteile sollen entkräftet werden. Hoffnung ist flexibel und definiert sich ständig neu. Sie kann Hoffnung auf Trost sein, aber auch Hoffnung auf weniger körperliches Unbehagen. Hoffnung speist sich vor allem daraus, dass die Fortschritte anderer wiederum Hoffnung in der ganzen Gruppe verbreiten.

*Universalität des Leidens* beschreibt den Umstand, dass viele Menschen zu Beginn der Therapie den Eindruck haben, dass sie mit ihren Problemen, Gedanken, Impulsen und Phantasien einzigartig sind. Oft ist es durch die häufige soziale Isolation oder durch die Schwierigkeit, anderen Menschen nah sein zu können, schwierig zu bemerken, dass auch andere Ähnliches erleben wie sie. Nichts was andere tun oder denken ist anderen Menschen restlos fremd, so Yalom (2007). Die Entkräftigung des Gefühls der Einzigartigkeit ist besonders am Anfang einer Therapie sehr entlastend und die KlientInnen fühlen sich wieder mehr integriert. Yalom berichtet, dass vor allem für die Gruppe der an Bulimie erkrankten, die Universalität des Leidens einen besonderen Wert hat, da die Geheimhaltung ihrer Erkrankung und ihrer Verhaltensweisen besonders isolierend ist. Die Offenbarung bewirkt eine große Erleichterung bei ihnen. Die Universalität des Leidens lässt sich nicht klar von anderen Faktoren abtrennen und überschneidet sich mit ihnen. Unter *Anleitung*<sup>8</sup>, versteht Yalom die didaktische Unterweisung der TherapeutInnen über seelische Gesundheit. Allgemeine Grundlagen der Psychodynamik, Ratschläge, Empfehlungen oder direkte Anleitungen der TherapeutInnen oder anderen Gruppenmitgliedern. Wichtig dabei ist, dass das Lernen in einer partnerschaftlichen Atmosphäre stattfindet. Die psychoedukative Komponente ist beispielsweise bei Panikstörungen, Übergewicht und Bulimie gewinnbringend, da sie das Wesen und die falschen Vorstellungen über die Krankheit aufklärt oder sie auf kontraproduktive Reaktionsweisen hinweist. Solche Erklärungen dienen laut Yalom auch dazu, einen ersten Zusammenhalt in der Gruppe zu ermöglichen. Falls ein direkter Rat von anderen Gruppenmitgliedern aufkommt, erfüllt dieser hauptsächlich die Funktion, dass er gegenseitige Anteilnahme symbolisiert.

Der nächste Faktor lautet *Altruismus*, darunter versteht Yalom, anderen etwas zu geben. Die Erfahrung zu machen, anderen etwas Wertvolles geben zu können, wirkt belebend und stärkt das Selbstwertgefühl. Altruismus zu erleben, bewirkt auch eine Verpflichtung den Unterstützern gegenüber. Altruismus ist so bedeutsam, da

---

<sup>8</sup> 2007 „Mitteilen von Informationen“ genannt

Menschen das Gefühl brauchen, nützlich zu sein, einen Sinn zu haben. Dies gelingt dann, wenn wir uns vergessen haben und von jemandem außerhalb von uns in Anspruch genommen werden, so Yalom (2007).

Die meisten Gruppenmitglieder haben in ihren Familien sehr unbefriedigende Erfahrungen gemacht und eine Therapiegruppe ähnelt in gewisser Weise der Familie. Somit spricht Yalom bei diesem Faktor von dem *Wiedererleben der Familie*. Irgendwann kommt es mit den Gruppenmitgliedern zu Interaktionen, die denen aus der Ursprungsfamilie ähneln. Es gibt Autoritätsfiguren, Gleichgestellte, starke Gefühle der Nähe, Konkurrenz oder Feindseligkeit. Frühe Familienkonflikte können somit erneut und vor allem in korrigierender Form durchlebt werden. Dabei sollen festgefahrene Rollen hinterfragt, und neue Verhaltensweisen erprobt werden. Dadurch können in der Gruppentherapie Probleme aus der Vergangenheit bearbeitet werden.

Yalom beschreibt als weiteren Faktor 2007 die *Entwicklung sozialer Kompetenz*, die er jedoch in seinem Q- Sortiertest in der gleichen Veröffentlichung *Interpersonelles Lernen input / output* nannte. Diesen Q- Sortiertest benutzte er, um KlientInnen über die therapeutischen Faktoren zu befragen. Ich benutze ebenfalls den Namen *Interpersonales Lernen input/ output*, da hiermit die „Entwicklung sozialer Kompetenz“ besser differenziert werden kann. *Interpersonales Lernen input* meint hierbei das Feedback aus der Gruppe über den Umgang mit anderen. *Interpersonales Lernen output* meint hingegen, dass dysfunktionale Verhaltensweisen bewusst verändert werden (vgl. auch Tschuschke, 2001, S.9)

Der nächste Faktor *Imitationsverhalten*, im Q-Sort *Identifikation* benannt, beschreibt den Vorgang, dass Gruppenmitglieder bestimmte Aspekte von anderen Gruppenmitgliedern und der TherapeutInnen nachahmen. Sie lernen bei Problemlösungsversuchen anderer, indem sie KlientInnen mit ähnlichen Problemen beobachten. Bandura (1969) hat experimentell geprüft, dass Imitation eine wirksame therapeutische Kraft ist. Dieser Faktor spielt laut Yalom besonders am Anfang einer Therapie eine Rolle und kann den Einstieg in den Therapieprozess erleichtern, da damit auch herausgefunden werden kann, was zu einem passt und was nicht.

*Gruppenkohäsion* ist laut Yalom das Gegenstück zur therapeutischen Beziehung in der Einzeltherapie und bildet somit den nächsten Faktor. Der Beziehungsaspekt ist in der Gruppentherapie komplexer als in der Einzeltherapie, da es hier verschiedene Konstellationen von Beziehungen geben kann. Es gibt den Gruppengeist der

Gesamtgruppe und die Kohäsivität zwischen Einzelnen. Kohäsivität definiert Yalom „als Ergebnis aller Kräfte, die auf alle Gruppenmitglieder so einwirken, dass sie in der Gruppe bleiben“ oder als Attraktivität der Gruppe (2007, S. 82). Gruppengeist und Kohäsivität sind voneinander abhängig. Einzelne fühlen sich unterschiedlich stark von der Gruppe angezogen und Kohäsivität kann im Verlauf stark schwanken. Yalom (ebenda) beschreibt, dass Gruppen mit starker Kohäsionskraft in gewisser Weise Familien gleichen, in denen erbitterte Kämpfe toben, deren Mitglieder aber trotzdem starke Loyalität füreinander verspüren. Sie ist jedoch erforderlich, damit die Gruppe zur bevorstehenden, konfliktreichen Arbeit in der Lage ist und andere gruppentherapeutische Faktoren überhaupt wirksam werden können. *Katharsis* meint die Entladung emotionaler Energie und benennt einen weiteren Faktor von Yalom. Katharsis wird von Yalom (ebenda) als notwendig für einen erfolgreichen Therapieprozess beschrieben, aber allein nicht ausreichend. PatientInnen mit guten Therapieresultaten verbinden Katharsis mit irgendeiner Form von kognitivem Lernen. Katharsis wird somit als Bestandteil eines interpersonalen Prozesses angesehen. Der Ausdruck der eigenen Bedürfnisse ermöglicht es den Betroffenen mit den Herausforderungen des Lebens produktiv umzugehen. Yalom (ebenda) unterteilt den Faktor *Einsicht* in: Sich- selbst- verstehen und genesische Einsicht. Genesische Einsicht meint das intellektuelle Verstehen der Verbindung zwischen Vergangenheit und Gegenwart, wobei dieser Aspekt bei Yaloms Q- Sort Befragung (ebenda) von den PatientInnen als nicht besonders wertvoll empfunden wurde. Yalom (ebenda) vermutet, dass dies den Klienten zu abstrakt und zu pathologisch sei, sie ihre Persönlichkeit weiterentwickeln und ihr Leben nach eigenen Vorstellungen aufbauen möchten. Das Sich- selbst- verstehen ermutigt dazu, versteckte Teile zu erkennen und frei auszudrücken. Verstehen allein führt jedoch nicht zur Veränderung. Hingegen spielt das Streben nach Sicherheit eine wichtige Rolle im Kompetenzerwerb. Dies gelingt, indem wir beängstigenden Aspekten einen Namen geben und erklären. Ebenso möchten wir Probleme meistern. Selbstkenntnis reduziert also Uneindeutigkeit, die Angst machen kann, Selbstwirksamkeit kann entstehen und wir können nach unseren Interessen handeln. Außerdem ermöglicht ein Erklärungsschema den Transfer auf Alltagssituationen (Yalom, 2007). Als letzten Wirkfaktor nennt Yalom (ebenda) *Existentielle Faktoren*, er meint damit die Konfrontation mit unserem Menschsein, die Auseinandersetzung mit unserer Sterblichkeit, unserer Freiheit und unserer Verantwortlichkeit für die eigene

Lebensgestaltung. Er ordnet dazu auch unsere grundsätzliche Isoliertheit und die Suche nach Lebenssinn ein (Yalom, 2007).

Die hier beschriebenen Wirkfaktoren von Grawe und Yalom wurden für die Fragebogenkonstruktion der vorliegenden Studie als Orientierungsrahmen verwendet, siehe dazu mehr unter Kapitel 5.5.1

An dieser Stelle soll noch Tschuschkes (2001, S.145) Rangfolge der Wirkfaktoren nach Yalom aus der Gesprächsgruppenpsychotherapie stehen, da seine Rangfolge aus fünf verschiedenen großen Studien zusammengestellt wurde und ein Einblick gibt, welche Wirkfaktoren dabei empirisch hoch eingeschätzt wurden. Auf Tabelle 1 wird in Kapitel 6.1.2 nochmals eingegangen.

**Tabelle 1: Rangfolge Wirkfaktoren von Yalom (Tschuschke, 2001 S.145<sup>9</sup>)**

| <b>Rang</b> | <b>Wirkfaktor</b>                |
|-------------|----------------------------------|
| 1           | Katharsis                        |
| 2           | Kohäsion                         |
| 3           | Interpersonelles Lernen input    |
| 4           | Einsicht                         |
| 5           | Existenzielle Faktoren           |
| 6           | Universalität des Leidens        |
| 7           | Interpersonelles Lernen output   |
| 8           | Einflößen von Hoffnung           |
| 9           | Altruismus                       |
| 10          | Anleitung                        |
| 11          | Rekapitulation der Primärfamilie |
| 12          | Identifikation                   |

Die vorliegende Studie betreffend wird jedoch nicht von Wirkfaktoren gesprochen, da die Variablen, die den Wirkfaktoren zugrunde liegen, ein reines Erleben in der Kunsttherapie beschreiben und nicht gleichzusetzen sind mit einer Wirkung der

---

<sup>9</sup> auf Grund der Studien von Yalom, 1985; Liebermann, 1973; Tschuschke, 1989; Strauß und Burgmeier- Lohes 1994b, Rudnitzki, 1998)

Kunsttherapie. Dieser Nachweis für die Kunsttherapie kann nicht nur anhand des Fragebogens erbracht werden. Das Kapitel Wirkforschung in der Psychotherapie machte deutlich, dass es hier eine lange wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Wirkfaktoren gibt, viele große Studien dazu vorhanden sind und die Wirksamkeit von Psychotherapie nicht mehr angezweifelt wird.

### **3.3 Wirkforschung in der Kunsttherapie**

In der Kunsttherapie dagegen zeigt sich noch ein etwas anderes Bild. Der wissenschaftliche Status einer Therapieform wird unter anderem nach dem Kriterium der Wirksamkeitsprüfung gemessen, so Grawe (2001). Eine Therapieform, die ihre Wirkungen noch nie objektiv geprüft hat, erfüllt nicht einmal die Minimalkriterien von Wissenschaftlichkeit (ebenda 2001). Grawe geht sogar so weit und stellt diese Therapieformen als unseriös dar. Die Kunsttherapie wird von ihm gerade nicht mehr als unseriös eingestuft, aber die damals gefundenen Wirksamkeitsbelege als schwach bewertet. Daraus zieht er den Schluss, dass die Kunsttherapien ohnehin nur Ergänzung zu anderen besser fundierten Therapien sein können. Grawes Aussagen verdeutlichen den Blickwinkel, aus dem u. a. die Kunsttherapie wahrgenommen wird und wie wichtig die Wirksamkeitsprüfung für alle Psychotherapieformen ist (vgl. Grawe, 2001). Fest steht zudem, dass das Fehlen objektiver Wirkungsnachweise zum Wettbewerbsnachteil wird, wenn Krankenkassen Kriterien für die Finanzierung von Therapieformen entwickeln. An dieser Stelle wird die Bedeutsamkeit der vorliegenden Studie sehr deutlich.

Es ist also für alle Therapieformen in unserem Gesundheitssystem von großer Wichtigkeit, eigene Wirkfaktoren zu identifizieren und Wirkungen und Wirkungsweisen nachzuweisen.

Dabei muss der Unterschied zwischen Efficacy- und Effectiveness- Studien beachtet werden. Efficacy Studien fordern Zuordnung der PatientInnen zu Behandlungs- oder Kontrollgruppe per Zufallsprinzip sowie eine Kontrollgruppe ohne Behandlung und eine Kontrollgruppe mit Placebo Behandlung. Die Behandlung muss standardisiert sein und per Videoaufnahmen überprüft werden. Eine bestimmte Anzahl von Sitzungen müssen festgelegt werden, Zielergebnisse werden operationalisiert (z. B. klinisch diagnostizierte DSM- IV Störungen), Auswerter und Diagnostiker wissen nicht aus welcher Gruppe PatientInnen stammen, keine komorbiden Störungen

dürfen vorhanden sein und nach dem Behandlungsende werden Patienten mit einer Testbatterie eingeschätzt (Seligmann, 1997). Jedoch merkt auch Seligmann kritisch an, dass hierbei nicht die Frage beantwortet wird, was in der Praxis wirkt, sondern nur welche Methode welcher anderen Methode überlegen ist. Effektivens Studien dagegen berücksichtigen die reale Gesamtwirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung. Es werden hierbei Erfahrungen der PatientInnen unter realen Bedingungen in der Praxis erhoben. Dies betrachtet er als glaubwürdige „empirische Validierung“ von Psychotherapie (Seligmann, 1997).

Kriz plädiert dafür, dass wenn Efficacy- Studien in den Künstlerischen Therapien durchgeführt werden, sich dringend an die Checkliste von Seligmann (1997) gehalten werden sollte, da ansonsten die ganze Studie als nicht stichhaltig betrachtet wird. Allerdings muss hier kritisch angemerkt werden, dass eine Kontrollgruppe mit Placebo Behandlung in den Psychotherapien wohl unmöglich ist. Weitaus sinnvoller sieht Kriz jedoch die Erforschung des Fragekomplexes warum und wie denn Künstlerische Therapien überhaupt wirken, wie sie mit den Lebensvollzügen von Menschen in Zusammenhang stehen und welchen Einfluss sie auf Gesundheitsprozesse haben (Kriz, 2011).

Es sind inzwischen verschiedene Studien mit unterschiedlicher Qualität zur Wirksamkeitsbeurteilung der Kunsttherapie in der Literatur zu finden. Im Folgenden wird zunächst ein Überblick gegeben über Studien, die spezielle kunsttherapeutische Methoden auf ihre Effektivität hin überprüfen, danach folgen drei Untersuchungen, welche die Effektivität der Kunsttherapie bei bestimmten KlientInnengruppen erheben. Inzwischen sind vier deutschsprachige Studien zu finden, die versuchen generell zu erforschen welche Auswirkungen die Kunsttherapie auf PatientInnen hat (Born, 2003; Plecity, 2006, Poetsch, 2011; Moser, 2012). Welche Wirkfaktoren für Therapeuten oder Experten von Bedeutung sind, beschreibt allein die Untersuchung von Gruber (2009). Spezifische Wirkungen eines Gestaltungskurses aus PatientInnensicht möchte Götze anhand von qualitativen Interviews überprüfen (2007). Es gibt andere Autoren, die spezifische Wirkfaktoren der Kunsttherapie beschreiben, jedoch bleiben ihre Aussagen auf Grund fehlender wissenschaftlicher Untersuchungen reine Hypothesen (vgl. Waller, 1993 und Richter-Reichenbach, 2012). Neben DokuPro (vgl. Elbing, Hölzer, 2007) wurde 2013 ein weiteres kunsttherapeutisches Dokumentationsinstrument (liGart- Manual) entwickelt, welches

spezifische Wirkfaktoren der Kunsttherapiegruppe aus TherapeutInnensicht erheben kann und der Theoriebildung dienen möchte (Kasper, 2013). Empirische Daten wurden dazu noch nicht publiziert. Die Kurzzeitkunsttherapie in der psychiatrischen Krisenintervention wurde von Fabra (1991) in Hinblick auf ihre Wirksamkeit überprüft. In dieser Studie wurden halbstandardisierte Interviews mit  $n= 45$  Personen durchgeführt und eine Testbatterie mit einer Kontrollgruppe  $n= 23$  und Kunsttherapiegruppe  $n= 22$  erhoben. Die Interviews sollten erheben, ob die getroffenen Aussagen über die Krisenintervention ablehnend oder zustimmend waren. Außerdem wurde danach gefragt, wie die Therapie/ Kunsttherapie erlebt wurde. Von 522 Aussagen gab es 329 positive Aussagen zur Therapie allgemein. Aussagen zu den postulierten Wirkfaktoren der Krisenintervention fanden sich bei der Kunsttherapiegruppe häufiger als bei der Kontrollgruppe. Die Testbatterie wurde vor und nach der vierwöchigen Kurzzeittherapie erhoben. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten gab es in der Skala Offenheit des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) (Fahrenberg et al 1984), der Skala Angst/Depression, Denkstörungen, Aktivierung, Feindseligkeit der Brief Psychiatric Rating Scala (BPRS) (Overall und Klett 1972), der Beschwerdeliste (v. Zerssen 1976a) und der Paranoid – Depressivitätsskala (v. Zerssen 1976b) auf der Skala Depressivität. Im Vergleich der Kontrollgruppe mit der Kunsttherapiegruppe konnte ein signifikanter Unterschied mit  $p= .046$  in der Skala Leistungsorientierung des FPI festgestellt werden. Teilnehmer der Kunsttherapiegruppe schienen sich leistungsmotivierter zu erleben. Die Ergebnisse müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die Stichproben klein waren und die Interviews nicht mit Tonband aufgenommen und wörtlich transkribiert wurden.

Eine weitere Wirksamkeitsstudie für ein spezielles Verfahren der Kunsttherapie stellt die Untersuchung zur Maltherapie von Zimmer et al. (1992) dar. Diese Studie besaß eine Kontrollgruppe, zu zwei Messzeitpunkten wurde der PSKB Selbst- und Fremdrating (Psychischer und Sozialkommunikativer Befund von Rudolf 1981) von  $n=84$  PatientInnen erhoben. Mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse wurden Effekte berechnet. Dabei zeigte die Maltherapie in keinem Bereich gegenüber der Kontrollgruppe schlechtere Ergebnisse, aber in 4 Bereichen (Antriebsminderung, überhöhtes Ordnungsbedürfnis, Misstrauen, Vermeidungsverhalten) gegenüber der Kontrollgruppe bessere Ergebnisse. Jedoch zeigten sich keine Unterschiede in den zentralen Symptomaten zwischen den beiden Gruppen (Zimmer, 1992).

2001 wird eine Methode der Kunsttherapie (Chapman Art Therapy Treatment Intervention, CATTI), die für traumatisierte Kinder entwickelt wurde, auf ihre Effektivität hin überprüft. CATTI ist eine einzeltherapeutische Methode, die am Patientinnenbett durchgeführt wird. Hierbei wurde eine Kontrollgruppe mit  $n = 27$  und eine Kunsttherapiegruppe mit  $n = 31$  gebildet. Mit verschiedenen Messinstrumenten wie dem PTSD-Interview wurden die posttraumatischen Symptome nach einer Woche, einem Monat und sechs Monaten überprüft. Jedoch waren die Ergebnisse nicht signifikant und auch hier ist die geringe Fallzahl ein methodisches Problem (Chapman, 2001).

Als letztes Beispiel für eine Effektivitätsmessung für ein bestimmtes Verfahren soll hier die 2004 veröffentlichte Studie von Hamre erwähnt werden. Hier wurde anhand von Einzelfallstudien die Wirksamkeit der anthroposophischen Kunsttherapie untersucht. Jedoch konnten nur 7 PatientInnen in die Studie eingeschlossen werden. Es wurden allein die Ergebnisse eines Einzelfalls genauer dargestellt. Methodisch ist kritisch anzumerken, dass Angaben zum Schweregrad der Erkrankung unmittelbar vor Beginn der Kunsttherapie fehlen. Diese wurden erst in der Mitte der Therapiezeit erhoben. Außerdem sehen die Autoren einen kausalen Zusammenhang zwischen der Reduktion der Symptomatik und der Kunsttherapie viereinhalb Monate nach Ende der Therapie. Dabei wird nicht diskutiert, inwieweit andere Faktoren oder Therapien eine Rolle spielen (Hamre, 2004).

Einige Studien konnten ausfindig gemacht werden, die die Wirkung der Kunsttherapie bei einer bestimmten Untersuchungsgruppe überprüfen.

Im Jahr 2000 wird eine Studie veröffentlicht, die die Effektivität der Kunsttherapie bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Diese Studie verwendete Interviews und Checklisten. Es wurde mit  $n=94$  ein Prä- und Posttest durchgeführt. Die Studie kommt zum Schluss, dass die Kunsttherapie signifikant positive Einwirkung auf ihre KlientInnen und Familien hatte. Jedoch wird nicht beschrieben inwieweit die KlientInnen an anderen Therapieprogrammen teilnahmen oder was unter Kunsttherapie genau verstanden wurde (Saunders, 2000).

Effekte kunsttherapeutischer Interventionen auf die Befindlichkeit von KrebspatientInnen untersuchten 2004 Henn und Gruber. 21 PatientInnen wurden vor und nach der Kunsttherapiesitzung mittels POMS (Profile of Mood States) und VAS



(visuelle Analogskala) in Bezug auf Symptome, Stimmung und Krankheitsbewältigung befragt. Die Pilotstudie kommt zu dem Schluss, dass die Kunsttherapie für eine bestimmte Patientengruppe eine kurzfristige wirkungsvolle Intervention darstellt (vgl. Henn und Gruber 2004).

2006 veröffentlichten Rusted et.al Ergebnisse einer randomisierten Multizenterstudie über Kunsttherapie bei älteren Menschen mit Demenz. In dieser Studie gab es eine Kontrollgruppe, die als Aktivitätsgruppe bezeichnet wurde und keinen Schwerpunkt auf den emotionalen Ausdruck legte. Insgesamt konnten die Daten von 21 Untersuchungspersonen verwertet werden, die jeweils eine Stunde in der Woche, 40 Wochen lang an einer der beiden Gruppen teilnahmen. Es gab sechs Messzeitpunkte, zu denen verschiedene Messinstrumente erhoben wurden. Die Studie erbringt den Nachweis, dass die Kunsttherapiegruppe für Menschen mit Demenz einen positiven und langanhaltenden Gewinn für die geistige Aufmerksamkeit, Geselligkeit und körperliche und soziale Beschäftigung erbrachte. Jedoch schwächt die geringe Fallzahl der Studie ihre Aussagekraft und die Autoren weisen darauf hin, dass die Messinstrumente zur Verhaltensänderung nicht exakt genug waren (vgl. Rusted et al 2006).

Drei Studien begrenzen sich nicht auf eine kunsttherapeutische Methode oder bestimmte Störungsbilder (Born, 2003; Plecity, 2006, Moser, 2013), sondern werten Patientenangaben zur Wirkung der Kunsttherapie aus. Born (2003) erhob mit 38 Leitfadeninterviews vor und nach der Therapie die Meinung zur anthroposophischen Kunsttherapie. Sie erstellt ein Werk-Wertschöpfungsmodell, das positive wie auch negative Therapieverläufe erklären kann. Dabei wird zum einen die Werkbindung betrachtet, die das Vorhandensein einer emotionalen Beziehung zwischen Patient und Werk voraussetzt. Zum anderen ist die fördernde therapeutische Beziehung von Bedeutung, die von einer gemeinschaftlichen Entscheidungs- und Handlungsbasis ausgeht. Die Werk- Wertschöpfung als dritten Punkt des Modells bezeichnet den persönlichen Zugewinn des Patienten durch seine künstlerische Tätigkeit. Born erweitert in ihrem Modell die kunsttherapeutische Triade von Luzatto und Gabriel (1998). Das Erklärungsmodell von Born beschreibt bedeutsame neue Erlebensaspekte, jedoch stützt sie sich dann auf das direktive oder non- direktive Vorgehen des Kunsttherapeuten als alleinige Ursache für den Therapieerfolg. Kombinationen aus direktiven und non- direktiven Vorgehen im Therapieprozess

werden nicht in Erwägung gezogen (vgl. Born, 2003). Plecity (2006) möchte allgemein die kurzfristige Wirksamkeit der Kunsttherapie in der Psychosomatik untersuchen (vgl. Plecity, 2006). Der Fragebogen POMS (Profile of Mood States) und die Beschwerde Liste (B-L) wurden bei n = 26 PatientInnen erhoben, um körperliche und emotionale Befinden der PatientInnen zu erfahren. Außerdem wurden qualitative Interviews zum Erleben der Kunsttherapie von ebenfalls n = 26 PatientInnen erhoben. Dabei wurden die Fragebögen POMS und B-L zweimal wöchentlich vor und nach der Therapie abgefragt, insgesamt 1312-mal. Die Beschwerdeliste zeigt in 20 von 24 Items, dass körperliche Beschwerden nur geringfügig nachlassen, aber sich signifikant vom Beginn der Therapie unterscheiden. In der Interviewanalyse werden Kategorien nach Mayring von n=104 Interviews gebildet, allerdings werden sie nur quantitativ ausgewertet. Ein Abschlussinterview wird exemplarisch beschrieben. Die Darstellung des Abschlussinterviews dient jedoch allein der Erläuterung der entstandenen Gestaltungen. Es findet demnach keine tiefgehende qualitative Auswertung statt. Außerdem muss auch hier kritisch bewertet werden, dass die Stichprobe sehr klein ausfiel und Ausgangspunkt der hohen Anzahl von Interviews und Fragebögen ist (vgl. Plecity, 2006).

Poetsch untersucht 2011 Erfahrungen von Patienten mit der Kunsttherapie und analysierte dabei Bilder und Abschluss Interview- Protokolle. Dabei wurden n=15 PatientInnen in die Studie eingeschlossen, insgesamt wurden neben 15 Abschluss Interviews auch 111 Einzelinterviews durchgeführt und insgesamt 270 Bilder in die Analyse eingeschlossen. Poetsch gibt an, die Bilder sowie Interviews mit vorwiegend qualitativen Verfahren auszuwerten, jedoch geschah dies eher mit einer quantitativen Forschungshaltung. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass 70 % der PatientInnen die Kunsttherapie dazu nutzten, Emotionen auszudrücken oder sich mit Konflikten auseinanderzusetzen. Alle untersuchten PatientInnen gaben an, sich wenigstens einmal mit ihrer psychischen Problematik in der Kunsttherapie auseinandergesetzt zu haben. 1/3 lehnten die Kunsttherapie zu Beginn ab, von 90 % wurde sie abschließend als positiv bewertet. Veränderungen des persönlichen Befindens, die sich in den Bildern spiegeln, finden sich erst gegen Mitte bis Ende der Therapie. Die Bildanalysen zeigten, dass in 59,3 % der Werke Konflikte abgebildet wurden. Bei 81% entsprachen die Bilder der damaligen Stimmung. In den Bildern konnten außerdem Entwicklungen und Wendepunktbilder ausfindig gemacht werden. Durch

die Abschlussinterviews wurde sichtbar, dass alle befragten Personen über neue Einsichten oder Erkenntnisse berichten konnten. Über die Hälfte der Befragten sprach ihre Problematik direkt an.

Moser (2012) führte im Rahmen ihrer Dissertation eine Studie durch, die langfristige Veränderungen vor allem auf Symptomebene nachweisen möchte. Die PatientInnen, besuchten eine ambulante Kunsttherapiegruppe nach Abschluss einer tagesklinischen Behandlung. Moser analysierte zudem hilfreiche Wirkfaktoren, Informationen über den Therapieprozess und wie die Kunsttherapiegruppe erlebt wurde. Sie führte dafür eine Fragebogenuntersuchung mit dem SCL-90 zu zwei Messzeitpunkten, direkt nach der tagesklinischen Behandlung und sechs Monate nach Beginn der ambulanten Kunsttherapiegruppe. Die Fallzahl betrug dafür  $n= 22$ . Zudem führte sie mit  $n= 30$  PatientInnen ein qualitatives leitfadengestütztes Interview durch. Der SCL -90 zeigte signifikante Veränderungen bei den Skalen 'Unsicherheit im Sozialkontakt', 'Depressivität' und 'Aggressivität/Feindseligkeit', alle drei wiesen eine Zunahme der psychischen Belastung auf. Bei der Frage nach der gegenwärtigen Leistungsfähigkeit fand sich ebenfalls eine signifikante Verschlechterung gegenüber dem Ausgangswert. Beachtet werden muss dabei, dass die PatientInnen zu t1 direkt nach der tagesklinischen Behandlung befragt wurden. Eine Verschlechterung zu diesem Messzeitpunkt zeigen laut Moser auch andere Studien. Der GSI zeigt keine signifikante Veränderung, das bedeutet, dass die PatientInnen psychisch stabil blieben. In den Interviews dagegen sprechen zwei Drittel der PatientInnen von einer Verbesserung ihrer Symptome. Die Hälfte der PatientInnen erlebt eine Zunahme an Selbstsicherheit und an ihren Kommunikationsfähigkeiten, eine verbesserte Alltagsbewältigung und eine verbesserte Selbstwahrnehmung wurden ebenso aufgeführt. Aus den Interviews wurden zudem folgende Gruppenfaktoren ausgesondert: ‚Zusammengehörigkeitsgefühl‘, gefolgt von ‚Kommunikation, Interaktion‘ und ‚schützender Raum‘. Bei den meisten PatientInnen findet die therapeutische Veränderung nachwirkend statt, die wirkenden Faktoren der Kunsttherapie für dieses ambulante Setting konnten laut Moser (2012) bestätigt werden. Hierbei ist jedoch zu hinterfragen, ob ohne Kontrollgruppe von „Wirkung“ gesprochen werden kann und insgesamt ist auch hier die qualitative Auswertung der Interviews eher oberflächlich und in einem quantitativen Forschungsverständnis ausgeführt. Trotzdem belegt Moser empirisch wichtige Aspekte des Veränderungserlebens in der ambulanten

Kunsttherapiegruppe und kann somit einen wichtigen Beitrag für die Erforschung der Kunsttherapie leisten.

Daneben wurde nur in zwei Studien (vgl. Götze, 2007; Gruber, 2011) darauf eingegangen, was genau in der Kunsttherapie wirken könnte bzw. welche spezifischen Wirkmechanismen zum Tragen kommen.

Als Erste benennt Götze fünf spezifische Wirkfaktoren eines Gestaltungskurses für onkologische PatientInnen in der ambulanten Nachsorge (2007), die sie anhand qualitativer Leitfadeninterviews erhoben hat. Die Interviews von n=20 TeilnehmerInnen wurden vor und nach der Intervention durchgeführt. Sie sollten die Motive für die Teilnahme, Erwartungen und Befürchtungen erheben sowie die subjektiv empfundenen Wirkungen des Gestaltungskurses. Als Erwartungen konnten aus den Interviews identifiziert werden: Persönliches Wachstum, emotionale Stabilisierung, Kontakte und Fertigkeitserwerb. Die kategorisierten Wirkungen des Gestaltungskurses waren den Erwartungen sehr ähnlich: Persönlicher Wachstum, Kommunikation, emotionale Stabilisierung, Krankheitsverarbeitung, Erweiterung der Ausdrucksfähigkeit. Kritisch zu bewerten bleibt bei dieser Studie, dass von 20 interviewten Personen 19 weiblich waren, überwiegend einen Hochschulabschluss besaßen und die Hälfte an Brustkrebs erkrankt war. Ebenso bleibt unklar, warum von einem Gestaltungskurs und nicht von Kunsttherapie gesprochen wird (vgl. Götze, 2007).

Gruber greift die Frage nach spezifischen Wirkfaktoren in der Kunsttherapie in einer wissenschaftlichen Studie ebenfalls auf. Er befragt hierbei n= 117 ExpertInnen, welche spezifischen Wirkmechanismen es aus ihrer Sicht geben könnte (vgl. Gruber 2009). Zusätzlich untersucht er anhand eines Fragebogens 13 mögliche spezifische Wirkfaktoren der Kunsttherapie (vgl. Gruber, 2011). Es wurden alle Faktoren von den ExpertInnen als zutreffend angesehen. Die drei Wirkfaktoren, Anregung schöpferischer Prozesse, Stimulation aktiver Gestaltungsfähigkeit und Unterstützung des nonverbalen Ausdrucks, wurden von allen Expertengruppen als „eindeutig zutreffend“ angekreuzt (Gruber, 2011). Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die restlichen „spezifischen“ Wirkfaktoren auch in anderen Therapieverfahren auffindbar sind, eher zu den „allgemeinen“ Wirkfaktoren gehören und die ExpertInnen somit nur die wirklich spezifischen Wirkfaktoren der Künstlerischen Therapien herausgefunden haben. Gruber (2011) betont die Dringlichkeit, sich

weiterhin mit der spezifischen Wirksamkeit der Kunsttherapien auseinanderzusetzen, damit die Künstlerischen Therapien weiterhin im Gesamtbehandlungsplan von PatientInnen integriert bleiben.

Die hier vorgenommene Darstellung der Wirkforschung in der kunsttherapeutischen Literatur soll keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie zeigt jedoch, wie heterogen und vielfältig das Vorgehen ist und Bemühungen vorhanden sind, mit quantitativen wie auch qualitativen Forschungsmethoden Wirkmechanismen nachzuweisen. Die Ergebnisse sind jedoch auf Grund der unterschiedlichen Forschungsinstrumente auch nicht miteinander zu vergleichen. Zu erwähnen ist dabei die oft sehr geringe Fallzahl (<50) (vgl. Götze et al 2007; Rusted et al 2006.) und die Nichtbeachtung der Tatsache, dass die Kunsttherapie meistens nur ein Teilelement im Gesamtbehandlungsplan darstellt (Hamre et al 2004; Saunders, 2000). Häufig ist auch die Beschreibung der Kontrollgruppe ungenügend (Chapman, 2001). Dadurch können die Ergebnisse auch nicht generalisiert oder übertragen werden. Leider wird auch mangelnde Methodenkenntnis deutlich (vgl. Fabra, 1991) oder qualitative Methoden werden mit einem eher quantitativen Forschungsverständnis ausgewertet (vgl. Plecity 2006; Moser, 2013). Es bedarf also weiterer Studien, um allgemeine Schlüsse ziehen zu können. Auch andere Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es bis heute in vielen Anwendungsbereichen an empirischen Wirksamkeitsnachweisen fehlt (Gruber, 2009). Reynolds (1999) kommt in seiner englischsprachigen Literaturübersicht von 17 Studien zu dem Schluss, dass Kunsttherapie wirksam ist, aber nicht wirksamer als die Standardtherapie. Jedoch schloss er auch Studien ein, die Kunsttherapie mit anderen Interventionen kombinierte. Slayton (2010) resümiert in ihrer ebenfalls englischsprachigen Literaturübersicht von 37 qualitativen und quantitativen Studien zur Effektivität von Kunsttherapie, dass es nur wenige Daten gibt, die nachweisen, dass Kunsttherapie zu positiven Therapieeffekten führen kann.

Ein spezifisches Forschungsinstrument, welches Erlebensdimensionen in der Kunsttherapie erhebt und psychometrisch überprüft wurde, fehlt demnach bis zum heutigen Zeitpunkt. Solch ein Forschungsinstrument könnte Hinweise darauf geben, was in der Kunsttherapie erlebt wird und zu einem späteren Zeitpunkt als Forschungsinstrument für Effizienzstudien oder zur Qualitätssicherung dienen. Die vorliegende Forschungsarbeit hat demnach als Ziel, solch ein Forschungsinstrument

in Form eines Fragebogens zu entwickeln. Ziel ist einen Fragebogen zu entwerfen, der für alle Störungsbilder in der Psychosomatik und möglichst viele kunsttherapeutische Methoden angewendet werden kann. Es geht um die Adaption allgemeiner Wirkfaktoren aus der Psychotherapieforschung (vgl. Grawe, 1995 und Yalom, 1985) an die Kunsttherapiegruppe. Dadurch könnte die Kunsttherapie auch anschlussfähig an ihre Nachbardisziplinen bleiben.

## **4 Kunsttherapie und Essstörungen**

### **4.1 Das Krankheitsbild der Essstörungen**

„Essstörungen und Adipositas bezeichnen Phänomene, bei denen die Menge der aufgenommenen Nahrung bzw. das resultierende Körpergewicht als krankhaft gelten“ (Habermas 2009, S.4).

Verursacht werden diese Phänomene durch ein kausales Zusammenwirken sozialer, psychischer und biologischer Bedingungen. Bei der Magersucht wird durch Vermeiden von hochkalorischer Nahrung (restriktiver Typ) und/ oder durch weitere gewichtsreduzierende Maßnahmen, wie selbstinduziertes Erbrechen (bulimischer Typ), Einnahme von Abführmitteln und exzessive sportliche Aktivität, ein Untergewicht absichtlich herbeigeführt (Sammet, 2012). Die Bulimia nervosa unterscheidet sich vom „bulimischen Typ“ der Anorexia nervosa durch das Vorliegen von Normalgewicht (ebenda). Die Binge-Eating Störung ist dagegen gekennzeichnet von wiederholten Episoden von Essanfällen ohne gegenregulatorische Maßnahmen. Binge Eating Störung wird im ICD 10 als „nicht näher bezeichnete Essstörung“ (F50.9) kodiert. Daneben erfüllt ein großer Anteil der PatientInnen nicht die strengen Kriterien einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa und wird als atypische Essstörung bezeichnet (de Zwaan, 2009). Eine ausführliche Darstellung von Geschichte und Diagnosestellung für Anorexia nervosa, Bulimia nervosa sowie Binge-eating Störung wurde in der medizinischen Literatur beschrieben, an dieser Stelle wird darauf verwiesen (vgl. Herpertz 2008).

Zu beachten ist die häufig auftretende Komorbidität bei Essstörungen. Beispielsweise erfüllen 31 % -97 % der PatientInnen mit Essstörung die Lebenszeitdiagnose einer Major Depression oder einer Dysthymie. Die Komorbidität wirkt sich erheblich auf die Behandlung und Therapieplanung aus. Auch in vielen Psychotherapiestudien wurden komorbide PatientInnen ausgeschlossen, da die

Population genau definiert werden muss. Komorbide Gruppen bestehen jedoch aus einer großen Zahl von Kombinationen psychischer Störungen und sind schwer zu erfassen. Studien mit nur monomorbidem PatientInnen können dagegen nicht auf PatientInnen ausgedehnt werden, die eine Essstörung haben plus eine weitere psychische oder medizinische Erkrankung (Schweiger, 2008). Auch die Behandlung der Essstörungen wird umfangreich in der medizinischen Literatur beschrieben (vgl. Herpertz et al. 2008). Es gibt verschiedene Präventionsprogramme wie TIMA e. V. & Pfunzkerle e. V. Tübingen (vgl. Zeller, 2012), Selbsthilfegruppen, familientherapeutische-, psychodynamische-, verhaltenstherapeutische- und andere Psychotherapieverfahren. Essstörungen können ebenfalls mit Hilfe der Pharmakotherapie im ambulanten, stationären oder teilstationären Behandlungssetting therapiert werden (vgl. Herpertz, 2008). Ein Schwerpunkt ist dabei die Behandlung der Körperbildstörung, da dies ein zentrales Symptom der Anorexie und Bulimie darstellt. Auch bei der Binge- Eating Störung sprechen zahlreiche Befunde dafür, dass die Relevanz einer Körperbildstörung gegeben ist (Tuschen- Caffier, 2008). Allen Essstörungen gemein ist, dass die Betroffenen den Körper benutzen um Anforderungen die sich ihnen stellen, zu bewältigen<sup>10</sup>. Sie entwickeln Körperstrategien, die kurzfristig Lösungen darstellen und zu einem zunächst subjektiven Wohlbefinden führen, so Stauber (2012). Sie bleiben dadurch

---

<sup>10</sup> Der Begriff Bewältigung wurde in den 1980er Jahren von Böhnisch und Schefold zu einem zentralen Begriff in der Sozialpädagogik und führte später zu einer Theorie der Lebensbewältigung (vgl. Böhnisch, 1994 und 2002). Mack beschreibt 1999 drei Formen von Bewältigung: „Entwicklung“, „Krise“ und „Risiko“. Bewältigung in Form von „Entwicklung“ ist eine Aufgabe, mit der jeder konfrontiert wird. „Krise“ bezieht sich auf prekäre und krisenhafte Situationen im Alltag und Bewältigung im Typus „Risiko“ bezeichnet „...einen riskanten Prozess der Vergesellschaftung, indem in Form von Normalisierungshandeln eine biographische Balance in anomischen Strukturen zu erreichen versucht wird.“ Mack, 2013, S.125). Diese dritte Form ist gleichzusetzen mit Böhnischs Begriff von Lebensbewältigung als Modus der Vergesellschaftung und als sozialpädagogische Handlungsmaxime. So verstandene Bewältigung nimmt Ansätze der Entwicklungspsychologie und der Coping- Forschung auf, die sich mit der Bewältigung von belastenden und krisenhaften Erlebnissen befassen (Mack, 2013). Die Bewältigungsstrategie „Essstörung“ würde demnach als riskante Form angesehen werden. Bewältigt wird hierbei im Sinne des Bewältigungskonzepts von Böhnisch (2012, S.224) „eine misslungene Balance zwischen psychischem Selbst und sozialer Umwelt“. Es geht dabei um die Bewältigung von Lebenslagen, die nicht immer gesellschaftlich akzeptiert sein muss und mit institutionalisierten Handlungsmustern vonstattengeht (Böhnisch, 2012a). Böhnisch (2012, S.219) meint „typische psychosoziale Bewältigungsprobleme in Folge gesellschaftlich bedingter sozialer Desintegration“. Laut Mack (2013) kann Bewältigung ein Anfang für Bildungsprozesse sein. Gelingende Bewältigung möchte Mack (ebenda) aber nicht mit Bildung gleichsetzen. Bildung im Sinne einer aktiven Auseinandersetzung mit sich selbst bedarf zusätzlicher Anregungen, so Mack (ebenda). Aber laut Ahmed et al (2013) sind gerade in Bewältigungsprozessen Bildungsprozesse zu finden. Einerseits setzt Bildung gelungene Bewältigung im Sinne psychosozialer Handlungsfähigkeit voraus, „die ein exploratives Subjekt- Welt- Verhältnis über die gegenwärtige Situation hinaus erlaubt“ (Walther, 2007a, S.40), andererseits ist Bildung aber auch Voraussetzung für eine gelingende Bewältigung, da Handlungskompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstreflexion vorhanden sein müssen (Mack, 1990; Sting 2002 in Walther, 2007a).

handlungsfähig<sup>11</sup> und erleben sich selbstwirksam<sup>12</sup>. Stauber (2012) betrachtet Essstörungen als Handeln das subjektiv und oft auch kollektiv sinnhaft ist und kurzfristig eine Lösung anbietet. Die Anforderungen müssen im Zusammenhang mit veränderten biographischen Übergängen ins Erwachsenenensein gesehen werden. Diese Übergänge sind komplexe Angelegenheiten. Es handelt sich um „ein individualisiertes Zurechtkommen mit unvorhersehbaren Dynamiken der gleichzeitig ablaufenden und häufig widersprüchlichen Teilübergänge...und mit einem enormen Leistungsdruck“ (Stauber, 2012 S.30). Diese Übergänge ins Erwachsenenalter sind zu gestalten (Stauber 2007c). Eine Gestaltungsform sind etwa Selbstinszenierungen. Wobei sich der Körper als Gestaltungsmittel und für Selbstinszenierungen in besonderer Weise eignet. Es geht viel mehr als früher darum sich zu inszenieren, zu präsentieren, sei es in Ausbildungskontexten in familiären und Peer- Kontexten. Selbstinszenierungen pendeln dabei ebenfalls zwischen eigener Motivation und gesellschaftlichen Anforderungen (Stauber, 2007c). Selbstinszenierungen helfen Jugendlichen aber auch, eigene Handlungsfähigkeit zu erproben (Stauber, 2004), sie vergewissern sich ihrer selbst und spüren sich dabei (Stauber 2007c). Selbstinszenierungen werden als „Identitätsarbeit“ betrachtet (vgl. Keupp, 2002), die wiederum durch Casting Shows wie Germanys Next Topmodel riskant werden, wenn der Körper enteignet, Selbstinszenierungen abgewertet und nicht mehr selbst steuerbar werden (Stauber, 2007c). Die Essstörung als Selbstinszenierung zu betrachten, erlaubt den Betroffenen einen aktiven Umgang damit (vgl. Stauber, 2013). Selbstinszenierungen sind demnach ein Handlungsmodus, der auf Grund der körperlichen Expressivität (wie beispielsweise in Bezug auf Essstörungen) einen exponierten Ausdruck von Handlungsfähigkeit darstellt (Stauber, 2013).

---

<sup>11</sup> Unter Handlungsfähigkeit wird dabei die prinzipielle Fähigkeit menschlicher Subjekte verstanden, Entscheidungen zu treffen, die in subjektiven Interessen und psychischen Wurzeln motiviert sind. Diese Entscheidungsfreiheit ist immer den Zwängen und Beschränkungen unterlegen, die mit sozialen Ungleichheiten und Differenzierungen einhergehen. Handlungsfähigkeit ist nicht erst gegeben, wenn alle Handlungsoptionen zur Verfügung stehen. Deshalb ist Handlungsfähigkeit nicht begrenzt auf sinnvolle Praktiken (Stauber, 2011).

<sup>12</sup> Der Begriff Selbstwirksamkeit geht auf den Psychologen Bandura (1994) zurück und steht für die subjektive Überzeugung, Anforderungen oder Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Motivation spielt dabei eine große Rolle und setzt sich dabei zusammen aus dem Anreiz ein gewisses Ziel zu erlangen und die subjektive Einschätzung dieses Ziel wirklich durch eigenes Handeln erreichen zu können (Walther et al 2007). Motivation und Selbstwirksamkeit wird als dynamischer Prozess angesehen. Sie können sich gegenseitig steigern oder nehmen ab (Bandura, 1994). Individuelle Motivation ist dabei laut Walther et al (2007) auch strukturell bedingt, im Zugang zu Erfahrungen, die intrinsische Interessen fördern und im Zugang zu Erfahrungen, die das Gefühl von Selbstwirksamkeit fördern.



Selbstinszenierungen können real existierende Konflikte verdecken, diese werden gewissermaßen überspielt und die Konfliktstruktur wird aufrechterhalten. Selbstinszenierungen können somit auch als imaginäre Lösungen verstanden werden (Stauber, 2004). Zusammengefasst können Essstörungen auch als Bewältigungs- und Gestaltungsversuch von Übergängen im Lebenslauf verstanden werden.

Der Körper wird dabei zum Bedeutungsträger gesellschaftlicher Moden und zum Indikator sozialen Wandels. Der Körper wird zur „Marke“, an dem der Andere erkannt wird, an dem die eigene Identität signalisiert wird (Kardorff 2007). Soziale Ordnungen werden im Körperausdruck und Körperpraktiken spürbar und veränderbar (Hahn, Meuser 2002,8). Essstörungen könnten demnach individuell als Ausdruck einer misslungenen Identitätsfindung verstanden werden und gesellschaftlich als Ausdruck einer misslungenen Anpassung an neue gesellschaftliche Wirklichkeiten (Kardoff, 2007).

Die Rolle des sozialen Wandels für die Genese von Essstörungen wird von Kardoff (2007) betont. Auch die soziale Verteilung der Essstörungen ist ein Indiz für soziale Bedingtheit. Für Kardoff sind jugendliche Essstörungen eine sozio- somatische Reaktion auf sozialen Wandel, Anpassungsdruck an Leistung und die medial propagierten Bilder idealer Körper (siehe dazu Stauber, 2007c und Thomas, 2007). Er begründet Essstörungen demnach neben einer medizinisch, psychologisch und kulturkritischen Perspektive auch aus einem soziologischen Deutungsmodell heraus (vgl. Kardorff, 2007).

Für Betroffene ist die Essstörung also eine subjektiv sinnvolle Strategie mit möglichen Problemen, die sich aus den Anforderungen ergeben, zurechtzukommen, so Stauber (2012). Zudem ist diese Strategie meistens lange sozial hoch akzeptiert, da sie Leistungsfähigkeit und Selbstdisziplin verkörpert. Schlank sein wird verbunden mit Erfolg und das macht ein gutes Gefühl. Diese Seite des Schlankseins passt sich den Anforderungen des spätmodernen Aufwachsens an. Die andere Seite des Dünner- Werdens drückt aber auch ihren Widerstand gegen die vielen Anforderungen aus (Stauber, 2012). Auf die ausführliche Darstellung der immer schwieriger werdenden biographischen Übergänge und ihren Anforderungen möchte ich an dieser Stelle verzichten und auf Stauber (2007) verweisen sowie auf das Handbuch Übergänge von Schroer (2013). Bei Schroer (2013) werden theoretische

Grundlagen zur Übergangsforschung, Übergänge im Lebenslauf, Bewältigung und Handeln im Übergang, Institutionen und Übergänge, pädagogische Begleitung von Übergängen und politische und institutionelle Rahmenbedingungen von Übergängen thematisiert. Hinweisen möchte ich hier jedoch auf die gesellschaftlich zu bearbeitenden Themen, die auf das Individuum umgelagert werden. Stauber beschreibt diese Individualisierung als Mythos, nachdem alles möglich sei, wenn man sich nur genügend bemüht (Stauber, 2013). Dazu kommt die permanente Aufforderung zur Darstellbarkeit. Die Darstellung in Bildungszusammenhängen von Leistungsbereitschaft, von Flexibilität und Mobilität, in Bezug auf Familie, um die Darstellung von Unterstützungsbereitschaft. In Freundschaftskontexten geht es um die Darstellung von Verbindlichkeit, informiert sein und Coolness. Bezogen auf den Körper, ist die Darstellung von Fitness und Disziplinierung und gleichzeitiger Lockerheit gefragt. Mit Blick auf Geschlechterzuschreibungen geht es um eine kompetente Darstellung der Geschlechterrollen und hinsichtlich der Übergänge in Elternschaft auf die Darstellung von Mutterschafts- und Vaterschaftskonzepten (vgl. Stauber, 2013). Diese komplexen Anforderungen verweisen auf strukturbedingte (Rollen-) Konflikte, so Stauber (2013). Kompetente Inszenierungen stellen hierbei auf symbolischer Ebene für das Subjekt zunächst eine Lösung dar, da sie aktiv mit dem Problem umgehen und durch das Schaffen eigener Ausdrucksweisen handlungsfähig bleiben (ebenda). Diese Vereinbarkeitskonflikte und die individualisierte Suche nach Orientierung begründen die Bedeutung von Selbstinszenierungen, so Stauber (2013). Die zumeist körperbezogenen Selbstinszenierungen tragen auch dazu bei einen Lebensstil mit entsprechenden normativen Orientierungen zu repräsentieren. Sie leisten damit Identitätsarbeit und sind nie losgelöst von gesellschaftlichen Diskursen, schon allein, weil sie die zentrale spät-moderne Anforderung, sich einzigartig und individuell zu präsentieren, übermitteln. Stauber (2013) stellt dabei fest, dass je nach Ressourcen und Handlungsspielräumen, die Integrationseffekte von Selbstinszenierungsstrategien unterschiedlich sein können. Handlungsfähig zu bleiben, darum geht es bei Selbstinszenierungen, die zudem subjektive und kollektive Sinnhaftigkeit generieren. Der Körper wird dabei zum zentralen Inszenierungsmedium (Stauber, 2013) und zum „Autonomiezentrum“, um Bewältigung, Anpassung und Widerstand auszutragen (Stauber, 2012, S.27). Der Körper wird als eigenes Revier entdeckt. Sie erhalten sich dadurch ein Stück Souveränität und Macht, können sich selbstwirksam erleben und

Auseinandersetzungen folgen ihren Regeln (ebenda). An dieser Botschaft müssen wir laut Stauber ansetzen, damit die Betroffenen ihr Potenzial und ihre Kraft für die Gestaltung ihres Lebens nutzen können (Stauber, 2012). Die Essstörung als Bewältigungsversuch anzusehen, dafür plädiert auch Barth (2012). In welchen Anteilen es hierbei um Bewältigung, Gestaltung, Anpassung oder Widerständigkeit geht ist laut Stauber (2013b) eine empirisch offene Frage. Zweifellos geht es für Stauber darum, handlungsfähig zu bleiben und Selbstinszenierungen - beispielsweise in Form der Essstörung - können als deutlicher Ausdruck von Handlungsfähigkeit aufgefasst werden (Stauber et al, 2011).

## **4.2 Kunsttherapie bei Essstörungen**

Eine Literaturübersicht zum Thema Kunsttherapie in der Gruppe bei Essstörungen wurde 2009 von der Autorin veröffentlicht (vgl. Ganter et al 2009). Hierfür wurden 41 deutsch und englischsprachige Veröffentlichungen analysiert. Die Literatur wurde dabei in vier Kategorien eingeteilt: die kunsttherapeutische Gruppe, kunsttherapeutische Methoden, Themenschwerpunkte und Forschungsmethoden. In Bezug auf die kunsttherapeutische Gruppe wird festgehalten, dass die Kunsttherapie für Essstörungen im klinischen Setting vorwiegend als Gruppentherapie stattfindet. Sie wird als wesentlicher Bestandteil stationärer Therapie beschrieben. Verschiedene Vorteile der Kunsttherapiegruppe werden in den Veröffentlichungen beispielsweise darin begründet, dass der Ausdruck von Emotionen durch Kunst eine einfachere Kommunikation zwischen dem Einzelnen und der Gruppe ermöglicht (Matto, 1997), Kunsttherapie den therapeutischen Prozess somit initiieren kann (Diamond–Raab und Orrell-Valente 2002). Ein weiterer Vorzug der Kunsttherapie scheint zum einen die Möglichkeit zu sein, extreme Gefühle durch Gestaltungen besser auszuhalten (Rust 1995), und zum anderen das unmittelbare Sichtbarwerden in den Gestaltungen von Gruppenkonflikten, Stimmungen oder der Erkrankung selbst (vgl. Wood, 2000, Matto1997). Die genannten Autoren ziehen ihre Schlüsse jedoch rein aus der eigenen Erfahrung, wissenschaftliche Studien zur kunsttherapeutischen Gruppe bei Essstörungen gibt es nicht. Des Weiteren werden kunsttherapeutische Methoden bei Essstörungen in der Literatur beschrieben (vgl. Ganter et al 2009). Es wird dabei entweder direktiv vorgegangen, folglich werden Themen wie ein Familienbild (Mitchell, 1980) oder ein Körperumrissbild (Mayer- Grukke, 2005) malen als geeignet vorgeschlagen. Daneben werden Collagen aus Zeitschriften oder das

Anlegen eines Tagebuchs als Hilfsmittel genannt. Es gibt aber auch eine non – direkte Haltung, bei der das eigenständige Handeln ohne überangepasste Pflichterfüllung im Vordergrund steht (vgl. Schattmeyer- Bolle, 1990).

Lüdeke (2010) verbindet die Objektbeziehungstheorie mit der Kunsttherapie und begründet daraus kunsttherapeutische Interventionen bei Anorexia nervosa. Der Schwerpunkt der Objektbeziehungstheorie liegt dabei auf dem Entwicklungsabschnitt, in dem das Kind sich aus der Mutter – Kind- Symbiose löst und die Autonomieentwicklung beginnt. Laut Lüdeke entspricht der kreative Prozess dem Erleben des Kindes in dieser Phase, da hier die Kommunikation präverbal und sinnlich funktioniert. Die Autorin unterteilt den kunsttherapeutischen Prozess im Folgenden in eine Einstiegs- Verlaufs- und Abschlussphase. Zunächst steht der Aufbau einer vertrauensvollen und beschützten Atmosphäre im Vordergrund, die eine Mutterübertragung fördern soll. Dies geschieht durch ein non- direktives Vorgehen. In der Verlaufsphase soll die Selbst- und Körperwahrnehmung der Patientin positiv gestärkt werden und nach der Bindung an die Kunsttherapeutin wieder die Autonomieentwicklung im Vordergrund stehen. Dabei soll der Aufbau eines Übergangobjektes in Form einer Gestaltung helfen, sich von der Kunsttherapeutin abzulösen. Übertragungsphänomene werden dabei auch in der Gestaltung sichtbar. Das Katathyme Bilderleben (vgl. Leuner, 1970) und die Freie Mal- und Tontherapie (vgl. Heyer, 1959 und Feiereis & Sudau, 1996) oder Phantasiereisen werden in dieser Phase als kunsttherapeutische Interventionen genutzt. Die Aufforderung eine Selbstdarstellung anzufertigen, hilft in der Abschlussphase, Angstgefühle gegenüber dem normalgewichtigen Körper zu bearbeiten. Der normalgewichtige weibliche Körper wird bei Lüdeke als symbiotische Verschmelzung mit der Mutter verstanden und sollte aufgrund der gesunden Autonomieentwicklung in der Kunsttherapie an Bedeutung verlieren. Ziel ist, dass der künstlerische Prozess die Gewichtskontrolle ablöst (Lüdeke, 2010). Lüdeke verbindet in ihrer Monographie theoretische Annahmen mit kunsttherapeutischen Interventionen und gelangt damit zu einem aus ihrer Sicht geeigneten Vorgehen bei PatientInnen mit einer Anorexia nervosa. Sie spricht auch davon, mit ihrer Veröffentlichung frühkindliche pathologische Erlebnisse aufdecken, bearbeiten und korrigieren zu können und dies mit ihrer Studie verifiziert zu haben (ebenda, 2010). Jedoch besteht ihre Veröffentlichung aus einer rein theoretisch fundierten Arbeit ohne ein empirisches Untersuchungsdesign, daher kann nicht von einer Verifizierung

gesprochen werden. Diese Schrift reiht sich demzufolge ein in die vielen Praxisberichte und Theorieschriften zum Thema ohne empirische und wissenschaftliche Überprüfung einer Fragestellung.

Eine Anzahl von Publikationen stellt die Einzelfalldarstellung in den Fokus ihrer Betrachtung (vgl. Ganter-Argast, 2012), jedoch auch hier oft ohne systematisches Vorgehen (vgl. Lauschke, 2014).

In einer anderen Reihe von Publikationen werden Themenschwerpunkte (vgl. Ganter et al, 2009) gesetzt. Es wird herausgearbeitet, mit welchen Inhalten sich PatientInnen mit einer Essstörung in der Kunsttherapie auseinandersetzen.. Beispielsweise fasst Rehaviva- Hanauer (2003) sechs Konflikte zusammen, die bei zehn Anorexiepatientinnen auftauchten. Die Konflikte umschreiben die Ambivalenz zur Kunsttherapie und im Beziehungserleben (vgl. ebenda 2003). Des Weiteren wird beschrieben, wie das Material ähnlich wie das Essen benutzt wird oder der selbstzerstörerische Umgang mit dem Körper in der Materialverarbeitung reinszeniert wird (Grubel, 2003). Aber auch deformierte und gespaltene Selbstbildnisse (vgl. Wolf et al 1985 und Luzatto, 1994), Darstellungen des Kontrollbedürfnisses sowie Körperbilder sind weitere wichtige Themen in verschiedenen Publikationen (Kaslow und Eicher, 1988). Die Bedeutung der Gestaltung als Transaktionales Objekt wird bei Schaverien (1995) herausgearbeitet. Er betont, dass durch die Gestaltung etwas bewältigt wird und sie im Austausch zum Essen verwendet werden kann. In dieser Kategorie „Themenschwerpunkte“ wurde eine empirische Studie gefunden, die die symbolische Ausdrucksfähigkeit von n=20 Anorexie Patientinnen evaluiert. Hierfür wurde ein projektiver Test mit einem quantitativen ScoreSystem (SAT9) verwendet sowie der Eating Disorder Inventory (EDI) und die Intelligenz Skala (SHS). Je höher der SAT9 Test ausfällt, umso höher ist der symbolische Ausdruck. Das Ergebnis der Studie besagt, dass je geringer das Gewicht war, umso schlechter war der SAT9 Score, also ihre symbolische Ausdrucksfähigkeit. Bei dieser Studie muss allerdings beachtet werden, dass hierbei keine kunsttherapeutische Intervention oder Methode im eigentlichen Sinne benutzt wurde. Das Zeichnen wurde verwendet, um Informationen über die Untersuchungsperson zu erhalten, nicht um künstlerisch-therapeutische Prozesse zu initiieren. Es sind also auch bei diesen Schriften keine prospektiven wissenschaftlichen Studien zu finden, die die Kunsttherapie bei Essstörungen erforschen (vgl. ebenda, 2009).

Beiträge zu kunsttherapeutischen Forschungsdesigns bei Essstörungen gibt es nur sehr wenige (vgl. Ganter et al, 2009). Dabei spiegelt sich der allgemeine Methodenstreit innerhalb der kunsttherapeutischen Disziplin. Quantitative Methoden werden teilweise als ungeeignet für die Kunsttherapie dargestellt (Hanauer und Rehavia–Hanauer, 2007). Drei Arbeiten stellen neue Forschungsinstrumente vor. Einmal wird der diagnostische Zeichnungstest von Cohen beschrieben. Die Teilnehmer des Tests sollten unter gleichen Bedingungen beispielsweise einen Baum zeichnen. Als Ergebnis zeigte sich hierbei das Fehlen der Grundlinie. Allerdings zieht der Autor keine Schlüsse aus seinen Daten (vgl. Kessler, 1994). Rabin (2003) beschreibt den PNBIT Test (Phenomenal and Nonphenomenal Body Image Tasks). Sie entwickelte eine Abfolge von Übungen, die das Körperbild verändern sollen. Fünf Fallbeispiele erläutern ihre Methode, die auch einer Veränderungsmessung dienen könnte. 2010 wurde die Studie von Guez publiziert, die n= 76 Frauen mit dem „Draw a person“ Test (DAP) untersucht. Die Untersuchungspersonen wurden aufgefordert, sich selbst zu zeichnen. Dabei gab es eine klinisch nicht auffällige Kontrollgruppe mit n=40. Ziel der Studie war herauszubekommen, ob der DAP ein effektives Screening ist, um Essstörungen auch in der Kunsttherapie zu evaluieren. Der DAP wurde verglichen mit zwei Fragebögen für Essstörungen (EAT-24 und BSQ). Es ergaben sich signifikant hohe Korrelationen zwischen dem DAP und den Fragebögen. Signifikante Unterschiede zwischen Kontrollgruppe und PatientInnengruppe konnten hinsichtlich der Mund-, Hals – und Fußdarstellungen festgestellt werden. Anorexie und BulimiepatientInnen legten in ihren Darstellungen mehr Gewicht auf den Mund und zeichneten breitere Hüften als die Vergleichsgruppe. Außerdem zeichneten sie keine Füße oder die Zeichnungen konnten keine verbundenen Füße aufweisen. Auch konnten signifikante Unterschiede zwischen Anorexie und BulimiepatientInnen bestimmt werden. Die Gruppe mit AnorexiepatientInnen zeichneten keine Brüste, während diese bei den an Bulimie erkrankten PatientInnen wesentlich größer ausfielen. Die PatientInnen mit Bulimie zeichneten sich signifikant größer als alle anderen Gruppen und betonten die Körperumrisslinie mehr. AnorexiepatientInnen dagegen zeichneten sich signifikant kleiner als alle anderen. Das Screening soll dazu dienen ein tieferes Verständnis für diese PatientInnengruppe zu erhalten (Guez, 2010).

Weitere Veröffentlichungen, die durch Bildanalysen das Krankheitsbild Essstörungen näher erfassen wollen, sind zu finden (vgl. Feiereis et al 1989 und Labbugger, 2001).

Feiereis gelingt durch eine Studie mit n=43 PatientInnen mit Essstörungen und n=80 Colitis Ulcerosa PatientInnen anhand von Bildern ein Vergleich der Krankheitsbilder. Das Thema „Ängste“ stellte sich in Form von Verzweiflung, Todesvorstellungen, Angst vor der Krankheit, Angst vor Krankheitsverlust, Angst vor Sexualität etc. als sehr dominant heraus. Magersüchtige PatientInnen malten eher regressive Bildinhalte und hatten eine zentrierende Darstellungsart mit Raumverengung. Bulimische PatientInnen hingegen bevorzugten symbiotische Bildinhalte und strebten zentrifugal nach außen (Feiereis, 1989). Das genaue methodische Vorgehen wird allerdings nicht beschrieben. Ein weiterer Artikel beschreibt die stationäre Behandlung bei Essstörungen in den USA. Von 19 untersuchten Kliniken bieten alle Kunsttherapie an. Die PatientInnen bekommen im Durchschnitt 262 Minuten Kunsttherapie in der Woche und die Kunsttherapie ist damit die meistverbreitete „nicht- herkömmliche“ Gruppentherapie in den USA (Frisch et al., 2006). Diese Studie unterstreicht die klinische Evidenz der Kunsttherapie.

Deutlich wird in der Übersichtsarbeit von 2009, dass es viele Erfahrungsberichte und eher qualitativ ausgerichtete Veröffentlichungen zum Thema Kunsttherapie in der Gruppe und Essstörungen gibt. Ein Großteil der Literatur zeigt auch einen Mangel an systematischem Vorgehen und einer wissenschaftlichen Erarbeitung des Themas. Zur Hypothesengenerierung sind diese Beiträge hilfreich. Jedoch besteht eine große Forschungslücke in Bezug auf kunsttherapeutische Messinstrumente speziell für das Krankheitsbild der Essstörungen sowie für empirische Untersuchungen zu diesem Störungsbild, die wissenschaftlichen Standards entsprechen.

Auch Lauschke (2014) formuliert einen klaren Forschungsbedarf für Kunsttherapie bei Essstörungen in ihrer intensiven Literaturanalyse zum Thema Kunsttherapie und Essstörungen. Lauschke beschreibt 2014 in ihrer Literaturübersicht zu aktuellen und historischen Entwicklungen der klinischen Kunsttherapie in der stationären/teilstationären Behandlung essgestörter PatientInnen, dass im Vergleich zu den Bezugsdisziplinen (Medizin, Psychologie und Erziehungswissenschaft/Pädagogik) sowie anderen künstlerischen Therapien (z. B. Musiktherapie) die Kunsttherapie über eine extrem inhomogene Literatur verfügt und eine dringende Systematisierung erforderlich sei. Diese Systematisierung konnte sie in ihrer Forschungsarbeit leisten, in der sie Publikationen zum Thema von 1970 bis 2010 untersuchte. Neben der Beschreibung, wie Essstörungen in der klinischen Rehabilitation behandelt werden,

zeigt sie historische Entwicklungslinien sowie aktuelle Konzepte der Kunsttherapie bei Essstörungen auf. Darauf folgt eine ausführliche Analyse des aktuellen Forschungsstandes der kunsttherapeutischen Literatur bei der Behandlung von Essstörungen. Dabei werden zunächst vier Übersichtsarbeiten (Wood, 1996; Makin 2000; Edwards 2005 und Ganter, 2009) zum Thema kritisch betrachtet. Lauschkes Schlussfolgerungen daraus sind, dass eine Heterogenität der Analysekriterien vorliegt, die offensichtlich die Historie der Kunsttherapie mit originär unterschiedlichen Bezugsdisziplinen dokumentiert. Sie erstellte deshalb einen Fragenkomplex zur Systematisierung der Literatur. Dieser Fragekomplex gliedert sich in vier wichtige Bereiche: 1. Quelle, 2. Beitragstyp, 3. Versorgung und Klientel sowie 4. kunsttherapeutische Behandlung. Es erfolgte eine bibliometrisch- inhaltliche Analyse von empirischen Studien, theoretischen Beiträgen und Kasuistiken sowie eine qualitativ- inhaltliche Analyse mit thematischen Codes. Zusammenfassend spiegeln ihre Ergebnisse zur Kunsttherapie bei Essstörung eine Evidenz zu spezifischen Phänomenen und Wirkmechanismen sowie Effekten der Kunsttherapie ausschließlich in Phase I (prä-klinische und theoretische Phase) und II (Modellbildungsphase) in Anlehnung an das Stufen-Modell von Campbell (2000) wider (Lauschke, 2014). Zudem konnte Lauschke (2014) keine Arbeiten dem Fachbereich der Erziehungswissenschaft zuordnen. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass in der Literatur zu Kunsttherapie und Essstörungen wenig Anschluss zur Nachbardisziplin Erziehungswissenschaft und umgekehrt gesucht wird. Diese Grundlagenstudie gehört wie die Studie von Guez (2010) zu einer der wenigen Forschungsarbeiten, die quantitative und qualitative Forschungsmethoden angewendet haben und ein systematisches Vorgehen aufweisen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass es nur wenige wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Kunsttherapie und Essstörungen gibt und vor allem nur wenige empirische Daten existieren. Die vorliegende Studie möchte diese Forschungslücke ansatzweise schließen.

#### **4.2.1 Kunsttherapie und Identitätsprozesse**

Identitätsbildende Prozesse sind für Menschen in psychischen Krisensituationen und mit psychosomatischen Erkrankungen von großer Wichtigkeit (vgl. Kapitel 4.1). In Kapitel 4 wurde erläutert, dass Essstörungen ein Versuch darstellen, mit Hilfe des Körpers Identitätsarbeit (Keupp, 2002) zu leisten. Im folgenden Abschnitt soll darauf



eingegangen werden, wie ästhetische Erfahrungen Identitätsarbeit herstellen können und somit eine alternative Bewältigungsform darstellen.

Kirchner und Kaspar sehen ästhetische- künstlerische Rezeption und Produktion als Möglichkeit der Identitätsbildung (2006). Für sie ist es ein interaktionistischer, lebenslang andauernder Prozess einer Suche nach Selbstvergewisserung, Koinzidenz und Kohärenz (Kirchner et al. 2006). Peters beschreibt ästhetisch-biographische Auseinandersetzung mit Kunst als Möglichkeitsraum zur Ausbildung von identitätsbildender Lebenskohärenz (Peters, 2012). Bildende Kunst hat seit jeher die Funktion, Angebote der Sinnstiftung auf dem Markt der menschlichen Selbstentwürfe und Selbstinszenierungen zu machen (Müller, 2012). Sie besitzt also eine identitätsstiftende Leistungsmöglichkeit (Richter- Reichenbach, 2012), die im Folgenden weiter aufgezeigt werden soll.

Keupp (2012) beschreibt, dass Identität eine Passung zwischen dem subjektiven „Innen“ und dem gesellschaftlichen „Außen“ herstellen möchte. Es geht um die Produktion einer individuellen sozialen Verortung. Identität soll das unverwechselbar Individuelle wie auch das sozial Akzeptable darstellbar machen. Es muss ein Kompromiss gefunden werden zwischen „Eigensinn“ und Anpassung oder Autonomie und Unterwerfung (Keupp, 2012). Identität ist ein Prozessgeschehen, ein „Projektentwurf des eigenen Lebens“ (Fend 1991, S.21). Teilweise sind dies auch entgegengesetzte Projekte. Identität muss anders definiert werden als noch bei Erikson (vgl.1966). Es können keine vorgefertigten Identitätspakete mehr übernommen und abgeschlossen werden, da es die gesellschaftliche Kontinuität und Berechenbarkeit nicht mehr gibt. Es hat ein tiefgreifender Wandel von geschlossenen, verbindlichen Systemen zu offenen und zu gestaltenden Systemen stattgefunden. Die Möglichkeitsräume haben sich explosiv ausgedehnt, daraus ergeben sich neue Chancen aber auch Kontrollverluste und Risiken des Misslingens. Wir befinden uns heute in einer sogenannten „fluiden Gesellschaft“ (Barz et al., 2001), unsere Lebensverhältnisse haben etwas bruchstückhaftes, fragmentarisches erhalten. Die hier beschriebenen Aspekte sind die Anstrengungen, mit denen Heranwachsende heute konfrontiert werden und die den Übergang ins Erwachsenenalter erschweren (siehe Kapitel 4.1).

Identitätsarbeit möchte heute Lebenszusammenhänge verstehen, sie möchte die Fähigkeit zur Selbstorganisation, „Selbsteinbettung“ ausbilden. Eine gelungene

Identitätsarbeit heißt, für sich selbst einen authentischen Lebenssinn gefunden zu haben und Kohärenz zu empfinden. Eine „selbstbestimmte Politik der Lebensführung“ (Keupp 2012, S.37) ist dabei unabdingbar. Die äußere Dimension einer Identitätsarbeit erfordert eine Passungs- und Verknüpfungsarbeit, hierbei sind Handlungsfähigkeit, Anerkennung und Integration von Bedeutung. Die innere Dimension der Identitätsarbeit ist gleichzusetzen mit einer Synthesearbeit. Das bedeutet, dass eine subjektive Verknüpfung der verschiedenen Bezüge wichtig wird, es geht um die Aufrechterhaltung von Kohärenz, Selbstanerkennung, Authentizität und Sinnhaftigkeit (vgl. auch Modell von Keupp et al. 2002, S.218).

Es ist dafür eine hohe Eigenleistung notwendig damit ein „Identitätspatchwork“ (Keupp 2012, S.33) wie es notwendig geworden ist, hergestellt werden kann. Identität entwickelt sich laut Höfer (2000) aus dem Verarbeitungsprozess gegenwärtiger und vergangener Erfahrungen. Handlungsfähigkeit und Gesundheit hängen davon ab, inwieweit es gelingt, eine Passung zwischen diesen teilweise widersprüchlichen Prozessen herzustellen. Keupp (2012) beschreibt diesen Herstellungsprozess von Identität mit Hilfe von Begriffen, die zum schöpferischen Prozess in der Kunsttherapie passen. Er verwendet die Wörter „kreative Eigenleistung“, „Ästhetik“, „Gestaltungswünsche“ und „Materialien“ (Keupp, 2012, S. 33), mit deren sich die Identitätsarbeit vollziehen soll. Für ihn sind dafür außerdem folgende Ressourcen notwendig: Urvertrauen, Dialektik von Bezogenheit und Autonomie, Entwicklung von Lebenskohärenz, Schöpfung sozialer Ressourcen durch Netzwerkbildung, materielles Kapital als Bedingung für Beziehungskapital, demokratische Alltagskultur durch Partizipation und Selbstwirksamkeitserfahrungen durch Engagement (vgl. Keupp, 2012, S.39). Einige diese Ressourcen werden auch in kunsttherapeutisch- ästhetischen Prozessen erfahrbar. Die hier beschriebene Identitätsarbeit kann u. a. auch mit ästhetischen Prozessen, wie sie beispielsweise in der Kunsttherapie stattfinden, vorangetrieben werden. Die dafür notwendigen Erfahrungen (vgl. auch Rausch, 1999), werden ebenfalls in ästhetischen Prozessen der Kunsttherapie erlebt. Richter- Reichenbach erläutert dies anhand von folgenden Wirkungen, die freigesetzt werden können: Selbstentdeckung, Selbst- Verständigung und Erkenntnis, Verursachererfahrungen in künstlerischer Eigentätigkeit, Kommunikationsfähigkeiten, Ich- Stärkung, psychische Ausbalancierung und Persönlichkeitsintegration, Problemlöseverhalten und innovatives Verhalten da Möglichkeitsdenken mobilisiert wird, besseres Fremd- und Wirklichkeitsverstehen, da

alles selbst erhandelt wurde. Dabei ist das Vorgehen subjekt- zentriert und der/ die KunsttherapeutIn fördert die Eigentätigkeit der AdressatInnen (Richter- Reichenbach 2012, S. 207ff.). Ästhetische Arbeit ist für Richter- Reichenbach immer Auseinandersetzung mit sich und seinen Vorstellungen und somit auch Identitätsarbeit (2012).

In Kapitel 4.1 und 4.2 konnte aufgezeigt werden, dass Identitätsarbeit gerade bei PatientInnen mit Essstörungen eine große Rolle spielt und in der Kunsttherapie gut aufgegriffen werden kann. Aus diesem Grund wurde die künstlerisch- ästhetische Erfahrung und Identität in diesem Absatz in Zusammenhang gebracht.

## **II. Empirischer Gegenstand**

### **5 Methodisches Vorgehen**

#### **5.1 Hypothese und Forschungsfrage**

Im zweiten Kapitel werden die Begriffe des ästhetischen Erlebens, der ästhetischen Erfahrung und der Ästhetischen Bildung, die auch die Kunsttherapie theoretisch fundieren, ausführlich beschrieben. Daraus geht hervor, dass dem ästhetischen Erleben immer schon eine positive Wirkmacht zugeschrieben wurde (Ehrenspeck, 2001). Auch wird erörtert, dass ästhetisches Erleben Bildungsprozesse ermöglichen kann und anhand künstlerisch-ästhetischer Produktionsprozesse krisenhafte Situationen bewältigt werden können (Oevermann, 1991). Diese dem ästhetischen Erleben zugeschriebenen Wirkungen sind bezogen auf die Kunsttherapie noch wenig empirisch erforscht, dies wurde in Kapitel 3.3 deutlich. Hier ist ein wissenschaftlicher Nachweis dringend erforderlich. Neben der Notwendigkeit, die Wirksamkeit dieser Fächer (Kapitel 3.1-3.3) wissenschaftlich nachzuweisen, geht es in der aktuellen Diskussion um die Frage: Wie, was, unter welchen Bedingungen wirkt oder: Wie können Menschen durch die psychologischen, pädagogischen oder kunsttherapeutischen Interventionen eine „(Lebens-) Kompetenz“ (Stauber, S.529, 2013b) erreichen? Die künstlerisch- ästhetischen Prozesse, die auch dafür geeignet sind, wieder Handlungsfähigkeit und neue Bewältigungsstrategien zu erlangen, sind für das Verständnis, wie PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe erleben, von großer Bedeutung (siehe Kapitel 4). Jedoch gibt es, wie in Kapitel 4.2 aufgezeigt, gerade zur Kunsttherapie bei Essstörungen wenig wissenschaftliche Studien oder Veröffentlichungen mit empirischen Daten. Viele dieser Publikationen lassen jedoch erkennen, dass die Kunsttherapiegruppe von essstörungsspezifischem Erleben geprägt ist (siehe Kapitel Kunsttherapie und Essstörungen und vgl. Schaverien 1995; Rehavia- Hanauer, 2003; Grubel, 2003). Aus diesem Grund möchte die vorliegende Arbeit das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen- und TherapeutInnensicht unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen anhand von quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen genauer untersuchen. Um zu erfahren, ob es ein spezifisches Erleben der Kunsttherapiegruppe bei PatientInnen mit einer Essstörung gibt, wurde ein Fragebogen entwickelt und es wurden zwei Interviews durchgeführt. Der Fragebogen

ermöglicht verschiedene Erlebensdimensionen messbar zu machen und objektiv in großem Umfang zu erheben und zu vergleichen. Zudem gibt es bisher kein psychometrisch überprüftes Messinstrument, welches das Erleben der Kunsttherapiegruppe erheben kann (siehe Kapitel 3.3). Außerdem kann ein Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt für Effizienzstudien genutzt werden und seinen Teil zur Wirkforschung beitragen. Dem Fragebogen wird das Theoriekonstrukt des Forschers zu Grunde gelegt. Der Fragebogen wird in der vorliegenden Arbeit auf seine Objektivität, Validität und Reliabilität hin überprüft. Außerdem wird die ihm zu Grunde liegende theoretische Struktur analysiert. Der Fragebogen erhebt daneben das spezifische Erleben der Kunsttherapiegruppe bei PatientInnen mit einer Essstörung. Die zwei qualitativ, leitfadengestützten Interviews erheben ebenfalls das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus der subjektiven Perspektive von PatientInnen mit einer Anorexia nervosa. Durch den qualitativen Ansatz wird die Innenperspektive des erlebenden Subjektes stärker erfasst. Phänomene von erlebter Störung und deren Überwindung im therapeutischen Prozess können in einen Sinnzusammenhang gebracht werden. Dies kann und will der quantitative Forschungsansatz nicht leisten. Deshalb spricht sich auch Kriz dafür aus, beide Ansätze als gleichwertig zu betrachten und bei umfassenden Untersuchungen beide Perspektiven zu berücksichtigen (Kriz, 2011). Die Pluralität der Ansichten und Perspektiven wird bei Kriz (2011) als Stärke betrachtet, da dadurch ein komplexer Gegenstand adäquater erfasst werden kann. Auch Tüpker beschreibt, dass quantitative und qualitative Betrachtungsweisen unterschiedliche Wirklichkeiten hervorheben und andere Wirkzusammenhänge herausstellen (2011).

Die Hauptfragestellung der gesamten Studie lautet:

- „Wie erleben PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe?“

Zur Beantwortung dieser Frage werden der Fragebogen und die Interviews herangezogen (siehe Kapitel 6.4)

Zunächst geht es in einem ersten Teil (Kapitel 5.3 und 6.2) der vorliegenden Studie um die psychometrische Überprüfung des Fragebogens zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht (FEKTP).

In Kapitel 6.2.4 wird die 1. Nullhypothese der quantitativen Analyse des Fragebogens zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus KunsttherapeutInnensicht (FEKTH) überprüft.

Die 1. Nullhypothese lautet:

- Das Modell passt zur Datenstruktur.

Die 1. Alternativhypothese lautet:

- Das Modell passt nicht zur Datenstruktur.

In Kapitel 6.3.3 der vorliegenden Studie wird anhand des Fragebogens folgende Nullhypothese überprüft:

Die 2. Nullhypothese der quantitativen Analyse lautet (siehe Kapitel 6.2.4):

- „Es gibt keinen Unterschied des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe zwischen den beiden voneinander unabhängigen Stichproben (Essstörungen/ andere psychosomatische Erkrankungen)“.

Die 2. Alternativhypothese lautet:

- „Es gibt einen Unterschied des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe zwischen den beiden voneinander unabhängigen Stichproben (Essstörungen/ andere psychosomatische Erkrankungen)“.

Der Hauptfragestellung „Wie erleben PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe?“ wird in diesem zweiten Teil der Untersuchung zusätzlich mit zwei Interviews beantwortet (Kapitel 6.3.4).

Die hier angewendete methodologische Triangulation<sup>13</sup> soll als Weg der Erweiterung der Erkenntnis über den untersuchten Gegenstand verstanden werden (Flick, 2007). Vor allem da durch das offene Fragen in den Interviews die Forschungsfrage: „Wie erleben Sie, (die PatientInnen) die Kunsttherapiegruppe?“ aus deren Sicht und aus ihrem Relevanzsystem heraus beantwortet wird. Die Befragten müssen sich hierbei nicht der Relevanzstruktur der vorgegebenen Frage (wie im Fragebogen) anpassen sondern sie entscheiden weitestgehend selbst, ob sie die Frage überhaupt interessiert und welche Relevanz sie für sie hat. Dieses Prinzip der Offenheit des

---

<sup>13</sup> Hier: Anwendung mehrerer empirischer Methoden

qualitativen Verfahrens (Helferich, 2009) ergänzt das eingegrenzte Vorgehen der Fragebogenerhebung. Außerdem findet durch die qualitative Forschungsmethode eine tiefgreifende und genaue Deskription und Interpretation am Subjekt des Einzelfalles statt. Dadurch wird Nähe zum Gegenstand erreicht (Mayring, 2002). Dieser hermeneutische Zugang ist bei einem rein quantitativen Forschungsplan nicht möglich. Die Begrenzung auf das Krankheitsbild der Essstörungen in Teil 2 ist darin begründet, da hier ein großer Mangel an Forschungsarbeiten im Bereich der Kunsttherapie gefunden wurde (vgl. Ganter, 2009) und zusätzlich ein Zugang zu dieser Untersuchungsgruppe besteht.

## **5.2 Untersuchungskontext**

Der empirische Teil dieser Untersuchung wurde überwiegend an der Universitätsklinik Tübingen, Medizinische Klinik VI Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, durchgeführt. Daneben rekrutierte die Universitätsklinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin Heidelberg, Abteilung Mitscherlich zwanzig Fragebögen.

Die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen besteht aus einer Tagesklinik und einer Station mit insgesamt 36 Behandlungsplätzen. PatientInnen aus beiden Einrichtungen nahmen an der Untersuchung teil. Da PatientInnen mit allen psychosomatischen Beschwerden behandelt werden, konnte somit auch ein breites Spektrum an Krankheitsbildern abgedeckt werden. Für die Interviews fand eine Fokussierung aus Gründen der Homogenität auf das Krankheitsbild der Anorexia nervosa statt.

Die Psychosomatik wurde ausgewählt, da ein Forschungszugang zum Feld durch die Tätigkeit der Autorin als angestellte Kunsttherapeutin einfach möglich war und somit eine große Zahl an PatientInnen für die Fragebogenerhebung gewonnen werden konnte. Forscherin und behandelnde Kunsttherapeutin war somit eine Person. Ein Teil der PatientInnen wurde von nicht in die Forschung involvierten KunsttherapeutInnen behandelt.

### **5.2.1 Setting**

Stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten erhalten zwei Mal in der Woche Kunsttherapie für jeweils eineinhalb Stunden. Das Setting umfasst außerdem zwei psychotherapeutische Einzelgespräche mit je 1 x 50 Minuten und 1 x 25 Minuten die

Woche, zwei Gruppenpsychotherapiesitzungen pro Woche, zweimal wöchentlich je eineinhalb Stunden Musiktherapie oder Körpertherapie, Morgenaktivierung nach Indikation, Gymnastik für AnorexiepatientInnen nach Indikation, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, sozialpädagogische Beratung und sozialpädagogische Gruppe nach Bedarf, Ernährungsberatung und Essgruppe nach Indikation, Gartentherapie nach Indikation, Physiotherapie nach Indikation sowie mehrere Bezugspflegegespräche in der Woche. Die stationäre Belegungsdauer beträgt im Durchschnitt 39 Tage. Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik beginnen um acht Uhr morgens mit einem sehr ähnlichen Therapieangebot wie PatientInnen auf Station, jedoch gibt es keine Körpertherapie und keine Gartentherapie. Nach 15.30 Uhr gehen die Patientinnen und Patienten der Tagesklinik wieder nach Hause. Die PatientInnen der Tagesklinik haben im Durchschnitt eine Behandlungsdauer von ebenfalls 39 Tagen. Eine tagesklinische (teilstationäre) Behandlung ist sinnvoll bei allen PatientInnen in seelischen Krisensituationen, die keine vollstationäre Behandlung benötigen, bei denen aber eine ambulante Behandlung nicht ausreicht. Sie können sich also am Wochenende und außerhalb der Tagesklinik selbst versorgen und benötigen keine pflegerische oder ärztliche Hilfe. Die Behandlung in der Tagesklinik kann sich an einen stationären Aufenthalt anschließen, ebenso ist aber eine direkte Zuweisung in die Tagesklinik durch niedergelassene Ärzte möglich. Die PatientInnen verbleiben teilweise in den gewohnten und vertrauten Lebensbezügen. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, sich sowohl mit den intensiven therapeutischen Angeboten und dem Beziehungsgefüge der tagesklinischen Situation, als auch mit den alten und durch die Therapie veränderten Beziehungen und Gegebenheiten des außerklinischen Alltags auseinanderzusetzen.

Die Kunsttherapie findet für alle PatientInnen der Station und der Tagesklinik statt. Die stationär aufgenommenen PatientInnen werden in drei Kunsttherapiegruppen zu maximal 9 PatientInnen behandelt. PatientInnen mit einer Essstörung werden gemeinsam in einer störungsspezifischen Kunsttherapiegruppe betreut. Im teilstationären Setting hingegen werden, wegen der niedrigeren Patientenzahl, essgestörte PatientInnen zusammen mit anderen Diagnosen in die Kunsttherapiegruppe integriert. Alle PatientInnen erhalten zweimal in der Woche 90 Minuten Kunsttherapie in der Gruppe. Es gibt als gestalterische Mittel Speckstein, Holz, Tonerde, Temperafarbe, Aquarellfarbe, Pastell- und Wachscreiden, Kohle



sowie Holzbuntstifte. Die PatientInnen können nach einer kurzen Einführung in die Gruppe einsteigen. Bei PatientInnen mit einer Anorexia nervosa und einem sehr niedrigem BMI (<13) wird der Beginn der Kunsttherapie mit den EinzeltherapeutInnen abgesprochen. Zum Großteil arbeiten die PatientInnen an ihren eigenen Gestaltungen, manchmal wird an einem Gruppenbild gearbeitet. Den PatientInnen wurde meistens kein Thema oder Material vorgeschlagen. Die PatientInnen sollten sich eigenständig für ein Material entscheiden. Nur PatientInnen, die diesbezüglich Schwierigkeiten zeigten, wurde etwas vorgeschlagen. Einige wenige PatientInnen gestalteten auch nach einer Imaginationsreise. Nach circa 50 Minuten Gestaltungszeit werden die entstandenen Werke gemeinsam in der Gruppe betrachtet und besprochen. Ziel ist anhand der Gestaltungen ein Verständnis für die eigene Situation zu erlangen und neue Handlungsmöglichkeiten gestalterisch zu erproben.

## **5.2.2 Zugang zum Untersuchungsfeld**

Die PatientInnen wurden im Rahmen einer großen abteilungsinternen Studie zu Dimensionen der psychotherapeutischen Beziehung bei unterschiedlichen Erkrankungen mit einer Fragebogenerhebung befragt. Die vorliegende kunsttherapeutische Studie war darin als Teilstudie organisatorisch integriert. Alle PatientInnen erhielten ein ausführliches Aufklärungsgespräch über die Zielsetzung der Studie. Sie hatten die Möglichkeit die Teilnahme an der Studie abzulehnen, ohne Konsequenzen für die laufende Therapie. Nach der Zustimmung und schriftlichen Einwilligung wurde das Vorgehen, wie in Kapitel 5.3.3 und in Kapitel 5.4.3 beschrieben, durchgeführt. Versuchsleitereffekte, die aus meiner gleichzeitigen Rolle als Kunsttherapeutin und Forscherin auftreten können, wurden wegen des Zugangs zu den PatientInnen bewusst in Kauf genommen. Sie wurden minimiert durch das Anonymisieren des Fragebogens mit einem Code und das Einwerfen des ausgefüllten Fragebogens in einen Briefkasten.

## **5.3 Fragebogenüberprüfung**

### **5.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien Gesamtstichprobe**

Die Gesamtstichprobe (n=133) bilden alle stationär und teilstationär behandelten PatientInnen der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen, die an der Kunsttherapiegruppe teilnehmen und ihre

Einwilligung zur Studienteilnahme<sup>14</sup> gegeben haben. Außerdem gehören dazu auch 20 stationär aufgenommene PatientInnen aus der Universitätsklinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin Heidelberg, die zur Vergrößerung der Stichprobe rekrutiert wurden.

Ein- und Ausschlusskriterien waren:

Einschlusskriterien:

- Diagnosen: Affektive Störungen F30-F39 außer F30.- F 31.- F32.3; F33.3  
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F40-F48  
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50-59  
Anorexia nervosa F50.0 und F50.1, Bulimia nervosa F50.2 und F50.3,  
Essstörung nicht näher bezeichnet F50.9 und Binge – eating Syndrom  
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60-F69 außer F62.
- Teilnahme an der Kunsttherapie
- Alter > 18Jahre
- Schriftliche Einwilligung der PatientInnen

Ausschlusskriterien:

- Unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- Es besteht keine Einsichts- und / oder Einwilligungsfähigkeit

### **5.3.2 Fallzahl Gesamtstichprobe**

Um den Fragebogen faktorenanalytisch zu überprüfen, gilt die Minimalanforderung, dass die Stichprobengröße mindestens dreifach größer ist, als die Anzahl der zu analysierenden Items (Rudolf & Müller, 2012). Die Anzahl der zu analysierenden Items beträgt 32. Daraus ergibt sie eine erforderliche Stichprobengröße von  $N = 32 \times 3 = 96$ . Diese soll sich aus Patientinnen und Patienten mit verschiedensten Krankheitsbildern aus der Psychosomatik zusammensetzen (siehe oben). Die Untersuchungsgruppe für Teil 1 beinhaltet 133 PatientInnen. Die Befragung fand einmalig zum Messzeitpunkt (t2), nach der sechsten Kunsttherapiestunde statt. Es wurden bei  $n=126$ , Fragebögen aus PatientInnensicht und aus TherapeutInnensicht abgegeben. Bei  $n= 7$  wurde entweder nur der TherapeutInnen- oder nur der

---

<sup>14</sup> Einwilligungserklärungen liegen der Autorin vor

PatientInnenbogen abgegeben. Die Teilnahmebereitschaft für das einmalige Ausfüllen des Fragebogens war gut.

### **5.3.3 Datenerhebung Gesamtstichprobe**

Die Fragebogenerhebung erfolgte direkt nach der 6. Kunsttherapiestunde. Die Befragung dauerte 5 bis 10 Minuten. Die PatientInnen sowie die TherapeutInnen erhielten die jeweiligen Bögen. Um Effekte der sozialen Erwünschtheit zu minimieren, bekam jeder Patient/ jede Patientin einen Code. Die Verschlüsselung wurde erst am Ende der Therapiezeit aufgelöst und ist nur der Untersuchungsleiterin zugänglich. Die PatientInnen warfen den Fragebogen in einen verschlossenen Briefkasten. Die KunsttherapeutInnen erhielt auf diese Weise keine direkte Information über die Bewertungen der PatientInnen während der Therapiezeit. Die PatientInnen wurden darüber informiert. Somit hatte das Antwortverhalten der PatientInnen keine Auswirkungen auf den Therapieverlauf.

Die Erhebung des Fragebogens erfolgte zusätzlich zu den Untersuchungen, die im Rahmen der Behandlung zur Qualitätssicherung routinemäßig stattfanden. Spezifische Risiken durch die Untersuchungsteilnahme waren nicht zu erwarten. Die PatientInnen nahmen am gewohnten Therapieangebot teil. Das Ausfüllen des Fragebogens konnte zu jeder Zeit abgebrochen werden. Die Daten wurden über den Patientencode verschlüsselt in das Rechenprogramm (SPSS Version 20) eingegeben. Ein Rückschluss auf Personen ist über diese elektronische Datei nicht möglich. Für die weitere Bearbeitung, Auswertung und Veröffentlichung wurden pseudonymisierte Daten verwendet. Alle beteiligten Wissenschaftler unterliegen der Schweigepflicht. Die Daten werden 10 Jahre (ab Ende der Studie) ausschließlich auf PCs der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gespeichert und danach vernichtet<sup>15</sup>. Ein Ethikantrag wurde an die Medizinische Fakultät gerichtet und die Studie wurde bewilligt.

Es konnte auf SKID (Strukturiertes Klinisches Interview) zurückgegriffen werden, da dieses in einer anderen Studie mit den PatientInnen der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen durchgeführt wurde, um die vergebene Diagnose zu validieren. Insgesamt waren es 101 von 133 PatientInnen mit welchen das strukturierte klinische Interview DSM-IV (Skid I, Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zandig, 1997) durchgeführt wurde. Bei

---

<sup>15</sup> Datenschutzerklärung liegt der Autorin vor

den 32 PatientInnen ohne SKID wird die klinische Diagnose, die von einer/m ArztIn oder PsychologIn gestellt wurde, berichtet. Anhand dessen konnten die PatientInnen in die drei Gruppen – Major Depression (F.32-F.33), Somatoforme Störung (F45.-) und Essstörungen (F50.-) eingeteilt werden.

## **5.4 Das Erleben der Kunsttherapiegruppe bei Essstörungen**

### **5.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien Stichprobe Essstörungen**

In dieser Stichprobe wurden nur PatientInnen mit einer Essstörung eingeschlossen. Einschlusskriterien sind: Anorexia nervosa F50.0 und F50.1, Bulimia nervosa F50.2 und F50.3 , Essstörung nicht näher bezeichnet F50.9 und Binge – eating Syndrom. Um der Frage nachzugehen, wie PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe erleben, wurden insgesamt 28 PatientInnen aus der Station und aus der Tagesklinik mit dem Fragebogen FEKTP zum Messzeitpunkt befragt. Die Fallauswahl für die Interviews erfüllt die Bedingung, dass die Hauptdiagnose Anorexia Nervosa vom restriktiven Typus bestand und die Patientinnen länger als 6 Wochen an der Kunsttherapie teilgenommen haben. Da die erste Patientin einen sehr langen Krankheitsverlauf hat, wurde für das zweite Interview einen Kontrastfall ausgesucht (Alheit, 1999). Es sollte ein/e PatientIn sein, die einen nicht chronifiziertem Krankheitsverlauf hatte. Eine ältere Patientin mit langjähriger Anorexie und eine jüngere Patientin mit noch kurzer Erkrankungsdauer wurden interviewt.

### **5.4.2 Fallzahl Stichprobe Essstörungen**

Um das Erleben der Kunsttherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung (Anorexia nervosa F50.0 und F50.1, Bulimia nervosa F50.2 und F50.3, Essstörung nicht näher bezeichnet F50.9 und Binge – eating Syndrom) zu erfragen, sollten im anberaumten Untersuchungszeitraum möglichst viele PatientInnen mit einer Essstörung rekrutiert werden. Es wurden n=28 PatientInnen rekrutiert, wobei die endgültige Anzahl der beantworteten Fragebögen aus PatientInnensicht bei n= 22 lag. Eine höhere Fallzahl konnte aus zeitlichen Gründen nicht mehr erreicht werden. Es war in dieser Untersuchungsgruppe schwierig, PatientInnen zu rekrutieren. Die Teilnahmebereitschaft war gering.

### **5.4.3 Datenerhebung Stichprobe Essstörungen**

Für PatientInnen mit einer Essstörung erfolgte die Erhebung ebenfalls nach der sechsten Kunsttherapiesitzung. Die Befragung dauert 5-10 Minuten.

Für die beiden halbstandardisierten Leitfadeninterviews<sup>16</sup> wurden zwei an Anorexia Nervosa erkrankte Patientinnen ausgewählt. Außerdem mussten sie ebenfalls eine Einverständniserklärung für das Interview und die Veröffentlichung ihrer Gestaltungen in der Dissertation unterschreiben sowie ihr Einverständnis für die Datenschutzbestimmung abgeben. Das erste Interview wurde von einer externen Dipl. Pädagogin, die mit dem Krankheitsbild der Essstörungen vertraut und der Durchführung von leitfadengestützten Interviews erfahren war, realisiert. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da die Autorin zu diesem Zeitpunkt die behandelnde Kunsttherapeutin der Patientin war. Die externe Interviewerin erhielt vorab den Leitfaden und Fragen wurden besprochen. Das zweite Interview wurde von der Autorin durchgeführt, da sie die Patientin nicht kunsttherapeutisch betreute und nicht aus dem Stationsalltag kannte. Beide Patientinnen konnten mit einem Interview belastet werden. Die Interviews wurden beide nach Abschluss der Therapie durchgeführt. Sie fanden in den Räumlichkeiten der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen statt.

## **5.5 Forschungsinstrumente**

### **5.5.1 Konstruktion der Fragebögen FEKTP und FEKTTH**

Für die Konstruktion der „Fragebögen über das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen- und TherapeutInnensicht“ (FEKTP und FEKTTH<sup>17</sup>) wurde auf Grawes Stundenbogen (Grawe & Braun, 1994) wie auf Yaloms (1985) Wirkfaktoren zurückgegriffen.

Die Fragebögen wurden als Forschungsinstrumente konstruiert, da sie auf ökonomische Weise eine große Anzahl von PatientInnen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe befragen können. Es findet bei der Fragebogenerhebung durch die Abbildung der zu erfassenden Merkmale im Zahlenrelativ eine Quantifizierung der Merkmale statt, die Vergleiche in verschiedener Form ermöglichen. Beispielsweise zwischen der Therapeuten- und PatientInnenperspektive oder den

---

<sup>16</sup> Leitfaden im Anhang

<sup>17</sup> Autoren: Ganter-Argast, Ch. Sammet I. 2009

Vergleich von PatientInnengruppen oder gegebenenfalls auch den Vergleich von mehreren Messzeitpunkten (Fisseni, 1997).

Auf der Grundlage von Grawes (2005) und Yaloms (1985) Wirkfaktoren wurde der Fragebogen „Das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht“ (FEKTP) und der Fragebogen „Das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus TherapeutInnensicht“ (FEKTTH) entwickelt.

Grawe (1995; 2005) beschreibt als Wirkfaktoren (siehe ausführliche Beschreibung Kapitel 3.2):

- *die therapeutische Beziehung (Item 8, 23<sup>18</sup>) nicht extra in 1995 aufgeführt*
- *Problemaktualisierung (Item 7,14)*
- *Problembewältigung (Item 4, 28)*
- *Ressourcenaktivierung (Item 1, 3)*
- *Motivationale Klärung (Item 5,10)*

Yalom (1985) benennt als Wirkfaktoren: (siehe ausführliche Beschreibung der Wirkfaktoren in Kapitel 3.2)

- *Hoffnung wecken (Item 9, 32<sup>19</sup>)*
- *Universalität des Leidens (Item 27, 30)*
- *Altruismus (Item 26, 30)*
- *Wiedererleben der Familie (Item 17, 20)*
- *Identifikation (Item 13, 29)*
- *Interpersonelles Lernen input (Item 22, 24)*
- *Interpersonelles Lernen output (Item 6, 11)*
- *Gruppenkohäsion (Item 16, 25)*
- *Katharsis (Item 2, 15)*
- *Anleitung (Items 12, 21)*
- *Einsicht (Items 5, 10)*
- *Existenzielle Faktoren (Items 18, 19)*

---

<sup>18</sup> Siehe Fragebögen FEKTP und FEKTTH im Anhang

<sup>19</sup> Siehe Fragebögen FEKTP und FEKTTH im Anhang

Die Wirkfaktoren von Grawe (2005) und Yalom (1985) wurden zu Aussagen über das Erleben in der Kunsttherapie umformuliert. Die Items des FEKTP und des FEKTTH zu Grawes Wirkfaktoren wurden in ihrer Formulierung angelehnt an bereits erprobte Fragen von Grawes KlientInnen- Stundenbogen (Grawe & Braun, 1994).

Die Items des FEKTP und des FEKTTH zu Yaloms Wirkfaktoren wurden in ihrer Formulierung an das Gruppenwirkfaktoren Q-Sort nach Yalom (Eckert, 1996) und an Yaloms Beschreibungen zu seinen Wirkfaktoren (2012) angelehnt.

Der Wirkfaktor Katharsis wurde beispielsweise mit folgenden Items (2, 15) erfasst:

**Tabelle 2: Beispiel Katharsis FEKTP**

|   | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | 5<br>trifft<br>voll<br>und<br>ganz |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| (2) Ich konnte heute in der Kunsttherapie meinen Gefühlen Ausdruck verleihen. | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| (15) Ich habe eine befreiende Wirkung erlebt.                                 | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |

Die Originalitems des Wirkfaktors Katharsis lauteten bei Yalom (2012, S.114):

*„Mir etwas von der Seele reden.*

*Gegenüber einem anderen Gruppenmitglied negative und / oder positive Gefühle ausdrücken.*

*Gegenüber dem Gruppenleiter negative und / oder positive Gefühle äußern.*

*Lernen, meine Gefühle auszudrücken.*

*Sagen können, was mich quält, statt es für mich zu behalten.“*

Der Fragebogen FEKTP erhebt somit Dimensionen des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht. Der Fragebogen FEKTTH erhebt die gleichen Dimensionen des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe aus TherapeutInnensicht. Der Fragebogen beinhaltet 16 Erlebensaspekte mit je 2 Items. Der Wirkfaktor Einsicht von Yalom und der Wirkfaktor Motivationale Klärung von Grawe werden zu einem gemeinsamen Erlebensaspekt zusammengefasst, da diese das Gleiche umfassen. Der Fragebogen besitzt somit 32 Items. Die Fragen werden

als Items bezeichnet, die in einer diskret gestuften Beurteilungsskala beantwortet werden. Für den konzipierten Fragebogen wurde eine sechsstufige, unipolare und numerische Ratingskala gewählt, da diese keine Mittelkategorie zulässt. Dadurch kann keine mittlere Kategorie gewählt werden, diese wird oft als Antwortverweigerung oder als Ausweichoption benutzt (Raab-Steiner und Benesch 2012).

Auf jeder Seite des Fragebogens wurden zudem die verbalen Entsprechungen der numerischen Skalenstufen in Form von Abstufungen des Zutreffens angegeben. Die Abstufungen lauten: 0= trifft überhaupt nicht zu, 1= trifft überwiegend nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= trifft gerade noch zu, 4= trifft überwiegend zu, 5= trifft voll und ganz zu.

Es ist eine unipolare Skala, die einen Zustimmungsbereich von einem negativen Pol bis zu einem positiven Pol (= Zustimmung) besitzt. Die Skala wurde unipolar konstruiert, da es inhaltlich sinnvoll erschien, sowohl zustimmende als auch ablehnende Einschätzungen zuzulassen. Bei der Bezeichnung der Skalenstufen wurde eine Kombination aus numerischer und verbaler Skala gewählt, um die Vorteile beider Optionen zu nutzen: die Zahlenzuordnung soll den Eindruck der Gleichheit zwischen den Stufenabständen vermitteln (vgl. Moosbrugger & Kelava, 2007). Zudem ist dadurch die Übersichtlichkeit der Darstellung gewährleistet. Formal wurde dabei auf die Einhaltung von Formulierungsregeln geachtet, um das Ausmaß von Missverständnissen zu reduzieren (Mummendey, 1987). Dazu gehören z. B. die Vermeidung doppelter Verneinungen, die Verwendung kurzer Sätze und der Verzicht auf Fremdwörter. Der Fragebogen wurde so aufgebaut, dass zu Beginn eher einfache und angenehme Items stehen. Beim Fragebogen für die TherapeutInnen werden die Erlebensaspekte in der gleich gestuften Ratingskala angekreuzt.

Der Fragebogen wurde im Doktorandenkolloquium des Institutes für Erziehungswissenschaft Abteilung Sozialpädagogik der Universität Tübingen präsentiert und formal und inhaltlich besprochen. Die Passung der Items auf die Erlebensdimensionen wurde dabei überprüft. Ebenso wurde die Abstufung der Ratingskala diskutiert.

#### **5.5.1.1 Selbst- und Fremdeinschätzung**

In der vorliegenden Studie sind die PatientInnen- und TherapeutInnenperspektiven von Interesse. Die PatientInnensicht wurde bisher oft vernachlässigt und



beispielsweise bei der Qualitätsdiskussion von Psychotherapie kaum miteinbezogen (vgl. Hapkemeyer, 2007). Dies verwundert, da Qualitätssicherung ja für PatientInnen gedacht ist und in der Vergangenheit häufig nur aus professioneller Sichtweise definiert wurde (Hapkemeyer, 2007). In der Kunsttherapie wurde von Born (2003) eine Patientenbefragung zur Kunsttherapie durchgeführt. Diese Studie umfasst 38 qualitative Interviews. Die Ergebnisse weisen sowohl positive als auch negative Therapieverläufe auf. Sie lassen ein enges Beziehungsdreieck zwischen Therapeut-Patient und dem gestalteten Objekt erkennen. Borns Studie verdeutlicht, trotz aufgeführter Kritik ihrer Arbeit (vgl. S.54), den Wert der PatientInnensicht (Born, 2003).

Auch Kriz führt auf, dass die Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn besonders aus der Erlebensperspektive des Klienten bedeutsam mit dem Therapieerfolg zusammenhängt. Meistens entscheidet sich in den ersten Stunden, ob diese Beziehung als hilfreich angesehen wird oder nicht. Er betont, dass auch für die Künstlerischen Therapien dieses „Joining“ (S.71), also die Beziehungsaufnahme der TherapeutInnen zu ihren KlientInnen, sehr wichtig ist. Gerade deshalb, weil es viele Vorurteile bezüglich künstlerischer Tätigkeit gibt (Kriz, 2011).

Die wenigen Studien in der Psychotherapieforschung (Reed, 2000; Senf und Schneider- Grammann 1990; Schneider 1998), in denen die subjektive Sicht der PatientInnen erfasst wurde, zeigen, dass die PatientInnen auf die TherapeutInnen-PatientInnen Beziehung und auf den Arbeitsstil der TherapeutInnen Wert legen. Hierbei scheint vor allem das persönliche Engagement, die technische Strukturierung, die Autorität, Rollenbildung und Intuition von Bedeutung zu sein (Hapkemeyer, 2007). Hapkemeyer erhebt in ihrer Untersuchung, welche Qualitätskriterien aus PatientInnensicht genannt werden, und befragt dafür acht PatientInnen mit qualitativen leitfadengestützten Interviews. Sie kommt anhand der Grounded Theory zu 22 Qualitätskriterien für Psychotherapie aus PatientInnensicht (vgl. ebenda 2007). Dabei wird wie auch in den vorangegangenen Studien deutlich, dass PatientInnen Wert auf die therapeutische Beziehung legen und auf den Arbeitsstil des Therapeuten achten. Sie schätzen den Einsatz spezieller Techniken sowie eine Grundhaltung des Therapeuten, die sich an den Patienten anpasst und die eigene Person wie auch Ansichten zurückhält. Persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten werden öfters genannt als die Qualifikation, dabei spielt Empathie eine große Rolle (Hapkemeyer, 2007). Die Symptomverbesserung wird erwartungsgemäß

als zentrales Ziel in Hapkemeyers Untersuchung benannt. Aber auch die Überprüfung von Therapiefortschritten scheint wichtig für PatientInnen zu sein. Allerdings äußern sich die PatientInnen nicht nur zur Ergebnisqualität, sondern auch die Struktur (wie die individuellen Fähigkeiten des Therapeuten) und Prozessqualität (wie die Gestaltung der TherapeutInnen- PatientInnen Beziehung) der Psychotherapie wird von den Befragten benannt. Es sind also nicht nur die Ergebnisse einer Behandlung wichtig, sondern auch die Prozesse, die dazu führen. Persönliche Kompetenzen der TherapeutInnen scheinen aus Sicht der PatientInnen wichtiger als Ausbildung oder theoretische Orientierung zu sein (Hapkemeyer, 2007).

Die TherapeutInnenperspektive wird in der vorliegenden Studie herangezogen, um Perspektivunterschiede mit berücksichtigen zu können. Es ist einleuchtend, dass in einer Studie über das Erleben in der Kunsttherapiegruppe beide Perspektiven wichtig sind. Wirkfaktorenstudien, die nur auf die Einschätzung der PatientInnen beruhen, werden kritisch gesehen (Tschuschke 1996). Auch Yalom beschreibt anhand diverser Studien, dass TherapeutInnen und PatientInnen die wichtigen therapeutischen Gruppenwirkfaktoren unterschiedlich einschätzen (vgl. Yalom, 2007).

Es wird folglich die Selbsteinschätzung der PatientInnen auf der einen sowie die Fremdeinschätzung der TherapeutInnen auf der anderen Seite erhoben. Damit beide Perspektiven miteinander vergleichbar sind, beinhalten die Fragebögen gleiche Items, die in gleicher Reihenfolge abgefragt werden (vgl. auch Kapitel 4.3). Bei dem FEKTTTH handelt es sich um eine Fremdeinschätzung, da der Therapeut die PatientInnenerfahrung einschätzt. Es ist dabei zu bedenken, dass im Fragebogen auch therapeutische Verhaltensweisen eingeschätzt werden sollten und diese aus TherapeutInnensicht vermutlich mit Verzerrungstendenzen einhergehen können. Möglicherweise reagieren verschiedene TherapeutInnen in ihrem Urteil über die eigene Therapie idiosynkratisch, d. h. einige urteilen vielleicht optimistisch, andere unnachsichtig (Garfield, 1982). Zudem sollten auch Merkmale erhoben werden, die eher interne Zustände oder Vorgänge der PatientInnen darstellten als beobachtbares Interaktionsverhalten der PatientInnen, wie z. B. Fragen zu den Wirkfaktoren Identifikation, Einflößen von Hoffnung und Universalität des Leidens. Diese Merkmale lassen sich zwar von außen aufgrund von Äußerungen der PatientInnen und seinem Interaktionsverhalten erschließen, bleiben aber direkt schwer

einschätzbar. Insgesamt schätzten vier ausgebildete KunsttherapeutInnen das Erleben ihrer PatientInnen im FEKTTH ein.

### **5.5.2 Interviewleitfaden**

Der Leitfaden für das qualitative, teilstandardisierte Interview orientiert sich an den Vorschlägen von Helferich (2009), die verschiedene Typen von Fragen aufzählt. Zunächst einmal steht die Erzählaufforderung („...erzählen sie doch einmal, was sie in der Kunsttherapie erlebt haben...“) am Anfang des Interviews, dadurch soll eine längere Erzählung erfolgen. Aufrechterhaltungsfragen wie zum Beispiel: „Wie war das für Sie?“ sollen die Erzählung in Gang halten. Auch Steuerungsfragen wie „Können Sie dazu noch mehr erzählen?“ oder „Inwieweit spielt das eine Rolle?“ steuern die inhaltliche Entwicklung des Interviews. Weitere Leitfragen beziehen sich dann auf die Kunsttherapiegruppe und auf Veränderungen der Selbstwahrnehmung. Das übergeordnete Ziel ist dabei, Offenheit herzustellen. Der Erzählperson soll Raum gegeben werden, ihr eigenes Deutungsmuster zu entfalten und zu strukturieren. Der Interviewer soll dabei versuchen, sein eigenes Vorwissen zu suspendieren, wobei dies immer nur begrenzt möglich sein kann (Helferich, 2009). Daneben wurden die allgemeinen Frageregeln von Hopf (1978, S.108) im Leitfaden und im Interviewverlauf beachtet<sup>20</sup>.

## **5.6 Analyse der Fragebögen**

### **5.6.1 Explorative Faktorenanalyse**

Die rekrutierten Fragebögen wurden in die Datenmatrix des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 20) eingegeben. Ein Codeplan wurde erstellt sowie ein Datencheck durchgeführt.

Die Explorative Faktorenanalyse verfolgt nach Wirtz und Nachtigall (2004) folgende Ziele. Sie möchte die Reduktion der Variablenanzahl erreichen. Die Explorative Faktorenanalyse erkennt Variablengruppen, in denen jeweils alle Variablen ähnliche Informationen erfassen. Werden die Variablen innerhalb jeder homogenen Gruppe zusammengefasst, ergibt sich eine ökonomische Darstellung der Gesamtinformation. Außerdem sollen verlässlicher Messgrößen ermittelt werden. Die Variablen werden

---

<sup>20</sup> Leitfaden im Anhang

zu einem Faktor zusammengefasst, so besitzt dieser Faktor günstigere messtechnische Eigenschaften als die einzelnen Variablen. Die Faktorenanalyse ermöglicht es zudem, von den manifesten Variablen (den Indikatorvariablen) auf übergeordnete latente Variablen (z. B. Intelligenz) zu schließen (Wirtz und Nachtigall, 2004).

Um die Faktorenstruktur des FEKTP- PatientInnenbogen zu überprüfen, wurde eine explorative Faktorenanalyse gerechnet. Für den FEKTTH wurde zunächst eine Konfirmatorische Faktorenanalyse vorgenommen, da der FEKTTH nur von insgesamt vier verschiedenen KunsttherapeutInnen ausgefüllt wurde. Die Explorative Faktorenanalyse des PatientInnenbogens wurde als Richtgröße angesehen. Es sollte herausgefunden werden, welche latente Faktorenstruktur den Fragebögen zu Grunde liegt.

Das faktorenanalytische Verfahren der Wahl war die Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit Varimaxrotation. Laut Backhaus (2006) sollte für die Durchführung einer PCA das Kaiser-Meier-Olkin-Kriterium (KMO) bei  $>.7$  liegen und sich im Bartlett-Test auf Sphärizität ein signifikanter  $\chi^2$ -Wert (Chi-Quadrat) ergeben. Mit Hilfe des KMO wird der spezifische Varianzanteil ermittelt, der nur einem bestimmten Item zu eigen ist und von keinem anderen Item aufgewiesen wird. Mit dem Bartlett-Test auf Sphärizität wird ausgeschlossen, dass Korrelationen zwischen den Variablen bestehen (Backhaus, Erichson, Wulff, & Weiber, 2006).

Die Hauptfaktorenanalyse ist ein Verfahren, bei dem nicht von Anfang festgelegt wird, wie viele Faktoren die zugrundeliegenden Variablen erklären. Vielmehr wird die Anzahl der Faktoren erst im Rahmen der Analyse bestimmt. Bei der durchgeführten Untersuchung wurde die Anzahl der jeweiligen Faktoren mithilfe des Scree-Plots und des Eigenwertes bestimmt (vgl. Wolff und Bacher, 2010 S. 341 f.). Um eine bessere Interpretierbarkeit zu gewährleisten, sollen die durch den Scree-Plot und den Eigenwert gefundenen Faktoren rotiert werden, sofern mehr als ein Faktor gefunden wurde. Allerdings weist Bühner (2006) darauf hin, dass in der Literatur sowohl Versionen des Scree-Tests zu finden sind, die nur die Zahl der Faktoren bis zum Knick als bedeutsam erachten, andere Autoren in der Literatur aber den Faktor auch nach dem Knick mitzählen. Auch kann es passieren, dass in einem Scree-Plot mehrere Knicke vorkommen. Somit hängt die Zahl der Faktoren von der subjektiven Interpretation des Auswerters ab. Daneben muss die Frage beantwortet werden, ob die ausgewählte Faktorenanzahl auch inhaltlich interpretierbar ist (Bühner, 2006). Bei

der durchgeführten Analyse wurde eine orthogonale Rotationstechnik angewandt: die Varimax-Rotation, die sicherstellt, dass die Unabhängigkeit der Faktoren erhalten bleibt. (Vgl. Bortz und Schuster (2010) S. 418f.).

Die Faktorladungen auf den Hauptfaktoren sollten  $a_{ij} > .45$  betragen (Kerns et al., 1991). Das heisst ab  $a_{ij} > .45$  wird das Item einem Faktor zugeordnet. Die Ladung des Items auf einen Faktor sollte mindestens  $a_{ij} = > .15$  auf den nächsten Faktor betragen (Bühner, 2011). Mit Hilfe der Faktorladungen konnten die Items den Erlebensdimensionen zugeordnet werden. Für die höchstladenden Items der 32 Items des FEKTP wurde eine Faktorenanalyse gerechnet und die Itemladungen sowie die erklärten Varianzanteile ermittelt.

Zudem wurden die Itemschwierigkeiten berechnet, um eine Vorselektion der Items zu ermöglichen. Die Itemschwierigkeit wird durch einen Index gekennzeichnet, der dem Anteil derjenigen Personen entspricht, die das Item richtig lösen oder bejahen (Bortz & Döring, 2005). Der Schwierigkeitsindex eines Items ist ein Maß dafür, wie viele Probanden das Item in Schlüsselrichtung beantwortet haben (Bühner, 2011, S. 219). Da Items mit einer sehr geringen Schwierigkeit nicht zwischen Personen mit verschiedenen Merkmalsausprägungen ausreichend differenzieren, ist es sinnvoll, extrem leichte Items als eine erste Maßnahme der Itemselektion vor der Durchführung weiterer Auswertungsschritte zu eliminieren (Moosbrugger & Kelava, 2007). Von Vorteil ist hier immer eine mittlere Itemschwierigkeit ( $p = .50$ ), weil sie die Wahrscheinlichkeit hoher Streuungen der Itembeantwortung erhöhen. Dennoch ist auf eine ausgewogene Verteilung der Schwierigkeitsindizes zu achten, damit der Test auch in Randbereichen differenzieren kann (Lienert und Raatz, 1998). Nach Lienert und Raatz (1998) und Fisseni (1997) sollte der Schwierigkeitsindex daher zwischen  $p = .15$  und  $p = .85$  liegen.

Zusätzlich wurde die Trennschärfe berechnet. „Die Trennschärfe ist der wichtigste Itemkennwert, sie klärt die Position eines Items im Verband der anderen Items, indem sie einen Index liefert, der angibt, wie weit die Menge der Löser über alle Items hinweg identisch bleibt.“ (Fisseni, 1997 S.47). Vereinfacht lässt sich die Trennschärfe definieren als die (biserielle) Korrelation zwischen Item- und Test-Score. Trennschärfen in einem Bereich von  $rit > .50$  gelten als hoch (Fisseni, 1997). Für die Skalen aus der explorativen Faktorenanalyse wird im Anschluss der Reliabilitätskoeffizient berechnet. Diese Analyse korreliert alle Items einer

Wirkungsdimension miteinander. Der berechnete Reliabilitätskoeffizient gibt Auskunft über die Homogenität der Erlebensdimensionen. Als Standardmethode zur Bestimmung der internen Konsistenz wird der Alpha-Koeffizient nach Cronbach herangezogen (Rammstedt, 2010). Die Prüfung der Reliabilität wurde deswegen über die Messung der internen Konsistenz vorgenommen, weil sie durch die beschriebene Korrelation aller Items einer Erlebensdimension miteinander zu stabileren Schätzungen der Reliabilität führte (vgl. Bortz und Döring, 2003, S. 198). Im Rahmen der Interpretation von Cronbach-Alpha werden Werte über 0,70 als befriedigend angesehen. Als gut gelten Werte ab ca. 0,80 (Rammstedt, 2010).

### **5.6.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse**

Das Ziel einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) ist es, ein vorab bestimmtes Modell zu testen, das die Zusammenhänge zwischen latenten Variablen (Faktoren) und Indikatorvariablen (Items) beschreibt. Die CFA ist damit in erster Linie ein strukturprüfendes Verfahren. Das spezifizierte Modell wird dabei in Form einer Hypothesentestung auf seine Übereinstimmung mit der empirischen Kovarianz-/ bzw. Korrelationsmatrix hin überprüft (vgl. Moosbrugger & Kelava, 2007). Neben der implizierten, d. h. der aus dem spezifizierten Modell errechneten Kovarianzmatrix werden zudem folgende Modellparameter über wiederholte Rechenschritte geschätzt: nicht-standardisierte und standardisierte Regressionsgewichte (= Faktorladungen der Indikatoren auf den latenten Variablen), Kovarianzen/Korrelationen der latenten Variablen (= Maß für die Zusammenhänge zwischen den Faktoren) und Fehlervarianzen (= Varianz, die nicht durch die Prädiktoren aufgeklärt werden kann). Um diese sogenannten „freien Parameter“ schätzen zu können, wird das spezifizierte Modell in Grundgleichungen zerlegt. Die Schätzung beginnt mit sogenannten Startwerten, die als vorläufige Werte eingesetzt werden. Diese Werte werden entweder vom Programm automatisch vorgegeben oder vom Anwender eingesetzt (vgl. Bühner, 2006). Grundlegend wird davon ausgegangen, dass die Indikatoren nur auf einer latenten Variablen laden und mögliche Gemeinsamkeiten mit anderen Indikatoren auf die Korrelationen der Konstrukte (=der latenten Variablen) zurückführbar sind. Daher werden in der Regel die Nebenladungen der Indikatoren, ebenso wie die Fehler-Kovarianzen auf null fixiert, in der Annahme, dass alle Messfehler zufallsbedingt auftreten.

### 5.6.2.1 Modell-Evaluation

Durch den Modelltest wird geprüft, ob die modelltheoretische Kovarianz- bzw. Korrelationsmatrix signifikant von der beobachteten Kovarianz- bzw. Korrelationsmatrix abweicht. Als Prüfgröße wird dabei der „value of the fitting function“ (F) verwendet: Je kleiner der Wert, desto besser stimmt die mit den geschätzten Parametern vom Modell implizierte Kovarianzmatrix mit der empirischen Kovarianzmatrix überein (Bühner 2006, S. 247). Dieser Wert geht ein in die Berechnung des  $\chi^2$ -Wertes:  $\chi^2 = N * F$  (vgl. Brown, 2006). Dieser  $\chi^2$ -Wert wird dann mit Hilfe der  $\chi^2$ -Verteilung auf Signifikanz geprüft, wobei die Anzahl der Freiheitsgrade (df) aus der Anzahl der beobachteten Parameter (b) und der Anzahl der freien Parameter (f) errechnet wird (vgl. Bühner, 2006). In diesem  $\chi^2$ -Test wird die Hypothese geprüft, ob das Modell zu den empirischen Daten passt ( $H_0$ ) oder ob das Modell von der Datenstruktur abweicht ( $H_1$ ). Die Nicht-Signifikanz des  $\chi^2$ -Wertes ist damit ein Beleg für einen exakten Modell-Fit. Der  $\chi^2$ -Wert wurde als erster Fit-Index für die Modellpassung entwickelt, geriet allerdings als Prüfverfahren bald in die Kritik, da er einige Nachteile aufweist (vgl. Brown, 2006).

Daher wurde eine Vielzahl anderer Kennwerte für die Modellpassung, sogenannte „Fit-Indizes“, entwickelt, die weniger anfällig und mit weniger strikten Annahmen verbunden sind. Der  $\chi^2$ -Wert und der dazu gehörige p-Wert werden zwar berechnet, u. a. auch weil der  $\chi^2$ -Wert in die Berechnung vieler Fit-Indizes miteingeht, und sie müssen immer in der Ergebnisdarstellung mit angegeben werden, die Entscheidung für die Annahme bzw. Zurückweisung eines Modells wird aber meist aufgrund der anderen Fit-Indizes getroffen (vgl. Brown, 2006).

Folgende Fit-Indizes sollten verwendet werden:

*Komparative Fit-Indizes:*

**CFI** (Comparative-Fit-Index; Bentler, 1990)/**TLI** (Tucker-Lewis-Index; Tucker & Lewis, 1973): Für diese beiden populären und zuverlässigen Indizes liegt der Wertebereich in der Regel zwischen null und eins, wobei der TLI nicht normiert ist und daher auch Werte  $>1.0$  annehmen kann. Generell gilt, dass höhere Werte für einen besseren Modell-Fit sprechen. Als Cut-off-Wert wird für beide Indizes ein Wert  $>.95$  angegeben (Hu & Bentler, 1999).

*Fit-Index mit Sparsamkeits-Korrektur:*

**RMSEA** (Root-Mean-Square-Error of Approximation; Steiger & Lind, 1980): hier steht ein hoher Wert für einen schlechten Modell-Fit. Je komplexer das Modell (=geringere

Anzahl an df), umso höher der RMSEA und umso schlechter der Modell-Fit. Das bedeutet, dass beim RMSEA die Sparsamkeit eines Modells (=wenig Restriktionen, viele frei zu schätzende Parameter) belohnt wird. Als Cut-off-Wert wird für den RMSEA meist ein Wert  $<.06$  angegeben (vgl. Hu & Bentler, 1999), wobei ein Wert  $\leq .05$  als „close fit“ bezeichnet wird, also als fast perfekter Modell - Fit (vgl. Brown, 2006). Für Stichproben  $< 250$  wird allerdings auch ein Wert  $<.80$  als akzeptabel angesehen (vgl. Bühner, 2006).

**SRMR** (Standardized – Root-Mean- Square – Residual): Bei Verwendung der ML-Schätzmethode. Der Maximalwert liegt bei 1, der Cut- off- Wert bei  $<.11$  (Hu & Bentler, 1999).

### 5.6.3 U- Test nach Mann & Whitney

Die Nullhypothese, dass es einen Unterschied des Erlebens der Kunsttherapiegruppe zwischen den beiden unabhängigen Stichproben (PatientInnen mit einer Essstörung und anderen psychosomatischen Erkrankungen) gibt, wird mit dem U- Test überprüft. Es wird hierbei die Summe der Skalaitems für PatientInnen mit einer Essstörung mit der Summe der Skalaitems für die restliche PatientInnengruppe verglichen.

Der U- Test verlangt nicht, dass die Daten normalverteilt sind. Im Gegensatz zum T- Test werden hier nicht Mittelwerte verglichen, sondern die Rangplätze. Die Messwerte der beiden PatientInnengruppen werden in eine gemeinsame Rangreihe gebracht (Raab- Steiner, 2010).

## 5.7 Analyse der Interviews

Beide Interviews wurden als Audiodatei aufgenommen und vollständig transkribiert<sup>21</sup>. Die gesamten Transkripte wurden in das von Huber entwickelte Computerprogramm Aquad 7<sup>22</sup> übertragen, mit dessen Hilfe die Analyse qualitativer Daten unterstützt werden kann. Auf dieser Basis wurde das gesamte Material in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2010) bearbeitet. Das heißt, dass die Interviews zunächst nach der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) durch Paraphrasierung, Bündelung und Auslassung bedeutungsgleicher Aussagen, Generalisation, zusammenfassender Konstruktion, Integration und Selektion zu einem Kurztext zusammengefasst wurden. Selektion bedeutet, dass

---

<sup>21</sup> Transkriptionsregeln im Anhang

<sup>22</sup> ©Huber, G.L.



innerhalb einer Dimension bedeutungsgleiche Aussagen gestrichen werden und inhaltlich zentrale Kategorien beibehalten werden. In der Bündelung wurden ähnliche Paraphrasen zu einer zusammengefasst, Konstruktion und Integration bedeuten, dass mehrere Aussagen zu einer Kategorie zusammengefasst werden (Mayring, 2010). Orientierung gab dabei die Forschungsfrage: Wie erleben PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe? Der paraphrasierte Text wurde in Kategorien eingeteilt. Dabei wurden angelehnt an die induktive Kategorienentwicklung von Mayring (2010) die Kategorien induktiv aus dem Material heraus gebildet. Allerdings wurde auf eine Reliabilitätsprüfung und eine quantitative Analyse verzichtet, da die qualitativen Gütekriterien von Steinke (2007) der Auswertung ebenfalls zu Grunde lagen (siehe weiter unten im Text). Die Bildung dieser Kategorien war beeinflusst vom theoretischen und praktischen Wissen der Forscherin auch in Bezug auf die „Kunsttherapeutische Triade“ (vgl. Kapitel 2.1), welche Abläufe in der Kunsttherapie beschreibt. Außerdem gab der Interviewleitfaden bereits Kategorien vor, auch wenn die Fragen offen formuliert wurden. Es wurden jedoch keine im Vorfeld deduktiv festgelegten Kategorien verfasst, die herausgefiltert werden sollten. Trat beim Durchgang des Textmaterials eine neue relevante Stelle auf, wurde jeweils entschieden, ob diese einer bereits vorhandenen Kategorie inhaltlich entsprach und folglich unter dieser Kategorie subsumiert werden konnte oder, ob eine neue Kategorie gebildet werden musste. Die Kategorien wurden wiederholt auf inhaltliche Übereinstimmung überprüft und überarbeitet. Das Kategoriensystem wurde auf Überschneidungen, Widersprüche, Mehrfachnennungen und unterschiedliche Abstraktionsniveaus hin überprüft. Schließlich wurden drei Hauptkategorien geformt.

Um ein systematisches Vorgehen zu gewährleisten, wurden die von Mayring (2010, S.92) empfohlenen Schritte ausgeführt. Die Kategorien wurden definiert und mit Ankerbeispielen, die unter diese Kategorie fallen, belegt, zudem wurden Kodierregeln bei Abgrenzungsproblemen zwischen Kategorien für eine eindeutige Zuordnung bestimmt (siehe im Anhang Kategoriensystem und Kodierregeln sowie Kapitel 6.3.4).

Beide Interviews wurden miteinander verglichen, um nach Ähnlichkeiten und Unterschieden in den Kategorien zu suchen. Um die Interpretationen abzusichern, erfolgte eine diskursive Validierung innerhalb der Forschergruppe in den Promotionskolloquien der Universität Tübingen und des Forschungsverbundes

Kunsttherapie, sowie durch den Ergebnisvergleich eines zweiten externen Raters. Es geht dabei nicht darum den Grad der Übereinstimmung zu berechnen, wie von Mayring (2003) empfohlen, sondern sich entweder gemeinsam für ein Ergebnis zu entscheiden oder die Unterschiede festzuhalten (Schmidt, 2007). Damit wurde der Auffassung von Steinke (2007) entsprochen, Gütekriterien der quantitativen Forschung wie die Intercoder- Reliabilität nicht auf die qualitative Forschung zu übertragen.

Die Ergebnisse des zweiten Raters wurden als weitere diskursive Form der Herstellung von Intersubjektivität und Nachvollziehbarkeit verwendet (Steinke, 2007). Der zweite Auswerterin ist ausgebildeter Kunsttherapeutin, hat langjährige Berufserfahrung und besitzt Methodenkompetenz im Analyseverfahren. Sie arbeitete ohne Anweisung und teilte beide Interviews offen in Kategorien ein.

Neben der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring orientiere ich mich an den qualitativen Gütekriterien, wie sie Steinke (2007) formuliert: Qualitätsmaßstab ist hierbei die „intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, auf deren Basis eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen kann“ (Steinke 2007, S. 324). Nachvollziehbarkeit wird erreicht über die Transparenz bezüglich des Forschungsprozesses. Es wird der Forschungsweg beschrieben, wie Erhebungsmethoden und –Kontexte (siehe dazu auch Kapitel 5.2), Interviewtranskripte werden im Anhang abgebildet sowie die Transkriptionsregeln, die Informationsquellen werden in der Interpretation stets mit Zeilennummer benannt, weitere Informationsquellen wie PatientInnenakten werden genannt.

Die Ergebnisse werden, ebenfalls wie von Steinke (2007) empfohlen, über eine diskursive Interpretation des Forschungsmaterials mit Kommilitonen aus dem Promotionskolloquium diskutiert, die an anderen Untersuchungen arbeiten.

Intersubjektivität wird ebenfalls hergestellt durch die Anwendung der kodifizierten Forschungsmethode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Zu dem wurde meine Rolle als Forscherin und Kunsttherapeutin in einer Person beachtet und reflektiert (siehe Kapitel 5.4.3)

## **6 Ergebnisse**

### **6.1 Deskriptive Statistik**

Es erfolgt eine erste Überprüfung hinsichtlich der deskriptiven Eigenschaften (Angaben von Mittelwert mit Standardabweichung, Median, Kurtosis, Schiefe, Minimal- und Maximalwert pro Item). Zur statistischen Überprüfung der Itemverteilungen soll dann der Kolmogorov-Smirnov- Test auf Normalverteilung durchgeführt werden (vgl. Bühner, 2006).

Die Normalverteilung von Testitems ist aus statistischer Sicht vorteilhaft, da sie bestimmte statistische Auswertungsmethoden ermöglicht. Allerdings sind im klinisch/therapeutischen Bereich normalverteilte Fragebogenitems eher als Ausnahme anzusehen (vgl. Bühner, 2006)

### 6.1.1 Stichprobenbeschreibung

In der folgenden Tabelle werden die demografischen und deskriptiven Daten dargestellt. Die Rücklaufquote betrug 95,49%.

**Tabelle 3: Demografische Daten und deskriptive Statistik**

| <b>Sample Total n=133</b>                                | <b>Insgesamt</b> | <b>Frauen</b> | <b>Männer</b> |
|--|------------------|---------------|---------------|
| Geschlecht n=  | 133              | 93            | 38            |
| Durchschnittsalter (STA)                                 | 40,1 Jahre       | 38,55 Jahre   | 43,71 Jahre   |
| Therapiedauer  | 44,58 Tage       | 45,19 Tage    | 43,45 Tage    |
| <b>Major Depression (F32.-F33.-)</b>                     | 45 (33,8%)       | 26 (28%)      | 17 (44,7%)    |
| <b>Somatoforme Störungen (F45.-)</b>                     | 36 (27,1%)       | 24 (25,8%)    | 12 (31,6%)    |
| <b>Essstörungen (F50.-)</b>                              | 28 (21,8%)       | 27 (29%)      | 1 (2,6%)      |
| Phobische Störungen/ andere Angststörungen (F40.- F41.-) | 16 (12,0%)       | 8 (8,6%)      | 8 (21,1%)     |
| Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)       | 3 (2,3%)         | 3 (3,2%)      | -             |
| Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)               | 4 (3,0%)         | 4 (4,3%)      | -             |
| Zwangsstörung (F42.-)                                    | 1 (0,8%)         | 1 (1,1%)      | -             |
| Abitur/ Fachhochschulreife                               | 25 (26%)         | 18 (27,3%)    | 7 (23,3%)     |
| Mittlere Reife   | 29 (30,2%)       | 20 (30,3%)    | 9 (30%)       |
| Hauptschulabschluss                                      | 34 (35,4%)       | 20 (30,3%)    | 14 (46,7%)    |
| Schüler  | 6 (6,3%)         | 6 (9,1%)      | -             |
| Ohne Berufsabschluss                                     | 16 (16,7%)       | 12 (18,2%)    | 4 (13,3%)     |
| In Ausbildung  | 12 (12,5%)       | 9 (13,6%)     | 3 (10%)       |
| Lehre /Fachschiule                                       | 52 (54,2%)       | 33 (50%)      | 19 (63,3%)    |
| Meister  | 4 (4,2%)         | 2 (3%)        | 2 (6,7%)      |
| Fachhochschule /Universitätsabschluss                    | 12 (12,5%)       | 10 (15,2%)    | 2 (6,7%)      |
| Berufstätig Vollzeit                                     | 31 (31,6%)       | 17 (25%)      | 14 (46,7%)    |
| Nicht erwerbstätig                                       | 47 (48,5%)       | 37 (54,4%)    | 10 (34,5%)    |
| Mit Ehepartner /Partner lebend                           | 52 (53,6%)       | 34 (50,7%)    | 18 (60%)      |
| Sozialkontakte mehr als einmal pro Woche                 | 60 (61,9%)       | 39 (58,2%)    | 21 (70%)      |
| Medikation   | 54 (56,3%)       | 33 (50%)      | 21 (70%)      |

Alle PatientInnen wurden in eine der drei PatientInnengruppen (Major Depression, Essstörung und Somatoforme Störungen) eingeteilt. Die größte PatientInnengruppe der vorliegenden Untersuchung bildet das Krankheitsbild der Depression mit 48,87%. Die Einteilung der PatientInnen in diese drei Gruppen ist für den Vergleich, wie PatientInnen mit einer Essstörung und wie die restliche PatientInnengruppe (Depression und Somatoforme Störungen) die Kunsttherapiegruppe erleben, von Bedeutung.

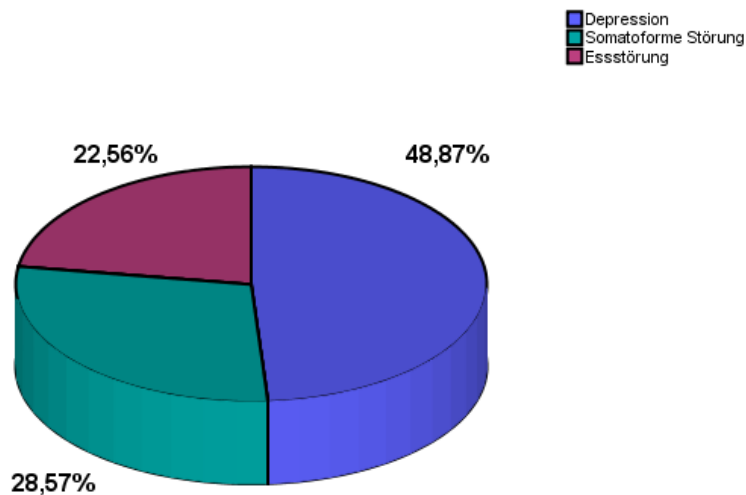


Abbildung 3: Verteilung der Hauptdiagnosen

### 6.1.2 Häufigkeitsverteilung der Items zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht

Die Häufigkeitsverteilung wird anhand des Mittelwertes und der Standardabweichung beschrieben.

Zur statistischen Überprüfung der Itemverteilungen wurde der Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung durchgeführt (Bühner, 2006). Dieser Test lieferte in allen Fällen ein signifikantes Ergebnis ( $p < 0.05$ ). Alle Items weichen signifikant von einer Normalverteilung ab. In Tabelle 4 fällt auf, dass die meisten Items einen Mittelwert bzw. Median von  $\geq 2,5$  haben. Die PatientInnen haben also bei den meisten Items ein eher zustimmendes Urteil abgegeben. Die Schiefe der meisten Items ist  $< 0$  also rechtssteil (Tabelle 4), was bedeutet, dass mehr Urteile oberhalb des Mittelwertes liegen als darunter. Die Kurtosis ist bei einem Exzess  $> 0$  steilgipflig, hierbei handelt

es sich um Verteilungen mit starken Peaks. Bei einem Exzess  $<0$  ist die Verteilung flachgipflig und besitzt somit eine abgeflachte Verteilung.

Es wird die ganze Breite der Antwortmöglichkeiten ausgeschöpft (Min. = 0 bis Max. = 5).

| Items  | $\bar{x}$ | SD    | Schiefe | Kurtosis | Median | Min. | Max. |
|--|-----------|-------|---------|----------|--------|------|------|
| (1) Das Gestalten hat mir Freude bereitet.   | 4,11      | 1,006 | -1,473  | 2,509    | 4,00   | 0    | 5    |
| (2) Ich konnte heute in der Kunsttherapie meinen Gefühlen Ausdruck verleihen.  | 3,58      | 1,263 | -,970   | ,467     | 4,00   | 0    | 5    |
| (3) Ich habe mich heute mit meinen Stärken erleben können.   | 2,83      | 1,430 | -,432   | -,644    | 3,00   | 0    | 5    |
| (4) Ich habe heute ein gestalterisches Problem gelöst.   | 2,50      | 1,542 | -,245   | -,944    | 3,00   | 0    | 5    |
| (5) Durch meine Gestaltung sind mir eigene Verhaltensweisen bewusst geworden.  | 3,01      | 1,377 | -,588   | -,368    | 3,00   | 0    | 5    |
| (6) Das Gestalten hilft mir mich der Gruppe anzuvertrauen.   | 2,75      | 1,391 | -,490   | -,662    | 3,00   | 0    | 5    |
| (7) Das, was ich heute in der Kunsttherapie gemacht habe, hat unangenehme Gefühle hervorgerufen.   | 1,87      | 1,662 | ,267    | -1,229   | 2,00   | 0    | 5    |
| (8) Die Kunsttherapeutin hat meinen Gefühlen Beachtung geschenkt.  | 3,93      | 1,108 | -1,589  | 2,983    | 4,00   | 0    | 5    |
| (9) Die Gestaltung hat mir heute Hoffnung gegeben.   | 2,94      | 1,410 | -,439   | -,462    | 3,00   | 0    | 5    |
| (10) Mir sind heute meine Wünsche bewusster geworden.  | 2,77      | 1,534 | -,426   | -,762    | 3,00   | 0    | 5    |
| (11) Ich habe heute etwas darüber erfahren, wie ich mit anderen Menschen in Kontakt trete.   | 1,87      | 1,512 | ,329    | -,820    | 2,00   | 0    | 5    |
| (12) Ich habe heute einen Hinweis von der Kunsttherapeutin erhalten.   | 3,30      | 1,421 | -,923   | ,164     | 4,00   | 0    | 5    |
| (13) Die Gestaltung eines Gruppenmitglieds zeigte heute ein Thema, das mich inspirierte.   | 2,22      | 1,754 | ,105    | -1,299   | 2,00   | 0    | 5    |
| (14) Das Gestalten hat mich heute an meine Probleme erinnert.  | 2,88      | 1,772 | -,443   | -1,169   | 3,00   | 0    | 5    |
| (15) Ich habe eine befreiende Wirkung erlebt.  | 2,94      | 1,566 | -,541   | -,724    | 3,00   | 0    | 5    |
| (16) Ich hatte heute das Gefühl, dass mich die Gruppe versteht.  | 2,92      | 1,330 | -,578   | -,488    | 3,00   | 0    | 5    |
| (17) Die Kunsttherapiesitzung hat dazu beigetragen, dass ich Probleme, die ich in der Vergangenheit mit wichtigen Menschen hatte, besser verstehen kann. | 2,10      | 1,447 | ,108    | -,828    | 2,00   | 0    | 5    |
| (18) Ich habe heute beim Gestalten bemerkt, dass ich selbstverantwortlich für mein Handeln bin.  | 3,15      | 1,545 | -,632   | -,618    | 4,00   | 0    | 5    |
| (19) Mir wurde heute durch die Gestaltung klar, worauf es mir im Leben ankommt.  | 2,51      | 1,686 | -,136   | -1,226   | 3,00   | 0    | 5    |

**Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung FEKTP t2**

**Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung FEKTP t2**

| Items   | $\bar{x}$ | SD    | Schiefe | Kurtosis | Median | Min. | Max. |
|---|-----------|-------|---------|----------|--------|------|------|
| (20) Die heutige Kunsttherapiestunde machte mir bewusst, wie es mir in meiner Familie geht.                   | 1,87      | 1,755 | ,299    | -1,380   | 2,00   | 0    | 5    |
| (21) Es war heute wichtig, dass mir bei der Umsetzung meiner Gestaltung geholfen wurde.                       | 1,82      | 1,587 | ,379    | -,999    | 2,00   | 0    | 5    |
| (22) Ich habe heute in der Kunsttherapie erfahren, wie ich auf andere wirke.                                  | 1,82      | 1,477 | ,351    | -,853    | 2,00   | 0    | 5    |
| (23) Ich fühlte mich heute von der Kunsttherapeutin unterstützt.  | 3,63      | 1,238 | -1,056  | ,759     | 4,00   | 0    | 5    |
| (24) Durch das Gestalten in der Gruppe habe ich heute bemerkt, wie ich mit anderen umgehe.                    | 1,81      | 1,325 | ,190    | -,782    | 2,00   | 0    | 5    |
| (25) Ich habe mich heute der Kunsttherapiegruppe zugehörig gefühlt.   | 3,63      | 1,185 | -,998   | 1,031    | 4,00   | 0    | 5    |
| (26) Ich konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben.                   | 1,54      | 1,563 | ,583    | -,914    | 1,00   | 0    | 5    |
| (27) Es war erleichternd zu sehen, dass auch andere Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihrer Gestaltung haben. | 2,47      | 1,672 | -,273   | -1,229   | 3,00   | 0    | 5    |
| (28) Ich habe durch das Gestalten bemerkt, dass ich selbst etwas bewirken kann.                               | 3,21      | 1,466 | -,752   | -,235    | 3,50   | 0    | 5    |
| (29) Meine Gestaltung ist wie ein Vorbild für mich.   | 2,36      | 1,682 | -,027   | -1,201   | 2,00   | 0    | 5    |
| (30) Ich hatte den Eindruck, dass ich hilfreich für andere bin.   | 1,81      | 1,387 | ,116    | -1,019   | 2,00   | 0    | 5    |
| (31) Heute habe ich bemerkt, dass auch andere ähnlich fühlen und denken wie ich.                              | 2,80      | 1,442 | -,377   | -,682    | 3,00   | 0    | 5    |
| (32) Zu sehen, dass andere von der Kunsttherapie profitieren, macht auch mir Hoffnung.                        | 3,55      | 1,340 | -1,167  | ,917     | 4,00   | 0    | 5    |

$\bar{x}$  = Mittelwert; SD= Standardabweichung



**Tabelle 6: Mittelwerte und Rangfolge der Erlebensdimensionen des FEKTP**

| <b>Rang</b>          | <b>Erlebensdimension</b>          | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>SD</b> |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------|
| <b>aus dem FEKTP</b> |                                   |                             |           |
| 1.                   | Beziehung<br>Kunsttherapeutin     | 3,78                        | 1,17      |
| 2.                   | Ressourcen-<br>aktivierung        | 3,47                        | 1,22      |
| 3.                   | Gruppenkohäsion                   | 3,28                        | 1,26      |
| 4.                   | Katharsis                         | 3,26                        | 1,41      |
| 5.                   | Einflößen von<br>Hoffnung         | 3,24                        | 1,38      |
| 6.                   | Motivationale Klärung             | 2,89                        | 1,46      |
| 7.                   | Existenzielle Faktoren            | 2,83                        | 1,62      |
| 8.                   | Problembewältigung                | 2,80                        | 1,49      |
| 9.                   | Universalität des<br>Leidens      | 2,63                        | 1,56      |
| 10.                  | Anleitung                         | 2,56                        | 1,50      |
| 11.                  | Problemaktualisierung             | 2,37                        | 1,72      |
| 12.                  | Interpersonelles<br>Lernen Output | 2,31                        | 1,45      |
| 13.                  | Identifikation                    | 2,29                        | 1,72      |
| 14.                  | Wiedererleben der<br>Familie      | 1,96                        | 1,60      |
| 15.                  | Interpersonelles<br>Lernen Input  | 1,81                        | 1,40      |
| 16.                  | Altruismus                        | 1,67                        | 1,48      |

$\bar{x}$ = Mittelwert SD= Standardabweichung

### **6.1.3 Interpretation der deskriptiven Ergebnisse des FEKTP**

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Erlebensdimensionen wurden in Tabelle 6 abgebildet, da dadurch ein Vergleich mit Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung möglich ist und die Interpretation einfacher vollzogen werden kann.

Die Erlebensdimensionen Beziehung KunsttherapeutIn (Item 8 und Item 23), Ressourcenaktivierung (Item 1 und Item 3), Gruppenkohäsion (Item 16 und Item 25), Katharsis (Item 2 und Item 15) und Einflößen von Hoffnung (Item 9 und Item 32) haben alle Mittelwerte über drei und somit die höchsten Mittelwerte und eine geringe Streuung. Sie wurden demnach von den PatientInnen als „am positivsten“ erlebt. Die Erlebensdimensionen Wiedererleben der Familie (Item 17 und Item 20), Interpersonelles Lernen input (Item 22 und Item 24) und Altruismus (Item 26 und Item 30) haben alle einen Mittelwert  $< 2$  und wurden mit den niedrigsten Ausprägungen bewertet.

Die Items zur Erlebensdimension „Beziehung Kunsttherapeutin“ wurden aus PatientInnensicht am positivsten erlebt. In der Gesprächspsychotherapie herrscht die übereinstimmende Meinung vor, dass die Beziehung zum Therapeuten einer der wichtigsten Wirkfaktoren ist (Sloan et al., 1981; Grawe, 1995; Hain, 2001). Die hohen Mittelwerte der Items zur „Beziehung Kunsttherapeutin“ weisen darauf hin, dass dieses Erleben in der Kunsttherapie ebenfalls von großer Bedeutung ist. Zu beachten ist dabei auch Tschuschkes Aussage, dass die „spezifischen“ Wirkfaktoren nie ausreichend von sogenannten Therapeutenvariablen zu trennen sind, da das, was in der Therapie wirkt weniger das abstrakte Verfahren ist, sondern der Mensch, der dieses Verfahren anwendet (Tschuschke, 2001). Andererseits könnte es sich hierbei auch um eine Dimension handeln, die aus sozialer Erwünschtheit hoch bewertet wird. Die Erlebensdimension Ressourcenaktivierung wurde am zweitpositivsten eingestuft und unterstreicht damit die Meinung vieler Autoren, dass die Kunsttherapie vor allem auch ressourcenaktivierend ist oder ressourcenorientiert arbeitet (Titze 2013; Eberhard 2013). Gruppenkohäsion und Katharsis wurden aus PatientInnensicht am dritt- und viertpositivsten erlebt. In der kunsttherapeutischen Literatur wird immer wieder beschrieben, dass der gestalterische- non verbale Ausdruck von Gefühlen therapierelevant sei, da er eine einfachere Kommunikation mit der Gruppe ermöglicht und sich damit rascher das Gefühl der Zugehörigkeit

einstellt (Matto, 1997). Bei Tschuschkes (2001) Rangfolge (siehe S.60) zählen sie zu den zwei wichtigsten Dimensionen. Tschuschke interpretiert ihre Bedeutsamkeit damit, dass die therapeutische Gruppe ein kathartisches Vehikel darstelle, in dem Gefühle intensiver ausgedrückt werden könnten als in der Einzeltherapie und dies von den PatientInnen als hilfreich erlebt werde. Tschuschke führt weiter auf, dass die Gruppenkohäsion- die Zugehörigkeit und Akzeptanz in der Gruppe - ein elementarer therapeutischer Wirkfaktor der Gruppe sei und PatientInnen mit emotionaler Bezogenheit zur Gruppe auch bessere Therapieergebnisse erreichten (Tschuschke, 2001). Die Erlebensdimension Einflößen von Hoffnung, welcher auf Rang fünf liegt, findet sich bei Tschuschke nur bei einer Studie (Rudnitzki 1989) in der oberen Rangfolge (Rangplatz 4). Dies war eine Studie, die PatientInnen mit schwerwiegenden psychischen Problemen untersuchte (Tschuschke 2001). Dieser Aspekt trifft sicherlich auch auf die hier untersuchte PatientInnengruppe zu. Diese Dimension könnte aber auch darauf hinweisen, dass es in der Kunsttherapie gut gelingt durch Gestaltungen Hoffnung zu transportieren und zu erzeugen.

Die Erlebensdimensionen Wiedererleben der Familie und Altruismus sind auch bei Tschuschkes Rangfolge auf den letzten Rängen zu finden. Laut Tschuschke wird das Wiedererleben der Familie aus PatientInnensicht so vernachlässigt, da es auf einer anderen Bewusstseinssebene wirkt als Katharsis oder Universalität des Leidens. Tschuschke bezeichnet diese Erlebensdimension aus TherapeutInnensicht als „Hauptkraftquelle“, da die Primärfamilie allgegenwärtig im Gruppensetting zu finden sei (Tschuschke 2001, S.145). Die Erlebensdimension Altruismus könnte aus PatientInnensicht als weniger positiv angegeben werden, da diese Dimension (mit den Items (26): „Ich konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben.“ und dem Item (30): „Ich hatte den Eindruck, dass ich hilfreich für andere bin“), auch aus Bescheidenheit bzw. sozialer Erwünschtheit niedrig bewertet werden kann.

Interpersonelles Lernen (input) ist bei Tschuschkes Rangfolge auf Position drei zu finden (Tschuschke 2001). Hier wird diese Erlebensdimension mit Item (22): „ Ich habe heute in der Kunsttherapie erfahren, wie ich auf andere wirke“ und Item (24): „Durch das Gestalten in der Gruppe habe ich heute bemerkt, wie ich mit anderen umgehe“, beschrieben. Vielleicht ist diese Erlebensdimension, die in dieser Studie auf dem vorletzten Rangplatz ist, nicht in jeder Kunsttherapiestunde erfahrbar.

Außerdem kommt sie auch mehr in der Gesprächsgruppentherapie zum Ausdruck, in der die PatientInnen natürlich häufiger verbale Rückmeldungen bekommen, da hier mehr gesprochen wird. Jedenfalls scheint er mit einem Mittelwert von  $\bar{x}=1,81$  in der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht kaum erlebbar zu sein (vgl. S.60 Tabelle 1).

#### **6.1.4 Häufigkeitsverteilung des Fragebogens zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus TherapeutInnensicht**

Die Häufigkeitsverteilung wird anhand des Mittelwertes und der Standardabweichung beschrieben.

Zur statistischen Überprüfung der Itemverteilungen wurde der Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung durchgeführt (Bühner, 2006). Dieser Test lieferte in allen Fällen ein signifikantes Ergebnis ( $p < 0.05$ ). Alle Items weichen signifikant von einer Normalverteilung ab. In Tabelle 7 und Tabelle 8 fällt auf, dass der Großteil der Items einen Mittelwert bzw. Median von  $\geq 2,5$  haben. Die KunsttherapeutInnen haben also bei den meisten Items ein eher zustimmendes Urteil abgegeben. Die Schiefe von über der Hälfte aller Items ist  $< 0$  also rechtssteil (*siehe Tabelle*), was bedeutet, dass mehr Urteile oberhalb des Mittelwertes liegen als darunter. Die Kurtosis ist bei einem Exzess  $> 0$  steilgipflig, hierbei handelt es sich um Verteilungen mit starken Peaks. Bei einem Exzess  $< 0$  ist die Verteilung flachgipflig und besitzt somit eine abgeflachte Verteilung.

Es wird die ganze Breite der Antwortmöglichkeiten ausgeschöpft (Min. = 0 bis Max. = 5). Nur bei einzelnen Items wird ab Stufe 1 bis 5 angekreuzt.

| Items  | $\bar{x}$ | SD    | Schiefe | Kurtosis | Median | Min. | Max. |
|--|-----------|-------|---------|----------|--------|------|------|
| (1) Das Gestalten hat dem Patient Freude bereitet.   | 2,94      | 1,410 | -,860   | ,425     | 4,00   | 1    | 5    |
| (2) Der Patient konnte heute in der Kunsttherapie seinen Gefühlen Ausdruck verleihen.  | 3,44      | 1,149 | -,501   | -,283    | 4,00   | 0    | 5    |
| (3) Der Patient konnte seine Stärken erleben.  | 3,55      | 1,340 | -,642   | ,122     | 4,00   | 0    | 5    |
| (4) Der Patient hat heute ein gestalterisches Problem gelöst.  | 3,72      | ,948  | -,667   | ,308     | 4,00   | 1    | 5    |
| (5) Dem Patient sind heute eigene Verhaltensweisen bewusst geworden.   | 3,10      | 1,290 | -,261   | -,409    | 3,00   | 0    | 5    |
| (6) Das Gestalten hat dem Patienten heute geholfen sich der Gruppe anzuvertrauen.  | 3,13      | 1,260 | -,628   | ,107     | 3,00   | 0    | 5    |
| (7) Die Kunsttherapie scheint heute unangenehm für den Patienten gewesen zu sein.  | 1,70      | 1,323 | ,402    | -,764    | 1,00   | 0    | 5    |
| (8) Der Patient fühlte sich ausreichend von mir beachtet.  | 3,98      | ,718  | -,619   | 1,507    | 4,00   | 1    | 5    |
| (9) Die Gestaltung hat ihm heute Hoffnung gegeben.   | 3,20      | 1,260 | -,500   | -,287    | 3,00   | 0    | 5    |
| (10) Dem Patient sind heute Wünsche bewusster geworden.  | 3,17      | 1,292 | -,531   | -,350    | 3,00   | 0    | 5    |
| (11) Der Patient hat heute etwas darüber erfahren, wie er mit anderen Menschen in Kontakt tritt.   | 2,09      | 1,211 | ,197    | -,228    | 2,00   | 0    | 5    |
| (12) Ich habe dem Patienten einen Hinweis gegeben.   | 3,87      | 1,069 | -1,210  | 1,694    | 4,00   | 0    | 5    |
| (13) Die Gestaltung eines Gruppenmitglieds inspirierte den Patienten.  | 1,98      | 1,507 | ,579    | -,783    | 1,00   | 0    | 5    |
| (14) Das Gestalten hat den Patienten an seine Probleme erinnert.   | 3,19      | 1,495 | -,489   | -,860    | 4,00   | 0    | 5    |
| (15) Der Patient wirkte befreiter nach der Kunsttherapiestunde   | 3,14      | 1,220 | -,142   | -,705    | 3,00   | 0    | 5    |
| (16) Der Patient wurde von der Gruppe verstanden.  | 3,40      | 1,204 | -,597   | ,126     | 3,00   | 0    | 5    |
| (17) Die Kunsttherapiesitzung hat dazu beigetragen, dass der Patient Schwierigkeiten, die er in der Vergangenheit mit wichtigen Menschen hatte, besser verstehen kann. | 1,91      | 1,228 | ,402    | -,312    | 2,00   | 0    | 5    |
| (18) Der Patient hat heute beim Gestalten bemerkt, dass er selbstverantwortlich für sein Handeln ist.  | 3,38      | 1,054 | -,479   | -,016    | 4,00   | 0    | 5    |
| (19) Dem Patient wurde heute durch die Gestaltung klar, worauf es ihm im Leben ankommt.  | 2,65      | 1,269 | -,197   | -,563    | 3,00   | 0    | 5    |

**Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung FEKTH t2**

**Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung FEKTH t2**

| Items  | $\bar{x}$ | SD    | Schiefe | Kurtosis | Median | Min. | Max. |
|--|-----------|-------|---------|----------|--------|------|------|
| (20) Die heutige Kunsttherapiestunde machte dem Patienten bewusster, wie es ihm in seiner Familie geht.                                | 1,92      | 1,255 | ,231    | -,520    | 2,00   | 0    | 5    |
| (21) Es war heute wichtig, dass dem Patienten bei der Umsetzung seiner Gestaltung geholfen wurde.                                      | 1,72      | 1,451 | ,557    | ,682     | 1,00   | 0    | 5    |
| (22) Der Patient hat heute in der Kunsttherapie gemerkt, wie er auf andere wirkt.  | 2,07      | 1,216 | ,374    | -,235    | 2,00   | 0    | 5    |
| (23) Ich denke, dass sich der Patient von mir unterstützt fühlte.  | 3,93      | ,768  | -,838   | ,1501    | 4,00   | 1    | 5    |
| (24) Durch das Gestalten in der Gruppe hat der Patient bemerkt, wie er mit anderen umgeht.   | 1,95      | 1,118 | ,368    | ,072     | 2,00   | 0    | 5    |
| (25) Der Patient war heute in der Kunsttherapiegruppe integriert.  | 3,75      | ,917  | -,417   | -,283    | 4,00   | 1    | 5    |
| (26) Der Patient konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben.                                    | 1,85      | 1,549 | ,489    | -,932    | 1,00   | 0    | 5    |
| (27) Zusehen, dass auch andere Schwierigkeiten mit einem bestimmten Material haben, erleichterte das Arbeiten für den Patienten heute. | 1,90      | 1,201 | ,144    | -,798    | 2,00   | 0    | 5    |
| (28) Der Patient hat heute bemerkt, dass er selbst etwas bewirken kann.  | 3,18      | 1,144 | -,460   | -,416    | 3,00   | 0    | 5    |
| (29) Die Gestaltung könnte wie ein Vorbild für ihn sein.   | 3,02      | 1,488 | -,411   | -,798    | 3,00   | 0    | 5    |
| (30) Der Patient war heute für andere hilfreich.   | 2,50      | 1,548 | ,066    | -1,210   | 3,00   | 0    | 5    |
| (31) Der Patient bemerkte heute, dass auch andere ähnlich fühlen und denken wie er.  | 2,67      | 1,134 | ,052    | -,314    | 3,00   | 0    | 5    |
| (32) Zu sehen, dass andere von der Kunsttherapie profitieren, macht ihm heute Hoffnung.  | 2,97      | 1,188 | -,342   | -,767    | 3,00   | 0    | 5    |

$\bar{x}$  = Mittelwert; SD= Standardabweichung

**Tabelle 9: Mittelwerte und Rangfolge Erlebensdimensionen des FEKTTH**

| <b>Rang</b> | <b>Erlebensdimension<br/>aus dem FEKTTH</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>SD</b> |
|-------------|---|-----------------------------|-----------|
| 1.          | Beziehung<br>Kunsttherapeutin               | 3,96                        | 0,743     |
| 2.          | Gruppenkohäsion                             | 3,58                        | 1,060     |
| 3.          | Problembewältigung                          | 3,45                        | 1,046     |
| 4.          | Katharsis                                   | 3,29                        | 1,184     |
| 5.          | Ressourcenaktivierung                       | 3,25                        | 1,375     |
| 6.          | Motivationale Klärung                       | 3,14                        | 1,291     |
| 7.          | Einflößen von Hoffnung                      | 3,09                        | 1,224     |
| 8.          | Existenzielle Faktoren                      | 3,02                        | 1,161     |
| 9.          | Anleitung                                   | 2,80                        | 1,260     |
| 10.         | Interpersonelles Lernen<br>Output           | 2,61                        | 1,235     |
| 11.         | Identifikation                              | 2,50                        | 1,497     |
| 12.         | Problemaktualisierung                       | 2,45                        | 1,409     |
| 13.         | Universalität des<br>Leidens                | 2,29                        | 1,167     |
| 14.         | Altruismus                                  | 2,18                        | 1,548     |
| 15.         | Interpersonelles Lernen<br>Input            | 2,01                        | 1,167     |
| 16.         | Wiedererleben der<br>Familie                | 1,92                        | 1,226     |

### **6.1.5 Interpretation der deskriptiven Ergebnisse aus dem FEKTTH**

Insgesamt ist bei der Interpretation der deskriptiven Ergebnisse aus dem FEKTTH zu beachten, dass die Fragebögen nur von 4 KunsttherapeutInnen ausgefüllt worden sind.

Die Erlebensdimension Beziehung zum/r KunsttherapeutIn (Item 8 und Item 23) wurde von den KunsttherapeutInnen mit dem Mittelwert von 3,98 für das Item 8 (Der

Patient fühlte sich ausreichend von mir beachtet) und dem Item 23 (Ich denke, dass sich der Patient von mir unterstützt fühlt) mit dem Mittelwert 3,93 am positivsten bewertet (Tabelle 7 und Tabelle 8). Natürlich sind dies Items, die den Aspekt der sozialen Erwünschtheit sehr stark in sich tragen. Jeder Therapeut möchte, dass sich der Patient von ihm beachtet und unterstützt fühlt. Daneben ist dieser Faktor auch schwer von außen einschätzbar. Auf der anderen Seite haben PatientInnen wie auch TherapeutInnen diese Erlebensdimension am höchsten eingestuft und bestätigen gegenseitig die Bedeutung dieser Erlebensdimension.

Die Erlebensdimensionen Gruppenkohäsion (Item 16 und Item 25), Problembewältigung (Item 4 und Item 28), Katharsis (Item 2 und Item 15), Ressourcenaktivierung (Item 1 und Item 3), Motivationale Klärung (Item 5 und Item 10), Einflößen von Hoffnung (Item 9 und Item 32) und Existentielle Faktoren (Item 18 und Item 19) wurden danach am positivsten beurteilt (siehe Tabelle 9 ). Damit sind die gleichen Erlebensdimensionen unter den ersten acht Positionen, wie aus PatientInnensicht angegeben. Es scheint hier eine Übereinstimmung des Erlebens gegeben zu haben. Allerdings ist aus TherapeutInnensicht die Problembewältigung positiver eingeschätzt worden als aus PatientInnenperspektive. Ressourcenaktivierung ist dagegen von Rang zwei aus PatientInnensicht auf Rang 5 bei den TherapeutInnen zu finden. Im Ganzen kann gesagt werden, dass die TherapeutInnen die Items höher bewertet haben als die PatientInnen. Ob dies signifikant unterschiedlich ist, kann auf Grund der geringen n- Zahl der KunsttherapeutInnen nicht gesagt werden.

Am negativsten wurden, wie aus PatientInnensicht ebenfalls, die Erlebensdimensionen Wiedererleben der Familie (Item 17 und Item 20), Altruismus (Item 26 und Item 30) und Interpersonelles Lernen Input (Item 22 und Item 24) aus TherapeutInnensicht erlebt. Damit bestätigen die TherapeutInnen das Erleben der PatientInnen bezüglich dieser drei Wirkfaktoren. Zu beachten ist, dass auch wenn diese Items wenig aktualisiert worden sind, sie trotzdem Effekte haben können. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die deskriptiven Ergebnisse gut in vorhandene Studien der Psychotherapieforschung einordnen lassen und durch die Darstellung der Rangfolgen anhand des Mittelwertes eine erste Tendenz bezüglich der PatientInnen- und TherapeutInnensicht gezogen werden kann. Auch wenn an dieser Stelle kein Signifikanztest auf Grund der geringen Anzahl (n=4) von



KunsttherapeutInnen, möglich war, kann anhand der Mittelwerte festgestellt werden, dass die TherapeutInnen das Erleben der PatientInnen tendenziell positiver bewerten, aber PatientInnen und TherapeutInnen die gleichen Erlebensdimensionen unter den ersten acht Erlebensdimensionen sehen.

## **6.2 Fragebogenüberprüfung**

### **6.2.1 Itemanalyse**

Die Berechnung der Trennschärfe ergab, dass bis auf Item 7 alle Items im Normbereich ( $>.50$  und  $<.32$ ) liegen. Item 7 hatte eine negative Trennschärfe mit  $-.075$  und wurde mit Item 14 zusammen vor der Faktorenanalyse ausgeschlossen. Da sich der inhaltliche Grund der negativen Trennschärfe damit begründen ließ, dass beide Items (Erlebensdimension Problemaktualisierung) als einzige Items im Fragebogen auf Probleme bzw. Unangenehmes abzielen und somit die Messergebnisse verzerren können, da hier ein hoher Wert inhaltlich etwas anderes bedeuten kann als bei den anderen Items.

Der Schwierigkeitsindex (Normbereich:  $p=0.15-0.85$ ) liegt bei allen Items im Normbereich. Je höher er ist, umso häufiger wurden die Items mit „Trifft zu“ beantwortet.

Tabelle 10: Trennschärfe und Schwierigkeitsindex FEKTP

| Items | p   | rit          |
|-------|-----|--------------|
| 1     | ,82 | ,490**       |
| 2     | ,72 | ,584**       |
| 3     | ,57 | ,607**       |
| 4     | ,50 | ,526**       |
| 5     | ,60 | ,668**       |
| 6     | ,55 | ,636**       |
| 7     | ,37 | <b>-,075</b> |
| 8     | ,77 | ,520**       |
| 9     | ,58 | ,701**       |
| 10    | ,55 | ,677**       |
| 11    | ,37 | ,516**       |
| 12    | ,66 | ,389**       |
| 13    | ,44 | ,419**       |
| 14    | ,57 | ,420**       |
| 15    | ,58 | ,606**       |
| 16    | ,58 | ,455**       |
| 17    | ,41 | ,607**       |
| 18    | ,62 | ,624**       |
| 19    | ,50 | ,610**       |
| 20    | ,37 | ,528**       |
| 21    | ,36 | ,381**       |
| 22    | ,36 | ,533**       |
| 23    | ,72 | ,436**       |
| 24    | ,36 | ,558**       |
| 25    | ,72 | ,437**       |
| 26    | ,31 | ,542**       |
| 27    | ,49 | ,535**       |
| 28    | ,64 | ,658**       |
| 29    | ,46 | ,629**       |
| 30    | ,35 | ,560**       |
| 31    | ,56 | ,463**       |
| 32    | ,69 | ,617**       |

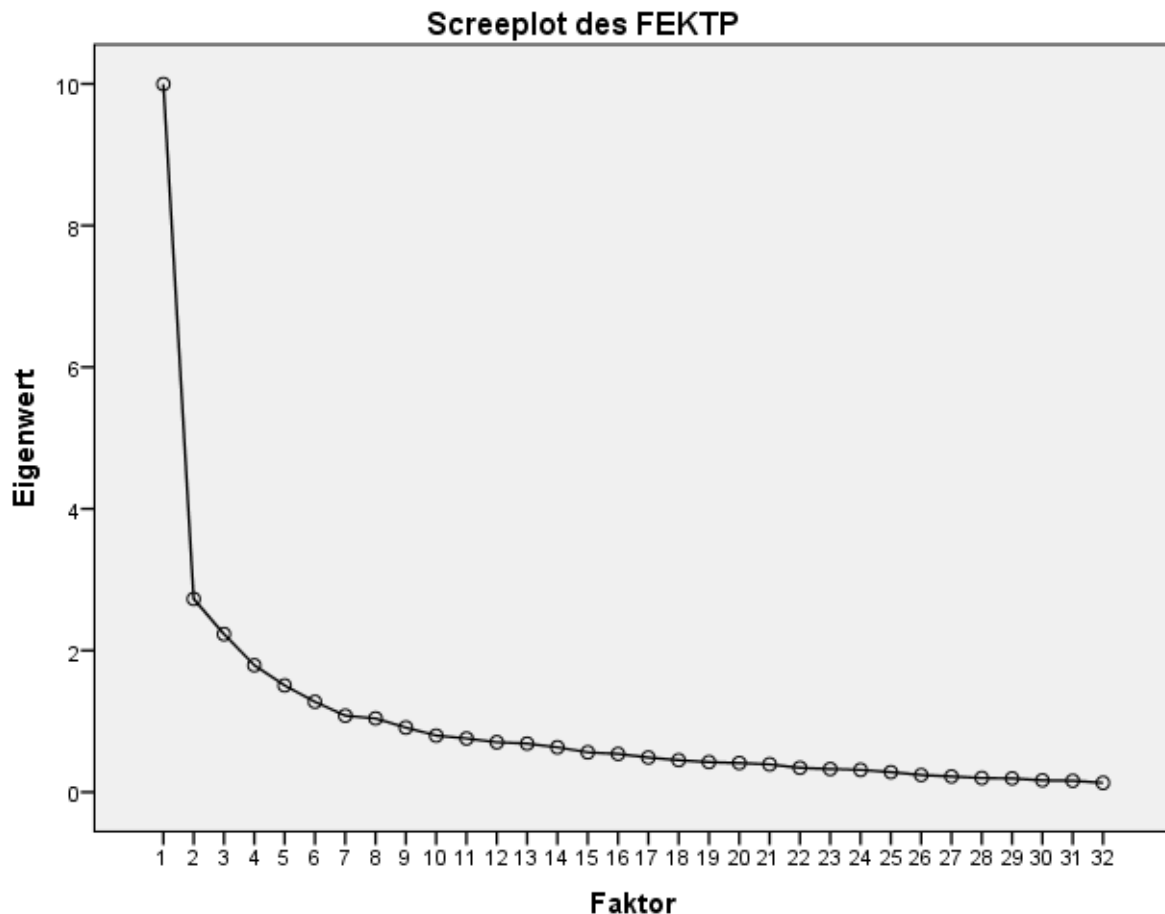
Trennschärfe rit soll < .50 sein und nicht <.32;  
 Schwierigkeitsindex: p=0.15-0.85

## 6.2.2 Faktorenanalyse FBKTP

Die Daten für die Faktorenanalyse sind laut dem Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Maß mit einem KMO- Koeffizienten von 0,859 gut (Kaiser, 1974) geeignet. Der Bartlett-Test auf Sphärizität ergibt die Zurückweisung der Nullhypothese, wonach zwischen den Variablen in der Analyse keine Korrelationen bestehen. Die Faktorenlösung ist also signifikant und das Rechnen der Faktorenanalyse ist sinnvoll. Die Stichprobengröße mit  $n > 100$  ist ebenfalls ausreichend (Bühner, 2006).

Zunächst flossen von 32 Items des FEKTP 30 Items in die Berechnung einer explorativen Faktorenanalyse ein. Die Items 7 und 14 (Wirkfaktorzuordnung: Problemaktualisierung) wurden aufgrund der negativen Trennschärfe von Item 7 und der negativen Formulierung beider Items vor der Faktorenanalyse ausgeschlossen. Dann wurde eine Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation w für Items mit den höchsten Ladungen durchgeführt.

Betrachtet man den Eigenwert  $> 1$ , würde eine Faktorenanalyse mit 8 Faktoren in Frage kommen. Es wurde mit SPSS eine erste rotierte Komponentenmatrix mit acht Faktoren erstellt. Ein weiteres Kriterium für die Faktoranzahl ist der Screeplot (Vgl. Wolff und Bacher, 2010). Wie sich aus dem Screeplot in Abbildung 4 entnehmen lässt, zeigt die Verlaufskurve des FEKTP einen „Knick“ bzw. wird flacher nach sieben Items, was für eine Lösung spricht, die mit sechs Faktoren optimal beschrieben und somit inhaltlich repräsentiert wird. Es wurde darauf eine zweite Faktorenanalyse mit einer sechsfachen Lösung ausgerechnet.



**Abbildung 4: Screepplot FEKTP**

Die Konkurrenzladungen sind deutlich und nehmen Werte an, die deutlich unter denen der Ladungen auf dem Hauptfaktor liegen. Es mussten weitere 8 Items sukzessive ausgeschlossen werden, bei denen die Konkurrenzladungen ähnlich hoch waren wie der höchste Wert oder die Items luden  $<.45$  auf einen Faktor. Dabei hatten nach der 2. Faktorenanalyse 6 Faktoren einen Eigenwert  $>1$  und auch SPSS wählte diese Faktorenlösung aus.

Die Sechs- Faktor Lösung klärt 64,989 % der Gesamtvarianz auf.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Faktorenanalyse, Mittelwerte, Standardabweichung sowie Itemschwierigkeit und Trennschärfe abgebildet.

**Legende zu Tabelle 11**

**Skalenbenennung:**

- Skala 1: Selbstwirksamkeits- Erfahrungen
- Skala 2: Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens
- Skala 3: Unterstützende Erfahrungen mit der Kunsttherapeutin
- Skala 4: Identitätsstiftende Erfahrungen
- Skala 5: Resonanzenerfahrungen mit der Gruppe
- Skala 6: Erfahrene Anteilnahme

Tabelle 11: Faktorenanalyse des FEKTP zu t2

| Skalen   | Komponente |      |      |      |      |       | $\bar{x}$ | SD    | p   | rit  |
|--|------------|------|------|------|------|-------|-----------|-------|-----|------|
|  | 1          | 2    | 3    | 4    | 5    | 6     |           |       |     |      |
| <b>Skala 1: Selbstwirksamkeits- Erfahrungen</b><br><b>Cronbach's <math>\alpha = .807</math></b>  |            |      |      |      |      |       |           |       |     |      |
| (3) Ich habe mich heute mit meinen Stärken erleben können.   | ,824       |      |      |      |      |       | 2,83      | 1,430 | ,57 | ,607 |
| (1) Das Gestalten hat mir Freude bereitet.   | ,634       |      |      |      |      |       | 4,11      | 1,006 | ,82 | ,490 |
| (15) Ich habe eine befreiende Wirkung erlebt.  | ,650       |      |      |      |      |       | 2,94      | 1,566 | ,58 | ,606 |
| (4) Ich habe ein gestalterisches Problem gelöst.   | ,615       |      |      |      |      |       | 2,50      | 1,542 | ,50 | ,526 |
| (9) Die Gestaltung hat mir heute Hoffnung gegeben.   | ,577       |      |      |      |      |       | 2,94      | 1,410 | ,58 | ,701 |
| <b>Skala 2: Klärende Erfahrungen d. Sozialverh.</b><br><b>Cronbach's <math>\alpha = .773</math></b>  |            |      |      |      |      |       |           |       |     |      |
| (11) Ich habe heute etwas darüber erfahren, wie ich mit anderen Menschen in Kontakt trete.   |            | ,711 |      |      |      |       | 1,87      | 1,512 | ,37 | ,516 |
| (6) Das Gestalten hilft mir, mich der Gruppe anzuvertrauen.  |            | ,649 |      |      |      |       | 2,75      | 1,391 | ,55 | ,636 |
| (5) Durch meine Gestaltung sind mir eigene Verhaltensweisen bewusst geworden.  |            | ,609 |      |      |      |       | 3,01      | 1,377 | ,60 | ,668 |
| (17) Die Kunsttherapiesitzung hat dazu beigetragen, dass ich Probleme, die ich in der Vergangenheit mit wichtigen Menschen hatte, besser verstehen kann. |            | ,519 |      |      |      |       | 2,10      | 1,447 | ,41 | ,607 |
| (24) Durch das Gestalten in der Gruppe habe ich heute bemerkt, wie ich mit anderen umgehe.   |            | ,545 |      |      |      |       | 1,81      | 1,325 | ,36 | ,558 |
| <b>Skala 3: Unterstützende Erfahrungen Kunstth.</b><br><b>Cronbach's <math>\alpha = .727</math></b>  |            |      |      |      |      |       |           |       |     |      |
| (23) Ich fühlte mich heute von der Kunsttherapeutin unterstützt.   |            |      | ,810 |      |      |       | 3,63      | 1,238 | ,72 | ,436 |
| (8) Die Kunsttherapeutin hat meinen Gefühlen Beachtung geschenkt.  |            |      | ,701 |      |      |       | 3,93      | 1,108 | ,77 | ,520 |
| (12) Ich habe heute einen Hinweis von der Kunsttherapeutin erhalten.   |            |      | ,761 |      |      |       | 3,30      | 1,421 | ,66 | ,389 |
| <b>Skala 4: Identitätsstiftende Erfahrungen</b><br><b>Cronbach's <math>\alpha = .704</math></b>  |            |      |      |      |      |       |           |       |     |      |
| (20) Die heutige Kunsttherapiestunde machte mir bewusst, wie es mir in meiner Familie geht.  |            |      |      | ,701 |      |       | 1,87      | 1,755 | ,37 | ,528 |
| (29) Meine Gestaltung ist wie ein Vorbild für mich.  |            |      |      | ,691 |      |       | 2,36      | 1,682 | ,46 | ,629 |
| (19) Mir wurde heute durch die Gestaltung klar, worauf es mir im Leben ankommt.  |            |      |      | ,653 |      |       | 2,51      | 1,686 | ,50 | ,610 |
| <b>Skala 5: Resonanzerfahrungen mit der Gruppe</b><br><b>Cronbach's <math>\alpha = .660</math></b>   |            |      |      |      |      |       |           |       |     |      |
| (13) Die Gestaltung eines Gruppenmitglieds zeigte heute ein Thema, das mich inspirierte.   |            |      |      |      | ,743 |       | 2,22      | 1,754 | ,44 | ,419 |
| (26) Ich konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben.  |            |      |      |      | ,714 |       | 1,54      | 1,563 | ,31 | ,542 |
| (22) Ich habe heute in der Kunsttherapie erfahren, wie ich auf andere wirke.   |            |      |      |      | ,548 |       | 1,82      | 1,587 | ,36 | ,533 |
| <b>Skala 6: Erfahrene Anteilnahme</b><br><b>Cronbach's <math>\alpha = .448</math></b>  |            |      |      |      |      |       |           |       |     |      |
| (25) Ich habe mich heute der Kunsttherapiegruppe zugehörig gefühlt   |            |      |      |      |      | ,653  | 3,63      | 1,185 | ,72 | ,437 |
| (16) Ich hatte heute das Gefühl, dass mich die Gruppe versteht.  |            |      |      |      |      | ,644  | 2,92      | 1,330 | ,58 | ,455 |
| (21) Es war heute wichtig, dass mir bei der Umsetzung meiner Gestaltung geholfen wurde.  |            |      |      |      |      | -,635 | 1,82      | 1,587 | ,36 | ,381 |

rit= Trennschärfe p= Itemschwierigkeit

Tabelle 12: Skalenmittelwerte t2

| Skalen                       | N   | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------------------------|-----|------------|--------------------|
| Skala 1 FEKTP                | 127 | 3,0625     | 1,05616            |
| Skala 2 FEKTP                | 127 | 2,3097     | 1,01813            |
| Skala 3 FEKTP                | 127 | 3,6142     | 1,02110            |
| Skala 4 FEKTP                | 126 | 2,2487     | 1,37271            |
| Skala 5 FEKTP                | 127 | 1,8504     | 1,24134            |
| Skala 6 FEKTP                | 127 | 3,2454     | ,95045             |
| Gültige Anzahl (listenweise) | 126 |            |                    |

Alle Items der 6 Skalen haben einen Schwierigkeitsindex zwischen 0,31 und 0,82. Es waren demnach alle Items im Normbereich<sup>23</sup> (vgl. 5.6.1).

Die Trennschärfen liegen von ,381 bis ,701. Trennschärfen in einem Bereich von  $>.50$  gelten als hoch (Fisseni, 1997), sodass bei fast allen Items von einer zufriedenstellenden Trennschärfe gesprochen werden kann.

Die interne Konsistenz der Skalen liegt mit Werten zwischen Cronbach's  $\alpha = 0,448$  und  $\alpha = 0,807$ . Da Skala 6 mit Cronbach's  $\alpha = 0,448$  einen inakzeptablen Wert besitzt, sollte diese Skala mit ihren Items aus dem Fragebogen ausgeschlossen werden. Damit liegen die Skalen mit Cronbach's  $\alpha = 0,660$  bis Cronbach's  $\alpha = 0,807$  in einem akzeptablen bis guten Bereich (vgl. George und Mallery 2003, S.231<sup>24</sup>). Die Skalen haben somit eine gute Messgenauigkeit.

Durch die Faktorenanalyse und dem zu erwägenden Ausschluss der 6. Skala würde eine fünf faktorielle Lösung mit 19 Items für den FEKTP erzielt werden.

Die ursprüngliche Einteilung des Fragebogens anhand von Grawes und Yaloms Dimensionen liegt nun dem Fragebogen FEKTP nicht mehr zu Grunde, da diese theoretische Struktur durch die Faktorenanalyse aufgelöst wurde.

<sup>23</sup> Der Schwierigkeitsindex sollte zwischen  $p = 0.15$  und  $p = 0.85$  liegen (Lienert und Raatz, 1998; Fisseni, 1997).

<sup>24</sup> „  $>.9$  – Excellent,  $>.8$  – Good,  $>.7$  – Acceptable,  $>.6$  – Questionable,  $>.5$  – Poor, and  $<.5$  – Unacceptable“

### 6.2.3 Gütekriterien

Die quantitativen Gütekriterien wurden durch folgende Vorgehensweisen und Analyseverfahren überprüft:

Die Objektivität wurde durch die Standardisierung der Untersuchungssituation (gleichbleibender Zeitpunkt, direkt nach der Kunsttherapiesitzung), der Instruktion (Aufklärungsgespräch und schriftliche Instruktion auf dem Fragebogen), der Auswertung und der Vorgaben zur Interpretation (SPSS und statistische Vorgaben) optimiert. Von einer hohen Auswertungsobjektivität kann ausgegangen werden, da bei dem vorliegenden Fragebogen durch die Wahl des numerischen Antwortformats (6-stufige-Ratingskala) und die Erstellung eines gemeinsamen Codeplans unterschiedliche Auswerter zum gleichen formalen Ergebnis kommen.

Die inhaltliche Validität wurde sichergestellt, indem die Items des Fragebogens unter Berücksichtigung verschiedener Informationsquellen generiert wurden. Literatur in Form von theoretischen Abhandlungen und empirischen Studien, Messinstrumente mit ähnlichem Geltungsbereich und Erfahrungswerte aus der therapeutischen Praxis wurden herangezogen. Weiterhin wurden die entwickelten Items von externen wissenschaftlichen Mitarbeitern des Forschungskolloquiums auf sprachliche Verständlichkeit, Eindeutigkeit des Inhalts und auf Eindeutigkeit hinsichtlich des Konstrukts überprüft. In jeder Phase der Fragebogenentwicklung wurden die ausgewählten Items reflektiert und hinterfragt, ob diese den gewünschten Erlebensbereich repräsentieren. Die Passung der Items zu den jeweiligen Erlebensdimensionen wurde im Forschungskolloquium überprüft. Im Prozess der Itemselektion, der primär auf Grundlage faktorenanalytischer Verfahren, und somit in erster Linie hinsichtlich statistischer Kriterien erfolgte, wurden die Entscheidungen für oder gegen die Eliminierung von Items immer auch unter Berücksichtigung der Inhaltsvalidität getroffen. Die Konstruktvalidierung ist durch die Dimensionalitätsüberprüfung mittels der explorativen Faktorenanalyse (siehe Tabelle 11) gegeben.

Die Reliabilität wird durch eine Konsistenzanalyse überprüft. Die 5 Skalen des FEKTP liegen mit Cronbach's  $\alpha = 0,660$  bis Cronbach's  $\alpha = 0,807$  in einem akzeptablen bis guten Bereich der Reliabilität (siehe Tabelle 11).

Der FEKTP ist das erste kunsttherapeutische Erhebungsinstrument, welches Wirkfaktoren aus der Gesprächsgruppentherapie adaptiert und somit, speziell für die Kunsttherapie, Erlebensdimensionen aus PatientInnen­sicht erheben kann.

#### 6.2.4 Konfirmatorische Faktorenanalyse FEKTTH

Für den Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus TherapeutInnen­sicht (FEKTTH) wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) gerechnet, da dieser nur von 4 verschiedenen Kunsttherapeutinnen ausgefüllt wurde. Deshalb wurden die Ergebnisse aus der Explorativen Faktorenanalyse des FEKTP als zu prüfendes Modell angesehen. Es wurde eine CFA mit Modifikationsindizes zwischen den Fehlervariablen e5 und e15 sowie e8 und e13 vorgenommen (Byrne, 2010; Hu and Bentler, 1999). In Tabelle 13 wird deutlich, dass die Fit-Indices für eine geringe Modellpassung sprechen. Hierbei ist anzumerken, dass der Chi-Quadrat-Test möglicherweise bei einem kleinen Sample nicht zwischen guter und schlechter Modellpassung differenzieren kann (Kenny und McCoach, 2003). Auch die geringe TherapeutInnenanzahl kann hier das Problem sein. RMSEA und SRMR sind gerade noch akzeptabel. Die angegebenen Cut Off Werte sind jedoch stark umstritten, da sie sehr situationsabhängig sind. Moderatere Cut-Off Grenzen sind laut Bühner (2006) durchaus vertretbar.

Der FEKTTH muss deshalb mit einer höheren KunsttherapeutInnen Anzahl erneut überprüft werden. Der FEKTTH zeigt jedoch in den deskriptiven Ergebnissen sein Potenzial.

Tabelle 13: Chi- Quadrat und Fit - Indices für den FEKTTH zu t2

|                      | $\chi^2$ | CFI  | RMSEA | SRMR |
|----------------------|----------|------|-------|------|
| FEKTTH <sub>t2</sub> | 327.188  | .841 | .092  | .113 |

FEKTTH= Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus KunsttherapeutInnen­sicht Messzeitpunkt t2; CFI = Comparative-Fit-Index (Cut-Off > .95); SRMR = Standardized – Root- Mean- Square Residual (Cut-Off < .11); RMSEA = root mean square of approximation (Cut-Off < 0.06)



## 6.3 Das Erleben der Kunsttherapiegruppe bei Essstörungen

### 6.3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 14: Demografische Daten und Deskriptive Statistik Stichprobe Essstörungen

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Sample Total n=28</b>                                  |               |
| Anorexia nervosa (F50.0 und F50.1)                        | 17            |
| Bulimia nervosa (F50.2)                                   | 2             |
| Essstörung, nicht näher bezeichnet (F50.9)/ Binge- Eating | 9             |
| Geschlecht n=27   | 26 Frauen     |
| Durchschnittsalter (STA) n=26                             | 25,31 Jahre   |
| Therapiedauer n=21  | 48,86 Tage    |
| <b>Höchster erreichter Schulabschluss: von n=24</b>       |               |
| Abitur/ Fachhochschulreife                                | 8             |
| Mittlere Reife  | 3             |
| Hauptschulabschluss                                       | 5             |
| Schüler   | 6             |
| Kein Schulabschluss                                       | 2             |
| <b>Höchster erreichter Berufsabschluss: n=23</b>          |               |
| Ohne Berufsabschluss                                      | 7             |
| In Ausbildung   | 8             |
| Lehre /Fachschule   | 6             |
| Fachhochschule /Universitätsabschluss                     | 2             |
| <b>Bestreitung des Lebensunterhalts: n=24</b>             |               |
| Eltern  | 13            |
| Partner   | 2             |
| Tariflich bezahlte Arbeit                                 | 5             |
| Arbeitslosenversicherung                                  | 3             |
| Krankengeld   | 1             |
| Sozialkontakte mehr als einmal pro Woche n=24             | 15            |
| Medikation n=23   | 6             |
| Symptomatik besteht in momentan beobachteter              |               |
| Schwere seit: n= 24                                       | 27,83 Monaten |

Es wurden insgesamt n=28 PatientInnen mit einer Essstörung rekrutiert. N=22 konnten für die Fragebogenauswertung verwendet werden. Das ergibt eine Rücklaufquote von 78,57%.

### 6.3.2 Häufigkeitsverteilungen der Items zum Erleben der Kunsttherapiegruppe für PatientInnen mit einer Essstörung

Tabelle 15 zeigt, dass Skala 1 (Selbstwirksamkeits-Erfahrung) und Skala 3 (Unterstützende Erfahrungen mit der Kunsttherapeutin) bei den PatientInnen mit einer Essstörung am positivsten erlebt wurden.

**Tabelle 15: Skalenmittelwerte Essstörungen/ restliche PatientInnengruppe**

| Skala   | Patientengruppe       | H   | Mittelwert | SD      |
|---|-----------------------|-----|------------|---------|
| <b>Skala1 FEKTP</b><br>Selbstwirksamkeits- Erfahrungen                        | Essstörungen          | 22  | 2,85       | ,89215  |
|   | Somatoform/Depression | 105 | 3,10       | 1,08566 |
| <b>Skala2 FEKTP</b><br>Klärende Erfahrungen des<br>Sozialverhaltens           | Essstörungen          | 22  | 1,87       | ,85422  |
|   | Somatoform/Depression | 105 | 2,40       | 1,02940 |
| <b>Skala3 FEKTP</b><br>Unterstützende Erfahrungen mit der<br>Kunsttherapeutin | Essstörungen          | 22  | 3,52       | 1,13961 |
|   | Somatoform/Depression | 105 | 3,63       | ,99922  |
| <b>Skala4 FEKTP</b><br>Identitätsstiftende Erfahrungen                        | Essstörungen          | 22  | 1,91       | 1,27732 |
|   | Somatoform/Depression | 105 | 2,32       | 1,38720 |
| <b>Skala5 FEKTP</b><br>Resonanzerfahrungen mit der<br>Gruppe                  | Essstörungen          | 22  | 1,62       | ,98290  |
|   | Somatoform/Depression | 105 | 1,90       | 1,28778 |
| <b>Skala6 FEKTP</b><br>Erfahrene Anteilnahme                                  | Essstörungen          | 22  | 2,70       | 1,09790 |
|   | Somatoform/Depression | 105 | 3,36       | ,87983  |

In Tabelle 16 sowie Tabelle 17 sind die Mittelwerte zu Messzeitpunkt t2 (nach der 6. Kunsttherapiesitzung) des Fragebogens von PatientInnen mit einer Essstörung und die Einschätzung der KunsttherapeutInnen abgebildet.

Tabelle 16: Mittelwerte FEKTP Stichprobe Essstörungen t2

| Items | N  | $\bar{x}$ t2 | SD    |
|-------|----|--------------|-------|
| 1     | 22 | 4,00         | ,756  |
| 2     | 22 | 3,05         | 1,253 |
| 3     | 22 | 2,23         | 1,541 |
| 4     | 22 | 2,14         | 1,583 |
| 5     | 22 | 2,77         | 1,232 |
| 6     | 22 | 2,09         | 1,411 |
| 7     | 22 | 2,23         | 1,875 |
| 8     | 22 | 3,77         | 1,343 |
| 9     | 22 | 2,95         | 1,290 |
| 10    | 22 | 2,64         | 1,840 |
| 11    | 22 | 1,41         | 1,532 |
| 12    | 21 | 3,19         | 1,470 |
| 13    | 22 | 1,95         | 1,647 |
| 14    | 22 | 3,09         | 1,688 |
| 15    | 21 | 2,95         | 1,431 |
| 16    | 22 | 2,05         | 1,618 |
| 17    | 22 | 1,77         | 1,445 |
| 18    | 22 | 2,82         | 1,500 |
| 19    | 22 | 2,00         | 1,799 |
| 20    | 21 | 1,71         | 1,678 |
| 21    | 22 | 1,77         | 1,478 |
| 22    | 22 | 1,77         | 1,412 |
| 23    | 22 | 3,50         | 1,371 |
| 24    | 22 | 1,32         | 1,211 |
| 25    | 22 | 2,82         | 1,736 |
| 26    | 22 | 1,14         | 1,356 |
| 27    | 22 | 2,45         | 1,625 |
| 28    | 22 | 2,59         | 1,709 |
| 29    | 21 | 1,95         | 1,717 |
| 30    | 21 | 1,24         | 1,179 |
| 31    | 22 | 3,00         | 1,414 |
| 32    | 20 | 3,05         | 1,504 |

N= Anzahl  $\bar{x}$ = Mittelwert SD= Standardabweichung t2= Messzeitpunkt

Tabelle 17: Mittelwerte FEKTTH Stichprobe Essstörungen

| Items | N  | $\bar{x}$ t2 | SD    |
|-------|----|--------------|-------|
| 1     | 26 | 3,54         | 1,067 |
| 2     | 26 | 2,96         | 1,183 |
| 3     | 25 | 3,24         | 1,052 |
| 4     | 26 | 3,50         | 1,030 |
| 5     | 26 | 3,12         | 1,275 |
| 6     | 26 | 3,15         | 1,317 |
| 7     | 26 | 2,12         | 1,275 |
| 8     | 26 | 4,04         | ,662  |
| 9     | 26 | 3,04         | 1,428 |
| 10    | 26 | 3,19         | 1,327 |
| 11    | 26 | 1,58         | 1,172 |
| 12    | 26 | 4,38         | ,637  |
| 13    | 26 | 2,31         | 1,619 |
| 14    | 26 | 3,77         | 1,275 |
| 15    | 26 | 3,04         | 1,183 |
| 16    | 26 | 3,08         | 1,129 |
| 17    | 26 | 1,58         | 1,065 |
| 18    | 26 | 3,27         | 1,185 |
| 19    | 26 | 2,85         | ,967  |
| 20    | 26 | 1,73         | 1,282 |
| 21    | 26 | 2,19         | 1,497 |
| 22    | 26 | 2,54         | 1,334 |
| 23    | 26 | 4,08         | ,688  |
| 24    | 26 | 1,85         | 1,255 |
| 25    | 26 | 3,65         | ,745  |
| 26    | 26 | 1,92         | 1,742 |
| 27    | 26 | 2,46         | 1,240 |
| 28    | 26 | 3,00         | 1,166 |
| 29    | 26 | 2,81         | 1,600 |
| 30    | 26 | 3,15         | 1,461 |
| 31    | 26 | 3,08         | 1,197 |
| 32    | 26 | 3,23         | ,992  |

N= Anzahl  $\bar{x}$ = Mittelwert SD= Standardabweichung t2= Messzeitpunkte

### 6.3.3 Ergebnisse U-Test nach Mann & Whitney

Tabelle 18: Ränge des Rangsummentests Vergleich Essstörungen/ restliche PatientInnengruppen

| Patientengruppe | N                     | Mittlerer Rang | Rangsumme |         |
|-----------------|-----------------------|----------------|-----------|---------|
| Skala 1 FEKTP   | Essstörungen          | 22             | 54,45     | 1198,00 |
|                 | Somatoform/Depression | 105            | 66,00     | 6930,00 |
|                 | Gesamt                | 127            |           |         |
| Skala 2 FEKTP   | Essstörungen          | 22             | 45,64     | 1004,00 |
|                 | Somatoform/Depression | 105            | 67,85     | 7124,00 |
|                 | Gesamt                | 127            |           |         |
| Skala 3 FEKTP   | Essstörungen          | 22             | 61,98     | 1363,50 |
|                 | Somatoform/Depression | 105            | 64,42     | 6764,50 |
|                 | Gesamt                | 127            |           |         |
| Skala 4 FEKTP   | Essstörungen          | 22             | 53,68     | 1181,00 |
|                 | Somatoform/Depression | 104            | 65,58     | 6820,00 |
|                 | Gesamt                | 126            |           |         |
| Skala 5 FEKTP   | Essstörungen          | 22             | 58,91     | 1296,00 |
|                 | Somatoform/Depression | 105            | 65,07     | 6832,00 |
|                 | Gesamt                | 127            |           |         |
| Skala 6 FEKTP   | Essstörungen          | 22             | 45,91     | 1010,00 |
|                 | Somatoform/Depression | 105            | 67,79     | 7118,00 |
|                 | Gesamt                | 127            |           |         |

In Tabelle 18 ist zu sehen, dass die Mittleren Ränge bei der PatientInnengruppe Essstörungen in allen Skalen niedriger sind, als die Mittleren Ränge der restlichen Patientengruppe. Ein höherer Wert bedeutet, dass eine höhere Ausprägung angekreuzt wurde. Die untersuchten PatientInnen mit einer Essstörung haben die sechs Skalen weniger positiv erlebt.

**Tabelle 19: U- Test Signifikanzprüfung FEKTP**

|                                      | Skala 1  | Skala 2     | Skala 3  | Skala 4  | Skala 5  | Skala 6     |
|--------------------------------------|----------|-------------|----------|----------|----------|-------------|
| Mann-Whitney-U                       | 945,000  | 751,000     | 1110,500 | 928,000  | 1043,000 | 757,000     |
| Wilcoxon-W                           | 1198,000 | 1004,000    | 1363,500 | 1181,000 | 1296,000 | 1010,000    |
| Z                                    | -1,340   | -2,579      | -,286    | -1,392   | -,716    | -2,549      |
| Asymptotische Signifikanz (2-seitig) | ,180     | ,010        | ,775     | ,164     | ,474     | ,011        |
| Exakte Signifikanz (2-seitig)        | ,182     | <b>,009</b> | ,778     | ,165     | ,477     | <b>,010</b> |
| Exakte Signifikanz (1-seitig)        | ,091     | ,005        | ,389     | ,083     | ,239     | ,005        |
| Punkt-Wahrscheinlichkeit             | ,001     | ,000        | ,001     | ,000     | ,001     | ,000        |

a. Gruppenvariable: PatientInnengruppe

Der U- Test nach Mann und Whitney ergab, dass sich das Antwortverhalten der PatientInnen mit einer Essstörung bei einem Niveau von 5 % signifikant bei Skala 2 ( $p=,009$ ) und 6 ( $p=,010$ ) von der restlichen Patientengruppe unterscheidet.

Skala 2 „ Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens“ und Skala 6 „ Erfahrene Anteilnahme“ werden also signifikant weniger positiv von PatientInnen mit einer Essstörung erlebt. Die Nullhypothese muss also abgelehnt werden und die Alternativhypothese angenommen werden. Die beiden Skalen (2 und 6) umfassen mit ihren Items (siehe Kapitel 6.1.2) Aspekte, die die Zugehörigkeit zur Gruppe und das eigene Verhalten in der Gruppe reflektieren. In der Literatur wird ebenfalls die Erlebnisweise beschrieben, dass PatientInnen mit einer Essstörung oft Gefühle nicht aussprechen können und somit nur langsam in die verbale Gruppentherapie hinein finden (Diamond–Raab und Orrell-Valente, 2002). Auch Rehavia-Hanauer (2003) berichtet, dass sie bei PatientInnen mit einer Essstörung in der Kunsttherapiegruppe vermehrt beobachten konnte, dass sie den Wunsch nach Zuneigung und Halt haben und die Unmöglichkeit, diesen auszudrücken. Sowie das Bedürfnis in Beziehung treten zu wollen und gleichzeitig den Wunsch zu haben, autonom zu sein. Warum die Gruppenzugehörigkeit und Klärung in der Gruppe weniger positiv erlebt werden, passt ebenso zu dem Verständnis von Essstörungen wie in Kapitel 4.1 und Kapitel 4.2 anhand von Staubers Ausführungen beschrieben. Der Widerstand gegen Anforderungen von außen, die geforderte Individualisierung- alles alleine schaffen zu können, und das gewohnte autonome Handeln -aus Angst die Kontrolle zu verlieren, können Gründe sein, warum die „Erfahrene Anteilnahme“ und „Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens“ weniger positiv erlebt werden.

#### **6.3.4 Ergebnisse der Interviewanalyse**

Im folgenden Absatz werden die Ergebnisse der Interviewanalyse vorgestellt. Es wurden zwei Frauen mit einer Anorexia nervosa interviewt, die das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus ihrer Sicht beschreiben.

Im Anhang werden die drei Hauptkategorien der qualitativen Inhaltsanalyse mit ihren Unterkategorien vorgestellt. Die erste Kategorie „Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen aus PatientInnensicht“ ist dabei die quantitativ am häufigsten eingeordnete Kategorie und ist auch inhaltlich sehr bedeutsam, da das Erleben der Kunsttherapiegruppe hier ausführlich beschrieben wird und somit das zentrale Phänomen erfasst. Die Kernkategorie „Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen“ umfasst alle Abschnitte, in denen die Patientinnen beschreiben, was sie in der Kunsttherapie tun und welche Auswirkungen ihre Handlungen auf ihr Erleben haben. Die Unterkategorie „Nacherleben des gestalterischen Tuns“ beschränkt sich dabei auf alle Beschreibungen zu technischen Handlungen in der Kunsttherapie, wie beispielsweise der Speckstein bearbeitet wird. Aber auch Beschreibungen zum Ablauf der Sitzung, zur Materialauswahl oder wie die PatientInnen Ideen entwickelt haben. Weitere Unterkategorien sind: „Erleben wie das gestalterische Tun wirkt“, „Erleben wie die Gestaltung wirkt“, „Erleben von Gefühlen“, und „Symbolisierungserleben aus Patientinnensicht“. Diese erste Hauptkategorie kann somit von weiteren Hauptkategorien abgegrenzt werden.

Da diese erste Kategorie aber den kunsttherapeutischen Prozess oder das künstlerisch- ästhetische Erleben beschreibt, besitzt sie auch viele Verknüpfungen zu den anderen Kategorien, da der Prozess auch in der Gruppe oder mit dem/der KunsttherapeutIn (siehe zweite Hauptkategorie) stattfinden kann.

Die zweite Hauptkategorie „(therapeutische) Beziehungen in der Kunsttherapie“ wird unterteilt in die „Beziehung zur Kunsttherapiegruppe“ und in die „Beziehung zur Kunsttherapeutin“. Die letzte Hauptkategorie umfasst alle Textbereiche über „Veränderte Selbstwahrnehmung aus Patientinnensicht“. Ein externer Rater bildete ebenfalls für beide Interviews Kategorien und kam zu einem sehr ähnlichen Ergebnis. Der Rater fasste die Textpassagen in die gleichen Kategorien, jedoch fehlte bei ihm die Kategorie „Symbolisierungserleben aus PatientInnensicht“. Das kann daran liegen, da diese Kategorie nur bei einem Interview ausgeprägt zu finden ist. Diese Textstellen wurden vom Rater noch unter die Kategorie „Nacherleben des

gestalterischen Tuns“ eingeordnet. Inhaltlich ergibt es jedoch mehr Sinn für diese Textpassagen eine eigene Unterkategorie zu eröffnen, da die Beschreibungen der Patientin nicht mehr ein reines Vorgehen darstellen, sondern Deutungen und Reflexionsprozesse, bezogen auf die Gestaltung beinhalten.

Die somit entstandenen Kategorien dienen der Operationalisierung folgender Fragestellung: Wie erleben PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe? Im Folgenden werden zwei Fallrekonstruktionen anhand der Interviews, der Gestaltungen, des Aktenmaterials aus der psychosomatischen – psychotherapeutischen Behandlung und des Kontextwissens der Autorin, vorgestellt.

#### **6.3.4.1 Fallrekonstruktion Frau X**

##### **6.3.4.2 Patientinnenportrait**

Frau X ist 38 Jahre und wird mit einer langjährigen Anorexia nervosa stationär aufgenommen, da sie aktuell wieder an Gewicht verloren hatte. Sie hat bei Aufnahme einen BMI von 14 kg/ m<sup>2</sup>. Neben der Anorexie bestehen auch Zwangshandlungen wie ein starker Bewegungsdrang und ein Waschzwang der Hände sowie die wiederholte Kontrolle von Dingen, um die Mahlzeit heraus zu zögern. Die Patientin leidet seit ihrem 14. Lebensjahr an einer Anorexia nervosa. Sie sei als Jugendliche einmalig in stationärer Behandlung gewesen. Danach konnte sie sich lange Zeit stabilisieren, bei leichtem Untergewicht. Sie hat erst wieder mit 30 Jahren eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen, die drei Jahre andauerte. Außerdem wurde sie in dieser Zeit zweimal stationär aufgenommen. Frau X hat nach dem Abitur eine Ausbildung und später noch ein Studium im Bereich Umwelt und Natur absolviert. Sie arbeitete einige Jahre in ihrem Ausbildungsberuf bevor sie sich entschloss, nochmals eine Ausbildung im medizinischen Bereich zu machen. In diesem Beruf arbeitet sie seit fünf Jahren mit einer 80 %- Stelle. Die Patientin betreibt seit ihrer Jugend Leistungssport. Sie ist ledig und lebt in einer Wohngemeinschaft. Aus den Pflege- und Therapieberichten lässt sich folgendes über Frau X zusammenfassen:

Zu Beginn wirkt sie sehr isoliert und grenzt sich von den MitpatientInnen ab, indem sie viel in ihrem Zimmer ist. Auffallend ist auch, dass ihr Bewegungsdrang enorm hoch ist und sie täglich beim Joggen gesehen wird. Auch als sie eine Ausgangsbeschränkung hat, hält sie sich nicht an Absprachen bezüglich ihres



Ausgangs. Als sie damit konfrontiert wird, erklärt sie, dass sie erst nach körperlicher Anstrengung ohne schlechtes Gewissen Essen könne. Des weiteren scheint Frau X wenig auf ihr äußeres Erscheinungsbild zu achten. Sie trägt kaputte Kleidung und ist auch in ihrem Zimmer nicht auf Sauberkeit bedacht. Offenbar ist diese Form der Selbstfürsorge für sie nicht von großer Bedeutung. Das könnte bedeuten, dass sie sich selbst nicht genügend anerkennt, um sich diese Selbstfürsorge zuteil werden zu lassen. Der Kontakt zu anderen wird ihr mit der Zeit wichtiger, sie bemerkt, dass ihr soziale Kontakte gut tun, sie ein großes Bedürfnis danach hat. Sie fühlt sich im stationären Alltag wohl, hier erlebt sie die Struktur, die ihr Halt gibt, sowie soziale Kontakte. Zuhause falle dieses weg, auch werden in den Belastungsproben am Wochenende Gewichtsabnahmen deutlich. Da eine Strukturierung von außen auch von der Patientin als hilfreich eingestuft wird, knüpft Frau X Kontakt zu einem Verein für Betreutes Wohnen. Sie nimmt während der stationären Therapie 7 kg zu und erreicht einen BMI von 16,8 kg/m<sup>2</sup>. Durch den äußeren Rahmen der Klinik kann sie, wie auch in vergangenen stationären Aufenthalten, der Struktur folgen und zunehmen. Die Anorexie scheint jedoch dadurch wie abgespalten zu sein und es erweist sich als sehr schwierig, dahinter liegende Konflikte zu bearbeiten. Als Themen kristallisieren sich Selbstfürsorge, Selbstwert („Nein-Sagen“ versus „Alles recht machen wollen“) und Beziehungswünsche, die von der Krankheit verhindert werden, heraus. Es geht immer wieder um die Fragen, warum sie sich ohne vorherige Leistung nichts gönnen dürfe? Warum sie von außen eine Erlaubnis benötige, um Essen zu dürfen? Es wird eine schwierige Eltern- Kind Beziehung deutlich, in der sie sich nicht angenommen, nicht wertgeschätzt fühlte, in der sie wenig Wärme und Zuneigung spürte. Die Patientin wurde in einem psychosomatischen Komplexbehandlungsprogramm mit dem Behandlungsschwerpunkt für Essstörungen betreut. Sie erhielt Einzel- und Gruppentherapien, Kunst- und Musiktherapie, Chef- und Oberarztvisiten, sowie Essbegleitung und nahm an einer psychoedukativen Gruppe für PatientInnen mit Essstörungen teil. Außerdem erlernte sie ein Entspannungsverfahren und Stabilisierungstechniken. Im Folgenden wird mithilfe der herausgebildeten Kategorien aus dem Interview, sowie durch die Zuhilfenahme der entstandenen Gestaltungen und den Therapieprotokollen das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus Sicht von Frau X beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf der Forschungsfrage, wie PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe erleben.

### 6.3.4.3 Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen bei Frau X

#### 6.3.4.3.1 Nacherleben des gestalterischen Tuns

*„i (....) bin meistens (....) komme und wusst genau schon was i mache will.“(50-51)*

Frau X beschreibt an vielen Stellen ausführlich, wie sie in der Kunsttherapie vorgegangen ist. Zunächst schildert sie, dass sie meistens schon mit einer Idee in die Kunsttherapie kam und genau wusste, was sie machen will. Auf die Idee kam sie fast immer „morgens im Bett“, aber wie sie genau dazu kam, kann sie nicht näher beschreiben (220). Einmal generiert sie ihre Idee aus einem anderen Therapieangebot, der Stabilisierungsgruppe. Dort wurde eine Imaginationsübung durchgeführt, in der die Patientin sich einen Baum vorstellen sollte. Das hat ihr so zugesagt, dass sie den vorgestellten Baum später malen wollte (242-260).

Es überwiegt die geplante Vorgehensweise bei Frau X. Mit einer konkreten Idee in die Sitzung zu kommen und sich diese bereits morgens im Bett zu überlegen, könnte auf ein hohes Maß an Unsicherheit und die daraus resultierende Kontrollausübung hinweisen. Auch einen gewissen Leistungsdrang, der an anderer Stelle ebenfalls auftaucht „Wenn ich ein Bild anfang, dann muss es au fertig werden“ (56) wird hier bereits spürbar. Sie scheint davon auszugehen, dass etwas entstehen muss. Die Kontrolle darüber zu besitzen was entsteht, ist höchstwahrscheinlich für ihre Gefühlsregulation wichtig gewesen.

Ansonsten sei es meistens keine innere Befindlichkeit gewesen, die sie ausdrücken wolle (232). Es geht bei ihr eher darum, etwas zu gestalten auf das sie „Lust“ (690) habe. Insgesamt gibt es nur wenige Momente, in denen Frau X spontan und suchend vorgeht. Die folgende Textpassage ist jedoch ein Beispiel dafür.

*„ ja, ähm... also..ss...(lange Pause) äääh.. des bunte Bild (Stimme ganz hoch), des war einfach mal so... was, wo ich einfach mal so drauf los gemalt han..*

*Ja, i han da, irgendwie han i mir da zunächst überlegt, ob i da irgendwie mit den Fingern mal, und dann ähm hab ichs aber doch mit dem Pinsel gemacht.*

*und..han dann , ja des des war einfach sowas, was gar nichts irgendwie ..ohne irgendwelchen Hintergedanke, da hasch einfach gmolt und da han i da unten, wo dieses= dieses wellige isch, in der Ecke. da han = han i so mit dem Pinsel so gespielt und han dan*

*denkt ja gut des sieht au net schlecht aus läsch grad mal so, ungefähr.“ (139-159)*



**Abbildung 5: Abstraktes Stimmungsbild**

Hierbei entsteht (Abbildung 5) aus Sicht der Kunsttherapeutin, ein abstraktes Stimmungsbild, welches aber von Frau X nicht als solches benannt wird. Sie findet, dass sie sich da nicht so hinein vertieft habe und sich nicht so „wirklich gedanklich mit dem befassen muss, was sie da macht“ (287-288). Wobei dieses Bild aus Sicht der Kunsttherapeutin einem unbewusst- spontanem Gefühlsausdruck von allen Bildern am nächsten kam. Frau X kann diesen Zusammenhang jedoch nicht sehen. Der Patientin geht es wohl eher um die ästhetische Erfahrung selbst.

In der darauffolgenden Stunde entsteht dann ein Vulkanbild. Ein Bild, mit welchem die Patientin erklärtermaßen (165) eine wütende Stimmung ausdrücken wollte. Es kann vermutet werden, dass das Gefühl der Wut bereits im vorherigen Bild eine Rolle spielte (siehe Abbildung 5). Auf das Erleben von Gefühlen wird später näher eingegangen.



**Abbildung 6: Vulkanbild**

Auch bei der Specksteinbearbeitung kann sie ein paar Mal ohne konkrete Idee vorgehen, was dadurch erleichtert wird, da der Stein an sich bereits eine Form vorgibt. Als sie versucht spontan vorzugehen, wechselt ihr Tun zwischen sinnlich – suchend (sie überlegt sich, ob sie mit den Fingern malen soll (151), sie geht spielerisch (158) vor) und macht sich keine „Hintergedanken“(157) - und einer Bewertung ihres Tuns („sieht au net schlecht aus, läsch grad mal so“159).

Wie sie von der Idee zur Materialauswahl gekommen ist, versucht sie mehrmals zu beschreiben. Einmal kann sie die Auswahl damit begründen, dass sie das Material bereits von früheren Erfahrungen gekannt habe (691) und es nicht so aufwendig sei mit Pastellkreiden zu zeichnen, wie mit Acrylfarbe (709). Ansonsten kann sie die Entscheidung für ein Material nicht benennen (746). Für sie scheint die Materialauswahl aber „irgendwie klar“ (740) gewesen zu sein.

*„ also gut, ähm.. bei denen zwei, bei dem Baum. äää bei denen Blumen und bei dem Vulkan, da han i mir glaub ich gar nichts anderes überlegt, weil i da wars irgendwie klar dass ich s mit Pastellkreide mal und (...)“ (740-741)*

Des weiteren schildert sie ausführlich, wie sie das „Baumbild“ (Abbildung 7) gemalt habe. Dabei beschreibt sie, wie sie das Blattformat aufgrund einer Intervention der Kunsttherapeutin vergrößert, damit der Baum nicht so „abgeschnitten“ aussieht.

*„und ähm der Baum, des war auch zweimal.. den hab ich auch zweimal bearbeitet. Und zwar da wars so, dass ich erst auf nem kleinen Blatt angefangen han, und da war der Baum irgendwie zu groß. Ähm und dann han i halt des nächste Mal des Blatt wieder.. also des andere drunter geklebt und den vergrößert....Ja....( Lange Pause)... Ja.... (Lange Pause).“ (72-75)*

Später geht sie ausführlich darauf ein, wie sie die Baumkrone technisch umgesetzt hat.

*„man kann jetzt zum Beispiel, ähm grad, bei der Krone ...i han da ersch die Äste gemalt, so grob, und dann halt des Grüne..und klar man kann dann ..wenn man des grün relativ wässrig macht und einen Ast übermalt, dann scheint, der halt noch so durch. und kann dann nachher wenn .., man kann da einfach nochmal besser drüber malen. Des isch bei der Pastellkreide gut. Pastellkreide kann man dann eher bissle verwischen, des geht dann au, aber ähm so so dieses jetzt wie zum Beispiel. (geht zu einem anderen Baumbild), da ...dass man sieht, des is ein Ascht, aber drüber sind einfach Blätter, des geht nur mit ..“(696-704)*

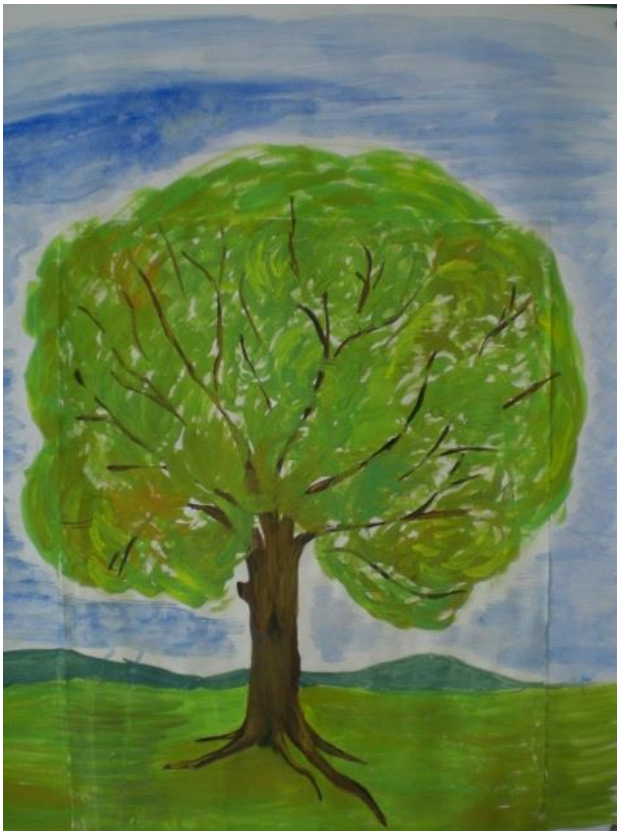


Abbildung 7: Baumbild, erweitert

Auch in ihrer Erklärung, wie sie den Speckstein bearbeitet hat, damit er glänzt und seine Farbe zeigt (807-810), wird deutlich, dass das gestalterische Tun an sich bedeutsam für die Patientin ist. Es geht bei ihren Beschreibungen sowohl um den technischen Ablauf, als auch um die Ausführung einer Idee. Auch bei anderen Gestaltungen, wie der Schildkröte und der Robbe aus Speckstein (Abbildung 8 und Abbildung 9), geht sie nicht auf diese Gestaltungen und ihre Bedeutung für sie ein, sondern berichtet von den äußeren Umständen des Entstehungsprozesses (102-104).



**Abbildung 8: Schildkröte**



**Abbildung 9: Robbe**

Auch an einer anderen Stelle im Interview, an der sie darum gebeten wird, einen Ablauf der Kunsttherapiesitzung zu erzählen, berichtet sie nur formale Abläufe und Sachverhalte, beispielsweise wie viele Teilnehmer es gibt und wie viel Zeit zur Verfügung steht (365-374).

Die Art und Weise wie sie ihr Vorgehen in der Kunsttherapie beschreibt und welchen

Umfang diese Beschreibungen einnehmen, unterstreicht den gewonnenen Eindruck, dass Frau X offenbar einen großen Nutzen aus der rein kreativen Tätigkeit zieht und eine gestalterische Handlungskompetenz erlangt hat. Andererseits vermeidet sie durch die ausführlichen Beschreibungen der künstlerischen Handlung, aufkommende Themen und Gefühle zu benennen, die beim künstlerischen Gestalten in der Regel freigesetzt werden. Die häufig fehlende Benennung einer Gefühlswahrnehmung wird ersetzt durch sachlich-technische Beschreibungen. Sie vermeidet überzugehen in eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Erlebten und dem Entstandenen. Dies spiegelt das Vermeidungsverhalten der Patientin, das sich auf diese Art auch in der Kunsttherapiesitzung zeigte. Frau X zeigt viel offensichtlicher ihren Widerstand, sich ganz auf die Therapie einzulassen, als das im zweiten Fallbeispiel bei der Patientin Y der Fall ist.

#### 6.3.4.3.2 Erleben wie das gestalterische Tun wirkt

Warum die rein gestalterische Handlung so bedeutsam ist, wird in den folgenden Beschreibungen verständlich.

Es gibt eine Reihe von Aussagen, in denen die Patientin auf das Erleben des gestalterischen Tuns und seiner Wirkung eingeht. Dabei wird die Wirkung als positiv entspannend beschrieben.

*„ bei mir wars..ss.ss.. ääh.. so, dass ich ähm..also den Stein geschafft han, da hat des einfach rein die Tätigkeit hat mir unheimlich gut getan..“ (22-23).*



**Abbildung 10: Erster Speckstein**

Sie führt weiter aus, dass sie beim Tun, an gar nichts mehr gedacht habe, sie habe ganz abschalten können (24-25). Sie habe sich um nichts mehr „gekümmert“ (30) und sei „ganz auf die Sache“ konzentriert gewesen (31).

Abbildung 10 zeigt eine Gestaltung bei der sie sich so erlebte. Das Gestalten hat der Patientin offensichtlich geholfen, sich von belastenden Gedanken zu befreien, die sie hier nur andeutet. Sie meint damit aber Gedanken, die sich um ihre Essstörung drehen, worauf sie im folgenden Abschnitt genauer eingeht.

*„Also, es isch halt so, dass ich da an nix anderes denk. ..also jetzt net an irgendwelche phhh (atmet aus).. naja dass man sich also, ja an ..i bin ja hier wegen ner Essstörung, klar da kreisen dann viele Gedanken immer um= ums Essen oder was soll man essen oder was hat man gegessen oder irgendsowas in der Richtung, wo man also so Gedanken wo ..ich als unangenehm empfind. Also die= die= die will man eigentlich nich han die Gedanken und die sind trotzdem einfach da ..und die lasset sich jetzt so normalerweis au schlecht irgendwie unterdrücken.“ (269- 275)*

Das Zeichnen beispielsweise der Blumen (Abbildung 11) oder des Baumes (Abbildung 7) erforderte ihre volle Konzentration. Sich das Bild gedanklich vorzustellen, lässt keinen Raum mehr für andere Gedanken. Sie hatte also den Eindruck, dass sie nicht gleichzeitig eine gelungene Zeichnung anfertigen und sich Gedanken um das Thema Essen machen kann (275-282). Sie unterscheidet dabei auch zwischen einer künstlerischen und einer handwerklichen Tätigkeit, wie dem Stricken. Beim Stricken, könne sie trotzdem an etwas anderes denken (276). Auch die konkrete Idee, wie beispielsweise einen Blumenstrauß zu malen, könne ihr dabei helfen, sich von den unangenehmen Gedanken zu befreien (280-281). Ebenso da sie sich wie bei dem Baumbild „total nei vertieft“ (188) habe. Das gestalterische Tun half ihr also dabei abzuschalten und sich wieder einmal besser zu fühlen. Jedoch führte es auch später dazu, dass sie sich nicht mit der Essstörung und den dahinter liegenden Konflikten beschäftigte. Es ging ihr wohl mehr darum, ein inneres Wohlbefinden durch das Gestalten zu erreichen.





**Abbildung 11: Blumenbild**

Das gestalterische Tun half ihr auch, als sie auf Grund einer Ausgangsbeschränkung wegen mangelnder Gewichtszunahme die Station nicht verlassen durfte. Diese Situation beschreibt sie als „ziemlich hart“ für sich und das Zeichnen mit Pastellkreide auf dem Zimmer habe ihr da sehr geholfen, da sie da „einfach abgelenkt“ gewesen sei (671-674). Es gelingt ihr also, die um das Thema Essen kreisenden Gedanken zu durchbrechen. Sie kann ihre Zeit mit dem Zeichnen auf dem Zimmer gut ausfüllen und sie bekommt durch die entstandenen und gelungenen Gestaltungen ein „gutes Gefühl irgendwie“ (678). Der Erfolg besteht hier erst einmal darin, dass sie sich nicht bewegen musste, sondern sich anderweitig beschäftigen konnte und dabei auch noch ihre Stimmung aufhellen konnte. Sie machte dabei die Erfahrung, dass sie ihre Stimmung auch ohne essstörungsspezifisches Verhalten stabilisieren kann. Sie erlebte sich selbstwirksam.

#### 6.3.4.3.3 Erleben von Gefühlen

Frau X berichtet davon, dass sie sich immer „total gefreut“ (28) habe auf die Kunsttherapie, sie immer „total gerne“ (27) dorthin gegangen sei. Sie habe in der Kunsttherapie, mehr als in allen anderen Therapien gemerkt, dass sie „da total ruhig“

wird (27-29). Sie beschreibt auch nochmals an anderer Stelle ihre große Motivation und wie viel Spaß sie dabei hatte (53-54 und 183). Spaß macht ihr dabei wiederum das künstlerische Tun und das Ausprobieren der Materialien und Werkzeuge.

*„Aber bei dem Baum hat mir das dann au total Spaß gemacht mit dem Pinsel. Weil man da einfach nochmal anders (...), hat mir dann irgendwie Spaß gemacht...außerdem kann man mit dem Pinsel, das war so ein ...so ein Rotmarderpinsel, wo halb wo mit der Spitze..ganz fein und wenn man dann stärker aufdrückt dann breiter wird..und des (lacht) grad bei den Wurzeln zum Beispiel ...des isch schon was, was dann au ähm..einfach wieder= wieder anders is, wo man dann au, wo i dann au denkt han, des macht eigentlich au Spaß“ (694-706).*

Frau X bestätigt diese positive Wirkung des kreativen Tuns zum Ende des Interviews. Hier betont sie noch einmal wie „unheimlich gut“ ihr die Kunsttherapie gefallen habe, auch dass es ihr „noch nie so gut gefallen habe wie hier“, es immer ein „Highlight“ war (841-844). Diese Aussagen beziehen sich hauptsächlich auf das gestalterische Tun. Sie erlebt also Gefühle der Freude, die ausgelöst sind durch das kreative Tun und kann diese auch benennen. An einer anderen Stelle beschreibt sie, wie sie Hoffnung erlebt habe und dass ihr letztes Bild, ein Regenbogen, diese Hoffnung symbolisiere. Sie hofft, dass sie zuhause das weiter machen könne, was sie hier angefangen hat und „dass es klappt“ (172-175). Die überschwänglich positive Darstellung der Kunsttherapie lässt fasst den Eindruck erwecken, dass es für sie keine schwierigen Momente in den Sitzungen gab. Jedenfalls gibt sie dem Interviewer hier keinen Ansatzpunkt näher nachzufragen.

Gefühle, vor allem unangenehme Gefühle, werden kaum direkt benannt. Sie erlebte in der Kunsttherapiesitzung beispielsweise Wut. Die Wut wird im Vulkanbild gestalterisch ausgedrückt und auch in der Kunsttherapiesitzung benannt. Jedoch kann sie das Erleben dieses Gefühls nicht direkt im Interview aussprechen. Sie spricht von einer „inneren Explosion“ (165), die sie mit diesem Bild verbindet. Im Vergleich zum zweiten Fallbeispiel ist es Frau X auch hier noch weniger möglich über Gefühle zu sprechen. Sie kann das Gefühl weder genau benennen noch davon berichten, was sie innerlich explodieren ließ.

Frau X geht indirekt auf ein Gefühl ein, das ihre Unzufriedenheit mit einer Gestaltung zeigt, jedoch kann sie dieses erlebte Gefühl zunächst nicht in Zusammenhang mit

sich selbst und ihrer Situation bringen. Sie geht dabei auf eine Specksteingestaltung (Abbildung 12) ein, die sie mit „Lust“ begonnen hat und dann gesehen hat, „das wird sowas komisches“, mit dem sie sich „nie so richtig angefreundet“ hat (91-96). Das genau dieser Stein ein unbefriedigendes Gefühl und „wenig Begeisterung“ (86) in ihr auslöst, begründet sie im Interview mit scheinbarer Ahnungslosigkeit „I weiss et warum“ (91). Als sie im Gestaltungsprozess bemerkt, dass sie unzufrieden damit ist, beschreibt sie ihr Vorgehen wie folgt:

*„(...) dann han i weggemacht und weggemacht und han net gewisst was i mache soll und dann is zum Schluss des raus gekommen (...)“ (94-95).*

Anstatt das Gefühl der Unzufriedenheit zuzulassen und zu spüren woher es kommt, verfällt sie in einen Aktionismus, der dazu führt, dass sie mit dem Speckstein genauso umgeht, wie mit ihrem eigenen Körper. Sie muss ständig in Bewegung sein, darf nicht zur Ruhe kommen, wird selbst immer „weniger“, um sich spüren zu können oder zu müssen. Jedoch bleibt dieses Vorgehen auf einer unbewussten Ebene für Frau X. Erst später im Interview geht sie dann auf die Bedeutung des Steines ein (siehe Erleben der Kunsttherapeutin S.153)



**Abbildung 12: Speckstein mit "weicher und eckiger Seite"**

Ein weiteres eher als unangenehm erlebtes Gefühl beschreibt die Patientin mit dem Erleben eines inneren Drucks innerhalb einer Kunsttherapiesitzung, mit einem Bild fertig werden zu müssen.

*„Wenn ich ein Bild anfang, dann muss es au fertig werden“(56).*

Es fiel ihr sehr schwer ein „halbfertiges“ Bild stehen zu lassen, da sie ja dann „so richtig, richtig drin sei“ (61). Hier scheint es so, als ob sie durch die zeitliche Begrenzung gestört wird, sich innerlich wirklich mit etwas auseinanderzusetzen und dieses Gefühl auch zu einem befriedigenden Abschluss zu bringen. Das bestätigt sie später noch, als sie erzählt, dass sie eben eine Arbeit gerne abschließt, weil sie da „jetzt eben im Schaffen war und dann plötzlich muss i da unterbrechen“ (305). Dieses Empfinden ist nachvollziehbar und wird in der Tat häufig von den PatientInnen so erlebt. Sie betont jedoch, dass es ihr nicht um die Schwierigkeit gehe, in der nächsten Stunde wieder da anzuknüpfen, sondern, und dies wird auch noch an anderer Stelle deutlich, dass es ihr wichtig sei ein Produkt fertig gestellt zu haben und dieses abschließen zu können, egal ob es wirklich fertig ist (136).

*„(...) aber mir isches dann wichtiger, dass zum Abschluss zu bringen. Et ewig lang da rum zu machen (...). Dann guck i, dass es soweit fertig isch, dass man es lassen kann, aber dann muss es au et 100 Prozentig fertig sein (...).“ (130-136).*

Für dieses Vorgehen zieht sie die Parallele zu ihrer Art und Weise, wie sie beispielsweise zuhause im Garten arbeitet, auch hier müsse sie immer fertig werden. Sie geht dann auf ein konkretes Beispiel ein, bei dem sie ein Bild noch schnell fertig machen wollte und dadurch sehr unter Druck und in Stress geraten sei (312-324). Hier hat allerdings zuvor die Kunsttherapeutin eine Intervention eingebracht, nämlich das Blatt zu vergrößern. Die Patientin hätte das von sich aus nicht gemacht, hat sich dann aber doch auf diesen Vorschlag eingelassen.

*„ und des war eigentlich ganz.. ganz komisch, i han den Baum, i han des Blatt ausgefüllt g'hät und da kam mir des irgendwie gar net so vor, dass der so arg, des war dann halt wie abgeschnitten ein bissle. Ähm, also gut, die Äste, die da drüber raußgemolt han, des han i dann schon erscht gemacht als des Blatt groß war, aber ..ähm i hätt den dann halt so gelassen auf dem kleinen Papier und dann ..ähm..hat Frau KT gemeint, ja i könnt ja auch noch was drunter kleben.“ (199-204)*

Im Nachhinein kann sie sagen, dass sie froh darum sei.

*„Und i bin jetzt echt froh drum, weil (lacht), der hat echt total neiquetscht ausgesehe. Des war überhaupt et=et, wie abgeschnitte halt, oder wie neidrukt...Ja.“ (205-207)*

Jedoch löste es in der Situation selbst einen inneren Druck aus, weil sie sich eigentlich schon in dem Gefühl gewogen hatte, fertig zu sein.

Sie beschreibt später im Interview dann hastig und detailliert ihre gestalterische Vorgehensweise. Das Bild sei am oberen Rand noch ganz weiß und eigentlich unfertig gewesen, aber sie dachte, „das machsch jetzt nächstes Mal nimmer fertig“ (332). Ihr wäre es lieber gewesen, jetzt in der Situation das Bild „voll fertig“ zu machen. Es gehe ihr dabei um „ das Gefühl ...i han was net fertig gemacht...was i jetzt gern fertig mache würd“ (355-356). Sie malt in der nächsten Stunde noch kurz am Bild, jedoch nur aus dem Grund, weil die Kunsttherapeutin ihr das vorgeschlagen hatte. Für Frau X scheint die Leistung erbracht zu sein, wenn das Bild –egal wie, abgeschlossen ist. Vermutlich erzeugt das unfertige Bild in ihr eine Art schlechtes Gewissen. Eventuell konfrontiert ein unfertiges Bild sie auch mit der eigenen Unvollkommenheit, die sie offenbar bisher nicht akzeptieren konnte. Es scheint sie auch zu ärgern, dass sie durch die zeitliche Begrenzung ihr Ziel nicht erreichen konnte. Für die Kunsttherapeutin ist das schnell beendete Bild ein Symbol für die mangelnde Sorgfalt und Pflege, die die Patientin sich selbst nicht zuteilwerden lässt. Außerdem wird durch das schnelle Beenden einer Gestaltung in jeder Stunde ein längerer und intensiverer Prozess der Auseinandersetzung verhindert. Das hastig abgeschlossene Bild könnte hier also auch für eine Flucht vor dieser Auseinandersetzung stehen und wird von Frau X viel direkter gezeigt, als das bei Frau Y im folgenden Beispiel sichtbar wird.

#### 6.3.4.3.4 Erleben wie die Gestaltung wirkt

Sie zeigt ihre Begeisterung über ihr Vulkanbild (Abbildung 6). In der Betrachtung des Bildes während des Interviews scheint Frau X eine positive Wirkung der Gestaltung zu erleben. Sie ist stolz und findet das Bild toll. Es könnte sein, dass sie im Nachhinein auch stolz darauf ist, das Gefühl der Wut einmal so deutlich ausgedrückt zu haben.

*„(...) der Vulkan, da war i irgendwie, da bin i grad jetzt ganz erstaunt. I han des Bild*

*gar net so= so gelungen in Erinnerung, aber irgendwie jetzt gefällt mir s eigentlich doch ganz gut“ (163-165).*

Insgesamt scheint Frau X die Wirkung der fertiggestellten Gestaltungen nicht intensiv beschäftigt zu haben, da diese Kategorie bei Frau X nur eine Textpassage umfasst.

#### 6.3.4.3.5 Symbolisierungserleben aus PatientInnensicht

Es tauchen nur sehr kurze Textpassagen auf, in denen Frau X ihre Werke interpretiert. Sie beschreibt beispielsweise anhand des Vulkanbildes, dass sie damit eine „innere Explosion“ zum Ausdruck bringen wollte. Jedoch gelingt es ihr nicht näher auf diese „innere Explosion einzugehen. Das Thema scheint ihr unangenehm zu sein, da sie an dieser Textstelle lacht und eher in ihrer Bedeutung minimiert, indem sie sagt, dass sie die „innere Explosion“ „so ein bisschen“ zum Ausdruck bringen wollte (163-167). Sie führt nicht weiter aus, was es damit auf sich hat oder was sie damit genau meint.

An einer anderen Textpassage erörtert sie ansatzweise, was der Speckstein darstellt, der ihr missfällt (Abbildung 12). Der entstandene Speckstein wird von ihr interpretiert mit einer „weichen - runden Seite“ und einer „eckigen - kantigen Seite“(80). Sie geht jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht näher darauf ein. Im Rahmen der Erzählung, wie ihre Beziehung zur Kunsttherapeutin aussah, kann sie die Interpretation dann ausweiten.

*„...um des ging, so die zwei Seiten von mir ..also so dieses weiche so immer..immer freundlich und so ..(lacht) ähm so des isch des Runde und des andre das man halt au mal sich sozusagen wagen soll so=so.. Ecken und Kanten zu han“ (408-411).*

Der Speckstein mit der kantigen Seite und mit der runden- weichen Seite, mit dem sie so unzufrieden war, wird hier von ihr sozusagen „personalisiert“. Sie präsentiert ihn an dieser Stelle als Selbstbild, vergleicht ihn mit eigenen Seiten- der weichen, immer freundlichen Seite in ihr und gesteht ihm und auch sich Kanten und Ecken zu. Sie deutet an, dass dies ihr nicht so bewusst war („des war was, wo sie mi ein bisschen hingeführt hat“; 415), es aber genau darum ging. Die erlebte Unzufriedenheit kann sich auf die bis zu diesem Zeitpunkt noch ungeklärten Eigenschaften des Steines,

aber auch des eigenen Selbstbildes beziehen.



**Abbildung 13: Weitere Perspektive des Specksteins mit "weicher und eckiger Seite"**

Weitere Interpretationen ihrer Werke sind im Interview nur noch einmal zu finden (188ff). An einer Stelle äußert sie sogar, dass sie nichts ausdrücken wolle.

*„...also da wollt ich jetzt nicht irgendwie was ausdrücken oder so, aber es...“ (187)*

Wobei sie im nächsten Satz einen Interpretationsansatz des Baumes anbietet.

*„...genauso mit den Bäumen.. also es war dann scho so n bissle die Standfestigkeit oder so, aber eigentlich (lacht) ischs halt so, dass i einfach, wie gesagt.. Blumen und Bäume des mach i, des mol i total gern“ (188-191).*

Jedoch nimmt sie diese Deutung selbst nicht sehr ernst, da sie daraufhin lacht und nochmals wiederholt, dass sie eben „total gerne Blumen und Bäume male“ (191) und dies wohl der einzige Grund für dieses Bild zu sein scheint. Die Interpretation der Standfestigkeit ist zudem ein Begriff, den die Kunsttherapeutin bei der Besprechung des Bildes gebrauchte und Frau X ihn hier eher wiederholt.

Die Interpretationen von Frau X geben nur einen sehr beschränkten Einblick in persönliche Themen und Gefühle. Sie zeigen auch, dass es in der Kunsttherapie keine inhaltliche Auseinandersetzung mit ihrer Essstörung gab. Die erwähnten Interpretationsangebote könnten Ansatzpunkte sein. Es scheint zu diesem Zeitpunkt in ihrem Erleben jedoch nicht relevant zu sein, sich damit in der Kunsttherapie zu beschäftigen. Vergleicht man die Interpretationen von Frau X mit dem zweiten Fallbeispiel, sind diese viel flüchtiger und zurückhaltender.

#### 6.3.4.3.6 Erleben der Kunsttherapiegruppe

Frau X beschreibt zuerst, wie die Kunsttherapiegruppe zu ihren Bildern Rückmeldung gibt, bleibt dabei aber sehr allgemein. Sie geht dann mehr auf die Gestaltungen der MitpatientInnen ein. Sie fand es interessant zu sehen, was „andere so gemacht han“ und wie sie mit sich und dem was sie gemacht haben zufrieden sind (391-394).

Danach berichtet sie, wie sich MitpatientInnen in der Kunsttherapie verhalten. Sie hat wahrgenommen, dass es MitpatientInnen gibt, die ebenfalls voller „Schaffensdrang“ sind und andere, die sich eher schwer tun, denen es nicht so Spaß macht (468-470).

Dann erzählt sie weiter, dass es MitpatientInnen gibt, die ganz feine und zierliche Sachen machen und andere, die sehr impulsiv mit Farbklecksen arbeiten (471-473).

Im Folgenden berichtet sie von einem Mitpatienten, der auf sie wie ein „Handwerker“ (477) wirke, der eher so ein „Praktischer“ (478) sei, bei dem musste nachher alles „einen Nutzen“ (479) haben, beispielsweise habe er eine „Hausnummer aus Ton“ (480) gemacht. Fast wie als Gegenbeispiel führt sie dann das Beispiel einer Mitpatientin an, die ebenfalls wegen einer Essstörung behandelt wurde und diese in einem Bild thematisierte (508). Aber gleichzeitig grenzt sie sich von einer solch direkten Ausdrucksform auch ab „sowas isch jetzt (lacht) zum Beispiel einfach et so meins gewesen“(514).

Aber sie räumt dann doch ein, dass andere Gestaltungen ihr Denkanstöße gegeben haben und sie wenigstens kurz daran gedacht hat, auch mal andere Möglichkeiten auszuprobieren. In ihren Aussagen wird deutlich, dass sie ihre MitpatientInnen differenziert wahrnimmt.

Sie greift dann doch noch einmal Rückmeldungen der Kunsttherapiegruppe zu ihren Bildern auf und wird konkreter. Sie beschreibt, wie sie die Erfahrung machte, dass andere ein Bild ganz anders wahrnehmen können als sie selbst. Frau X nennt ihr Regenbogenbild (Abbildung 14) als Beispiel.





**Abbildung 14: Regenbogenbild**

Sie wollte die Farben auf diesem Bild eigentlich „viel leuchtender und strahlender machen“. Doch mehrere MitpatientInnen meinten, dass sie das Bild leuchtend finden. Das bewirkte, dass ihr Bild ihr „besser“ vorkam. Sie räumt hier auch ein, dass sie sowieso jemand sei, der dem was andere sagen „mehr Bedeutung zugestehe, wie ihrer eigenen Beurteilung“ (574-576). Jedenfalls konnte sie durch diese Rückmeldung ein bisschen „versöhnlicher“ mit dem Bild sein (578). Danach beschreibt sie weiter, wie die Stimmung der Kunsttherapiegruppe anfangs eher ruhig war und jeder mehr mit sich beschäftigt war und zum Ende ihrer Therapiezeit die Stimmung auf Grund eines Mitpatienten eher lustig und ausgelassen gewesen sei, „man auch viel redet“ (611-617). Frau X scheint die Kunsttherapiegruppe aufmerksam und differenziert erlebt zu haben, was in ihrer detaillierten Beschreibung der unterschiedlichen Stimmungen in der Kunsttherapie zum Ausdruck kommt. Auch Unterschiede in der gestalterischen Umsetzung, wie auch im Empfinden einer Gestaltung, hat sie wahrgenommen. Sie benennt sogar eine Stelle, an der sie von den Rückmeldungen der Kunsttherapiegruppe profitiert habe. Jedoch lässt sie durch ihre Beschreibungen eher den Eindruck entstehen, dass es zwar ein freundliches Interesse an der Gruppe gab, jedoch keine tiefgehenden, persönlichen Gespräche stattgefunden haben.

#### 6.3.4.3.7 Erleben der Kunsttherapeutin

Als Frau X nach ihren Erfahrungen mit der Kunsttherapeutin gefragt wird, gelingt es ihr auch etwas über sich selbst zu sagen und die Bedeutung des „ungeliebten“ Specksteins (Abbildung 12) verständlicher zu machen.

*„Also i fands scho eigentlich ganz ...oft ganz treffend ..(lacht) ..was sie so..ääh...zu de Bilder gsagt hat. Oder... ja au... was se...ähm... ja also jetzt zum Beispiel grad bei dem, was jetzt eigentlich mir selber net so ...dass darum eigentlich so ähm....um des ging.“(406-408).*

Sie begründet im folgenden Textabschnitt auch warum sie es treffend fand. Hierbei geht es um die Bedeutung des Specksteins als Selbstbild mit weichen und kantigen Seiten (nähere Ausführung siehe Symbolisierungserleben, S. 150). Dadurch erhält sie eine Erkenntnis, auf die sie mit Hilfe der Kunsttherapeutin gekommen ist.

*„ Ja..des war zum Beispiel was, wo i sie mi eigentlich scho dazu au..oder auf die auf die, wo sie mi eigentlich bissle hingeführt hat. Wo sie dann au ganz bewusst gsagt hat, ja ich soll aber aufpassen, dass die Ecken und Kanten auch nicht alle weggehen sondern dass das einfach so bleibt. ...“ (414-417).*

Vorallem hat der „komische“ (92) Speckstein damit eine wichtige Bedeutung erlangt und erklärt damit auch ihr ambivalentes Verhältnis zu ihm. Die Intervention der Kunsttherapeutin, dass Frau X die Ecken und Kanten des Specksteins nicht vollständig wegschmirgeln soll, löst eventuell das zunächst unangenehme Gefühl in ihr aus. Der Stein ist somit nicht komplett rund und weich, sondern besitzt eine kontrastreiche andere Seite, die sie erst einmal befremdlich- „komisch“ (92) empfindet. Der Stein spiegelt ihr eine ungeliebte Seite wider. Jedoch scheint genau dieser Umstand später auch eine positive Wirkung auf sie zu haben. Sie greift in dieser Textstelle von sich aus auf, dass der Stein bzw. sie selbst Ecken und Kanten haben darf und er oder eben sie selbst „einfach so bleibt“ (417).

Diese Aussage untermauert den Wunsch der Patientin so angenommen zu werden, wie sie ist und sich auch selbst so annehmen zu können.

Sie benennt dann zusätzlich noch das Vulkanbild und sagt, dass die Kunsttherapeutin ihr dabei auch Vertrauen gegeben habe.

*„Ja..des war zum Beispiel was wo i sie mi eigentlich scho dazu au..oder auf die auf die, wo sie mi eigentlich bissle hingeführt hat (415-416) (...). Oder ja au au bei dem, bei dem Vulkan so dass des ...ja soss..(atmet aus) ..ja dass man auch einfach mal*

*aus sich aus sich rauskommt oder so, des.“ (418)*

Leider führt sie das an dieser Stelle nicht weiter aus und wechselt wieder in ihren distanzierten Modus der Ahnungslosigkeit.

*I: „mh, mh...erinnern sie sich an die konkrete Situation? Bei dem Vulkanbild? ..und an ein Gespräch ? ...oder an..?“*

*P: „also, ..an des kon.. was= was= was da Frau KT dazu gsagt hat?“*

*I: „Mh, oder an diese...genau an die, ja an die.. an die Stunde?“*

*P: „An die Stunde erinner ich mich schon no. Wie i den Vulkan gemolt hän, des weiss i no. Aber genau was sie gsagt hat, des weiß i nimme.“ (422-432)*

Nach einer für das Interview ungewöhnlich langen Pause (ca. 20 Sekunden) setzt sie nach, dass die Kunsttherapeutin auch bei Mitpatienten „treffend gewusst hat, um was es bei denen geht“(439-440). Die Interviewerin versucht auch hier nochmal nachzufragen, jedoch geht Frau X darauf nicht mehr ein.

*I: „Ok...Ok... Erinnern sie sich noch an ne andere Situation, also hier haben sie des erzählt (zeigt auf das Bild) genau, vielleicht noch bei nem anderen Bild? wo sie des so erlebt haben? ..so treffend?.. oder vielleicht auch ne Situation wo ..also ne andere Erfahrung ? Ne andere Erfahrung mit der Therapeutin hatten?“*

*P: (lange Pause; murmelt etwas)... „keine konkrete Situation, ne“ (443-449).*

Frau X kann hierauf offensichtlich nicht weiter eingehen, vielleicht waren die davor ausgesprochenen Erkenntnisse schon ausreichend aufwühlend für sie.

#### 6.3.4.3.8 Veränderte Selbstwahrnehmung der Patientin

Als Erstes benennt sie das „Abschalten- können“ indem sie sich mit etwas beschäftigt, als wichtigen Punkt der Veränderung. Einmal abzuschalten habe sie vor der Therapie gar nicht mehr gekannt (36).

*„Und des war halt was, was= was ich ähm speziell am Anfang von=von der Therapie hier überhaupt nimmer irgendwie kannt han, so sich so ganz irgendwie mit was*

*beschäftigen und dabei abschalten, praktisch oder sich halt gedanklich mit dem besch..befasse was man macht“ (35-38).*

Sie konnte auch zur Ruhe kommen, indem sie sich auf dem Zimmer kreativ betätigt hat.

*„(...) also außerhalb der Kunscht, im Zimmer was gemalt oder han viel gestrickt oder ähm konnt da einfach bissle mehr, ähm, ja...bissle eher zur Ruhe kommen“ (635-636).*

Frau X beschreibt als weitere Veränderung, dass sie wieder an alte Ressourcen anknüpfen könne. Sie erinnert sich durch die Teilnahme an der Kunsttherapie, dass ihr das Malen früher bereits Freude bereitet habe.

*„Und also es ist so, dass i scho, dass i schon früher eigentlich sehr gern...ff...irgendwie so gestalterisch irgendwas was gemacht han oder auch gemalt han, und ja ich han aber dahoim die Zeit net gnommen und ich hat auch net die Ruhe gehabt des zu machen.“ (44-46)*

Zu einem späteren Zeitpunkt erwähnt sie nochmals, dass sie bereits früher malte und in der Kunsttherapie wieder daran erinnert wurde.

Sie habe es aber „lange ruhen lassen“(659) und hier die „Anregung“ (560) bekommen es auch wieder für sich zu machen. Deshalb habe sie auch oft für sich (im Zimmer) mit Pastellkreide gemalt (658-661).

Sie beschreibt, dass sie in der Kunsttherapie wieder die Freude am Malen entdeckt habe und sie auch bemerkt habe, dass sie das gut kann und ihr gefällt was entstehe (823-825). Diese Erfahrung nehme sie „auf jeden Fall mit“ (825) und sie plane auch einen Volkshochschulkurs zu belegen (827).

Das Malen könnte somit auch als alte Ressource verstanden werden, die sie wieder neu erleben konnte und in sich wiederentdeckt hat.

Nicht nur auf die Kunsttherapie bezogen berichtet sie, dass sie „irgendwie insgesamt ...einfach gelassener geworden“ (631) sei.

*„Also ich bin nicht mehr so.. dass jede kleine Veränderung, die jetzt irgendwie sich*

*anbahnt, mich total ...äää im Vorfeld...ich mir da so ein riesen Kopf davon mach. Also des isch mal des eine und ähm...ja also ich bin schon au was i merk, ich bin einfach wieder ...äää...ja auch ruhiger geworden“ (631-634).*

Dazu beigetragen hat aber auch aus Sicht von Frau X ganz klar, dass sich ihre körperliche Verfassung verbessert habe.

*„Aber i denk gut da gabs natürlich auch andere Gründe, dass i des so ..entwickelt hat , ja einfach...ein großer Punkt is, denk ich mal, dass es mir einfach äääh körperlich besser geht, dass ich einfach schon ziemlich viel zugenommen hab und i des au echt merk, klar mir isch nimmer so dünnhäutig, man isch nimmer so am Limit , sag ma mal so, und des hat sich dann schon an vielen Punkten ausgewirkt. Ja“ (641-643).*

Verändert habe sich dadurch auch, dass sie wieder Lebensfreude und Glück empfinden könne.

*„Und man hat einfach mehr Spaß am Leben..(lacht). und dadurch auch einfach...an der pff an ... ja an= an pfff...irgendwas zu ...ja .. also so bissle so diese= diese Glücksgefühle, die manchmal so hochkommet (lacht). Des han i hier halt au wieder gelernt, bissle da ähm...also des isch jetzt nix aus der Kunsttherapie, sondern aus der Körpertherapie, die Körpertherapeutin, die spricht immer vom kleinen Glück. Das man so erleben kann, einfach so einen Moment, ..und des isch jetzt was= was i au nimmer gekannt han und wo i jetzt hier au wieder wieder kennengelernt han. Und ähm, ja..“ (643-650).*

Es wird wiederholt deutlich, dass Frau X aus ihrer Sicht von der Kunsttherapie hauptsächlich profitiert hat um abzuschalten und zur Ruhe zu kommen. Insgesamt sei sie gelassener geworden, könne wieder Freude und Glück empfinden, die körperliche Stabilisierung habe sicherlich auch dazu beigetragen (641-650). Zur „veränderten Selbstwahrnehmung“ gehört aber auch, dass die Patientin neue Seiten von sich kennengelernt hat. Dies wurde anhand des Specksteins mit seinen eckigen und weichen Seiten sichtbar.

#### 6.3.4.3.9 Zusammenfassung der Fallrekonstruktion von Frau X

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Frau X die Kunsttherapie als ressourcenaktivierend und stabilisierend erlebt (35-38). Sie macht das, auf was sie Lust hat (690) und erlebt die „reine Tätigkeit“ als wohltuend und kann abschalten (22-23). Ihre Freude auf die Kunsttherapie (28) ist ebenfalls von Bedeutung, da dies zur Therapiemotivation beitragen kann. Ihre kontrollierte Arbeitsweise (50-51) und Gesprächsweise im Interview jedoch führen dazu, dass nur wenige unbewusste Inhalte in der Kunsttherapie auftauchen und nur wenig über das Gefühlsleben im Interview gesprochen wird. Teilweise bemerkt sie selbst keine Empfindungen, obwohl sie naheliegend wären, wie beispielsweise in Abbildung 5: Abstraktes Stimmungsbild, bei dem sie nicht benennen kann, was sie dabei erlebt hat. Sie geht hier spielerisch, spontan vor, jedoch kommt ihr kontrollierender Verstand hinzu, der das Bild bewertet und als gut empfindet („läsch grad so“, 159). Das entspricht wahrscheinlich auch ihrem Empfinden, jedoch verschwindet mit ihrer ausgesprochenen Bewertung, das emotional Erlebte in der Gestaltung. Die Gestaltung hält dies zwar sichtbar fest, aber Frau X kann es in diesem Moment nicht aufgreifen. Auch in der Kunsttherapiesitzung selbst möchte sie keine Inhalte mit dem Bild verbinden. Ihre ausführlichen technischen Beschreibungen (694-704) des Baumbildes (Abbildung 7) ersetzen auch im Interview die Benennung und Auseinandersetzung mit Gefühlen und Konflikten. Dadurch zeigt sich im Interview ein ähnliches Bild wie in der Kunsttherapie. Auch der Drang, die Gestaltung in einer Stunde beenden zu müssen (56), dient in gewisser Weise dazu, weniger in sich hineinspüren zu müssen und sich auch über mehrere Sitzungen hinweg mit einem Thema zu beschäftigen. Ihr gelingt es ansatzweise mit der Entstehung des abstrakten Stimmungsbildes (Abbildung 5) und des Vulkanbildes (Abbildung 6) das Gefühl der Wut auszudrücken und auch zu benennen. Im Interview wird durch die Beschreibung des Vulkanbildes (siehe 163-166) deutlich, wie schwer es ihr gefallen sein muss, sich damit zu beschäftigen. Gleichzeitig scheint sie stolz darauf zu sein, dies gewagt zu haben (163-165). Ihre Hoffnung das Erreichte Zuhause weiterzuführen, thematisiert sie im Regenbogenbild (Abbildung 14) in der letzten Kunsttherapiesitzung und schließt damit zugleich indirekt ihre Sorge ein, Zuhause das erreichte Gewicht nicht halten zu können und psychisch wieder instabiler zu werden. Das Regenbogenbild scheint sie als nicht strahlend genug zu empfinden. Die Kunsttherapiegruppe versucht sie zu bestärken, indem sie die Farben des

Regenbogens als „strahlend“ bezeichnen (570). Die Gruppe deutet damit an, dass sie die Zukunft auch positiver (strahlender) sehen kann. Dies bewirkt, dass Frau X versöhnlicher mit sich aus der Kunsttherapie gehen kann (578).

Die erfahrene Bestätigung bei der Specksteinarbeit, dass sie so sein darf, wie sie ist („Ecken und Kanten zu haben“ 411) und das ausgedrückte Vertrauen der Kunsttherapeutin in sie. „ (...) wo sie mi eigentlich bissle hingeführt hat (...) ja, dass man auch einfach mal aus sich herauskommt“(418), bewirkt vielleicht, dass sie etwas über sich persönlich sprechen kann (406-418) und sich gestalterisch ausdrücken kann (siehe Abbildung 6: Vulkanbild). Als die Kunsttherapeutin ihr einmal einen Gestaltungsvorschlag gibt (das Baumbild auf ein größeres Format festkleben (312-313), damit der Baum mehr Raum erhält), zeigt sie ihr sozusagen ungewollt, dass sie etwas nicht „richtig“ gemacht hat. Frau X ärgert sich über den dadurch entstandenen Zeitdruck und damit auch andeutungsweise über die Einmischung der Kunsttherapeutin („Aber des war so was, des konnt ich dann irgendwie net, net so han.“ (349). Später zeigt sie sich jedoch „froh“ (206) über die Intervention. Vielleicht auch, weil die Intervention das Ziel hatte, dass der Baum bzw. sie selbst, sich mehr Raum zugesteht. Deutlich wird in den Interpretationen des Interviews, wie auch der Kunsttherapiestunden, dass aus TherapeutInnen- und Patientinnensicht eine Stärkung und Bejahung ihrer Person als Therapieziel im Vordergrund stand, hierfür gab es unterschiedliche Erfahrungsgelegenheiten. Ihr Vermeidungsverhalten, welches auch in der Art ihrer Erzählungen auftaucht, sichert das positive Erleben der Kunsttherapiegruppe. Sie sagt beispielsweise sehr oft im Interview, dass sie nicht genau wisse, wie sie dazu gekommen sei (220) oder, dass sie „ohne irgendwelchen Hintergedanke“ (157) gearbeitet habe, dass sie sich nicht so wirklich gedanklich mit dem befassen müsse, was sie da mache (287-288). An anderer Stelle beschreibt sie, dass sie „beim Tun an gar nichts mehr gedacht habe“, dass es geholfen habe sich von unangenehmen Gefühlen zu befreien (280-281) oder sie einfach abgelenkt gewesen sei (671-674). Sie wisse auch nicht, warum der eine Speckstein so wenig Begeisterung in ihr auslöse (91). All diese Textstellen belegen, dass es Frau X nicht darum ging sich tiefgehende Gedanken über sich, ihre Biographie, ihre Emotionen oder ihre Erkrankung zu machen. Ihr vorrangiges Ziel war es sich abzulenken oder abzuschalten (36) und sich dadurch positiv (799ff) und damit auch anders als mit der Erkrankung zu erleben. Die Differenzierung (Brandstätter, 2012) in der Kunsttherapie durch die ästhetische Erfahrung war ihr Anliegen. Um dieses positive

Selbsterleben zu schützen, konnte sie sich vermutlich nicht auf tiefgehende, persönliche Themen einlassen. Es ging ihr nicht um einen Ausdruck ihres Innenlebens, dies sagt sie bei einer Gestaltung auch ganz direkt „...also da wollt ich jetzt nicht irgendwie was ausdrücken oder so, ...“ (187).

Die scheinbare innere Teilnahmslosigkeit und dargestellte Ahnungslosigkeit der Patientin erzeugte im Interview, wie auch in der Therapie eine Mauer zwischen beiden Gesprächspartnerinnen, die nicht zu überwinden war. Das Gespräch zu einem bestimmten Thema wurde durch diese Sätze von Frau X aus meistens beendet und nicht weiter vertieft (siehe 422-432 oder 443-449).

Auf der anderen Seite schildert Frau X ausführlich wie Gestaltungen entstanden sind (vgl.72-75), jedoch führen diese Darstellungen dazu, dass sie es unterlässt über sich persönlich zu sprechen. Dieses Vermeidungsverhalten löst sich erst etwas auf, als es um die Beziehung zur Kunsttherapeutin geht. Hier kann sie Persönliches andeutungsweise aussprechen (406-417).

Zum Zeitpunkt des Interviews scheint sie jedoch nicht für eine wirkliche Auseinandersetzung mit hinter der Essstörung stehenden Konflikten bereit zu sein.

#### **6.3.4.4 Essstörungsspezifisches Erleben von Frau X in der Kunsttherapiegruppe: Körperstrategien und Bewältigungsmuster**

Ein essstörungsspezifisches Denken und Verhalten wird auch in der Kunsttherapie von der Patientin erlebt. Zum Großteil bleibt dies für Frau X unbewusst, an einigen Textstellen nimmt sie darauf Bezug (269ff). Im Folgenden möchte ich das essstörungsspezifische Erleben zusammenfassend herausgreifen und darstellen, wie es sich auch in der Kunsttherapie inszenierte und an verschiedenen Textstellen im Interview nachvollziehbar wird.

Als Allererstes zeigt sich im Interview mit der Beschreibung der Vorgehensweise bzw. dem Nacherleben des gestalterischen Tuns in der Kunsttherapiesitzung das Dominieren von geplantem und kontrolliertem Vorgehen (50/220) der Patientin. Immer die Kontrolle besitzen zu müssen entspringt u. a. der mangelnden Erfahrung von Verlässlichkeit und daraus resultierender Hilflosigkeit (Herzog, 2013). Ebenso können Erfahrungen eine Rolle spielen, die zeigten, dass bei gestiegenen gesellschaftlichen Anforderungen oft keine Orientierung, kein fester Fahrplan für das Leben mehr zu bekommen ist (Stauber, 2013). Kontrollausübung ist für PatientInnen mit einer



Essstörung ein „sicherer“ Mechanismus der Selbstbehauptung und wird ansonsten auf das Kontrollieren von Hunger und Gewicht angewendet (Herzog, 2009). Die Kontrollausübung ist normalerweise in Bezug auf den Körper zu finden und stellt somit eine Körperstrategie (Stauber, 2013) dar, die Frau X in der Kunsttherapie auf die Gestaltung überträgt. Das kontrollierte Vorgehen konnte erst später in der Therapie, vermutlich als die Patientin sich sicher fühlte und eine gestalterische Kompetenz erlangt hatte, aufgegeben werden. Sicherheit könnte ihr dabei die klare Zielvorstellung und der technische Ablauf des Gestaltens (692ff) gegeben haben. Dies könnte auch ein Grund sein, weshalb sie im Interview lange über die technischen Ausführungen (696-704) spricht. Sie veranschaulicht damit ihre praktische Fähigkeit mit dem Medium umgehen zu können, befähigt sich damit zur selbständigen Wahl der Mittel (Dietrich, 2012) und ermöglicht sich somit Autonomie und Lebenspraxis (Ziegler, 2012). Born beschreibt in ihrer Studie ebenfalls, dass das Aneignen von technischem Können und die handwerkliche Ausrichtung am Anfang der Kunsttherapie eine emotionale Werkbindung ermöglicht und wichtig für einen positiven Verlauf sein kann (Born, 2003). Die technische Aneignung erlaubt, dass es zu einem Moment der sinnlichen Wahrnehmung kommt, in der es nichts Wichtigeres als das eigene Wahrnehmen gibt. Das Sinnliche selbst wird thematisiert und nicht das, was es bedeutet (Dietrich, 2012). Dadurch entsteht ein Abstand zwischen Alltagswelt und ästhetischem Erleben (Brandstätter, 2012), welcher im Interview mit Frau X zur konstruktiven Lebens- Bewältigung und Gestaltung wenigstens zeitweise beitragen hat.

Auf der anderen Seite kontrolliert sie damit auch das Gespräch. Spontanes Gestalten kommt selten vor und wird von ihr nicht näher betrachtet (287-288) oder es verunsichert sie und bleibt zunächst beziehungslos zu ihr (siehe Beschreibung zur Specksteingestaltung 6.3.4.3.5). Sie vermeidet damit zu sich, zur Essstörung und zur Gruppe bzw. zur Therapeutin in Beziehung zu treten. Damit bleibt sie autonom und unabhängig. Die angesprochene Vermeidung führt auch dazu, dass die Patientin so gut wie nicht über unangenehme Gefühle spricht oder sie verniedlicht (161-167) und sich damit insgesamt von der Gruppe, der Kunsttherapeutin und der Interviewerin distanziert und unerreichbar bleibt. Das Ringen um Autonomie (Herzog, S.191, 2009), welches für PatientInnen mit einer Anorexie so bezeichnend ist, wird hier sichtbar. Ganz im Sinne des Autonomiestrebens werden deshalb keine Bedürfnisse gezeigt. So wie sie nichts zu essen benötigt, benötigt sie auch nicht die anderen. Das

Umfunktionieren des Körpers zum „Autonomiezentrum“ (Stauber, 2012, S.27) überträgt sich auch in die Kunsttherapie. Frau X zeigt mit ihren Schilderungen über die Gruppe ein freundliches Interesse (vgl. S. 152) und positive Rückmeldungen führen zu mehr Selbstvertrauen am Ende der Therapie (574), jedoch grenzt sie sich auch deutlich ab (514) und bleibt insgesamt beziehungslos. Sie beschreibt beispielsweise keinen engeren Kontakt zu einzelnen MitpatientInnen.

Sie ist es gewohnt sich körperlich zu bewegen, sobald unangenehme Gedanken oder Gefühle auftauchen. Deshalb erhält sie auch ein Stationsgebot, welches sie im Interview erwähnt (671). Dieses Stationsgebot bedeutet, dass sie auf Grund des geringen Gewichts eine Ausgangsbeschränkung erhält und die Klinikstation für eine gewisse Zeitspanne nicht verlassen darf. Auch die Verweigerung des Essens dient unter anderem dazu, Gefühle nicht mehr zu spüren. Demnach ist die Essstörung selbst, wie auch in der Literatur beschrieben (vgl. Stauber, 2013 und Kapitel 4.1), bei Frau X ein Bewältigungsversuch, die die Auseinandersetzung mit den eigentlichen Konflikten und Anforderungen ersetzt. In ihren Beschreibungen, wie sie das Gestalten erlebt hat, wird sichtbar, dass das Gestalten die Beschäftigung mit der Essstörung ersetzt. Sie kann abschalten, sie bekommt eine Distanz dazu (269ff). Sie bewältigt im gestalterischen Tun zeitweise die Essstörung und erfährt dabei, wie sie selbst dem essstörungsspezifischem Verhalten etwas entgegensetzen kann (siehe Interview 669-678). Die Kunsttherapie hilft ihr einerseits sich gestalterisch zu beschäftigen anstatt sich körperlich bewegen zu müssen und sie hilft ihr, das Kreisen der Gedanken zu unterbrechen (671-674). Sie macht dabei die Erfahrung, dass sie ihre Stimmung auch ohne essstörungsspezifisches Verhalten stabilisieren kann. Durch diesen Erfolg, erlebt sie sich selbstwirksam. Sie beschreibt, wie sie eine für sie sehr unangenehme Situation konstruktiv bewältigt hat, in dem sie die Zeit anders gestaltet hat als sonst und am Ende ein gutes Gefühl hatte (669- 678). Dieser Erfolg veranschaulicht ihr sicherlich die eigenen Fähigkeiten und bewirkt, dass sie mit dieser gelungenen Strategie zukünftige, ähnliche Situationen aus eigener Kraft, wie Bandura (1994) es nennt, meistern möchte. Die Gestaltung als transaktionales Objekt, wie Schaverien (1995) es beschrieben hat, wird damit dokumentiert. Andererseits gerät sie zeitweise auch in der Kunsttherapie in einen Bewegungsdrang und Aktionismus, zum Beispiel als der Speckstein ein unbefriedigendes Gefühl hervorruft (94-95), mit dem sie sich „nie so richtig angefreundet hat“ (91-96). Hier werden die Essstörung und die krankmachende Gestaltung des Körpers als Bewältigungsversuch nochmals

erfahrbar. Sie trägt den Speckstein Schicht für Schicht ab, da sie nicht wusste, was sie machen sollte (94-95). Die hier beschriebene Orientierungslosigkeit kann auch auf die eigene Identität bezogen werden. Dass der Speckstein ein Selbstbild darstellt, mit all seinen Unvollständigkeiten, wird erst im Gespräch mit der Kunsttherapeutin für Frau X verstehbar (414-417). Im Tun wird sie also konfrontiert mit der Unvollkommenheit des Steines, welcher sie an ihre eigene Unvollkommenheit erinnert. Sie versucht dieser Unvollkommenheit mit einer hohen Leistungsbereitschaft und körperlich anstrengendem Abschmirlen des Steines entgegenzutreten. Die künstlerisch-ästhetische Handlung droht dabei für die körperliche Anstrengung ausgenutzt zu werden und sie spiegelt damit ein Verhalten, das bei vielen magersüchtigen PatientInnen zu beobachten ist (vgl. Ganter-Argast, 2012), wieder. Hierbei wird, wie von Grubel (2003) beschrieben, der selbstzerstörerische Umgang mit dem Körper in der Materialverarbeitung reinszeniert. Immerhin kann sie später mit Hilfe dieses Steines über die zwei Seiten in sich sprechen (417), die es anzunehmen gilt. An dieser Stelle zeigt sich, dass ein Stück Identitätsarbeit geleistet wurde und sie etwas Orientierung erhalten konnte. Die Unmöglichkeit Gestaltungen unvollendet stehen zu lassen (56), gründet eventuell auch in diesem Anspruch der Perfektion. Dies anstreben zu wollen, kann als Anpassungsleistung verstanden werden (Stauber, 2013), die die Anerkennung von außen nach sich ziehen soll. Dabei kommt der verdeckte Wunsch nach Kontakt (Rehavia- Hanauer, 2003) und Beziehung auf, der sich auch in ihren Schilderungen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe äußert (574-578). Gleichzeitig ist jedoch das Anliegen der Patientin sich so angenommen zu fühlen, wie man ist, ohne eine Leistung erbringen zu müssen (417; 563-575). Die Essstörung und ihr essstörungsspezifisches Verhalten, das auch in der Kunsttherapie ausgelebt wird, kann bei Frau X somit auch als Widerstand gegen die gesellschaftlich oder familiäre Anforderung (Stauber, 2013) nur durch Leistung einen Wert zu besitzen, verstanden werden. Diese Anforderungen konnten im vorliegenden Fall anhand der Patientenakten rekonstruiert werden. Frau X sagt selbst direkt nichts dazu. Das Zurechtkommen mit der eigenen Unvollkommenheit und die Orientierungslosigkeit in Bezug auf die eigene Identität könnten in diesem Fall als Bewältigungsaufgaben angesehen werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass anhand des Interviews von Frau X Körperstrategien wie Kontrollausübung und Autonomie auch im Erleben der Kunsttherapiegruppe auffindbar waren. In den Beschreibungen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe wurden verschiedene

Bewältigungsmuster wie die Essstörung bzw. die Gestaltung als Bewältigungsversuch zu benutzen oder Anpassung und Widerstand als Bewältigungsversuch zu sehen, rekonstruierbar.

### **6.3.5 Fallrekonstruktion Frau Y**

#### **6.3.5.1 Patientinnenportrait**

Frau Y ist 20 Jahre alt und wird mit einer seit drei Jahren bestehenden Anorexia nervosa (BMI von 12,6 kg/m<sup>2</sup>) stationär aufgenommen. Nach vier Wochen stationärer Behandlung wurde bereits eine Therapiepause vereinbart. Nach weiteren vier Wochen wurde die Patientin wieder geplant stationär aufgenommen. Frau Y wurde behandelt in einem psychosomatischen Komplexbehandlungsprogramm mit dem Behandlungsschwerpunkt für Essstörungen. Sie erhielt neben Einzel- und Gruppentherapien, Kunst und Körpertherapie, Chef- und Oberarztvisiten, sowie Ernährungsberatung, tägliche Essbegleitung und nahm an einer psychoedukativen Gruppe für PatientInnen mit Essstörungen teil. Außerdem erlernte sie ein Entspannungsverfahren und Stabilisierungstechniken. Zudem fanden zwei Angehörigengespräche mit den Eltern der Patientin statt.

Frau Y hat nach einem sehr guten Abitur ein betriebswirtschaftliches Studium nach kurzer Zeit abgebrochen und möchte nun eine Ausbildung machen. Sie lebt noch bei den Eltern und ist das älteste Kind. Frau Y berichtet, dass die Anorexia nervosa zeitgleich mit einem Ehekonflikt der Eltern aufgetreten sei. Die Mutter habe sich kurzzeitig vom Vater getrennt und lebe mit ihrem neuen Lebenspartner zusammen. Sie sei dann aber wieder zur Familie zurückgekehrt, allerdings hauptsächlich wegen den Kindern.

Aus den Arztbriefen und aus der Akteneinsicht kann folgendes über Frau Y zusammengefasst werden:

Zu Beginn habe sich Frau Y einerseits motiviert gezeigt und habe sich rasch in das Therapiekonzept eingefügt, beispielsweise habe sie die Nahrungsmenge steigern können. Sie sei freundlich und interessiert gewesen. Andererseits habe sie keine relevante Gewichtszunahme erreicht. Die dahinterstehende begrenzte Veränderungsmotivation habe sie ansatzweise verstehen können, als sie erkannt

habe, dass die familiäre Situation mit den Ehekonflikten der Eltern und ihre ungeklärte berufliche Situation die Magersucht aufrechterhalten. Frau Y berichtete, dass das kontrollierte Essverhalten ihr Macht und Kontrolle gegeben habe, in einer Zeit, in der sie sich durch die kurzzeitige Trennung der Eltern sehr unsicher fühlte. Die Essstörung sei vor den Eltern sehr lange geheim gehalten worden.

Es sei dann eine vierwöchige Therapiepause vereinbart worden, da keine Therapiefortschritte in Richtung Gewichtszunahme sichtbar geworden seien. In dieser Zeit Zuhause wollte die Patientin eine größere Therapiemotivation erlangen.

In ihrem zweiten stationären Aufenthalt sei weiterhin eine große Ambivalenz in Bezug auf die Therapie zu spüren gewesen. Die Gewichtszunahme habe in den ersten Wochen stagniert. Erst nachdem sie zur Erkenntnis gelangt sei, dass ein niedriges Gewicht einer Ausbildung im Wege stehe, konnte sie im Laufe der Therapie 5 kg zunehmen. In den Therapien sei eine große Unsicherheit und ein Schamgefühl zu spüren gewesen. Sie habe sich sehr perfektionistisch gezeigt und meinte erst nach erbrachter Leistung, Essen oder Belohnung zu verdienen. Eine Angst vor dem Erwachsenwerden und davor Verantwortung zu übernehmen, haben auch immer wieder die Behandlungsmotivation beeinträchtigt. Als der Ausbildungsbeginn auf Grund der Notwendigkeit die Therapie im teilstationären Setting weiter zu führen verschoben wurde, sei ein Hauptmotivator verschwunden. Daraufhin habe sich die Gewichtszunahme erneut problematisch gestaltet.

Auch in der Tagesklinik habe sie ihren Aufenthalt früher als geplant beendet, da sie nicht genügend Gewicht zugenommen habe und somit ihr Gewichtsvertrag nicht einhalten konnte.

Im Folgenden wird mithilfe der herausgebildeten Kategorien aus dem Interview, sowie durch die Zuhilfenahme der entstandenen Werke und den Therapieprotokollen das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus Sicht von Frau Y beschrieben. Das Interview fand nach dem tagesklinischen Aufenthalt statt. Der Fokus liegt dabei auf der Forschungsfrage wie Patientinnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe erleben.

### 6.3.5.2 Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen aus PatientInnensicht

#### 6.3.5.2.1 Nacherleben des gestalterischen Tuns

Zunächst erklärt sie, wie die Ideen für ihre Gestaltungen entstanden sind. Sie erzählt, dass sie ihre Idee für das „Wutbild“ (Abbildung 15) beispielsweise auf Grund eines Gesprächs in der Einzeltherapie bekommen habe.

*„ Weil ich (es) eben auch in der Einzeltherapie Thema war, dass ich so Gefühle oder vor allem eben Wut oder so was, nicht auf jemanden wütend bin, ähm, des nich so ähm wirklich verbal zum Ausdruck bringen kann, sondern eben alles mehr so in mich ..rein..fress sozusagen und dann gegen mich selber richte und dann dachte ich ja ,wenn ich es verbal nicht so äußern kann, dann versuch ichs eben mal zu malen...und ich fand eigentlich auch, dass es relativ gut getroffen hat, also ...ja kann ich mich auch gut so damit identifizieren.“ (2: 51-55)*

Frau Y scheint mit Hilfe der/s EinzeltherapeutIn, auf dieses Thema gekommen zu sein und hatte offenbar den Eindruck sich dem Thema „Wut“ in der Kunsttherapie einfacher annähern zu können. Höchstwahrscheinlich hat sie bereits erlebt, dass Gefühle gut in einer Gestaltung ausgedrückt werden können. Sie wollte ihrer Wut zunächst einmal einen non- verbalen Ausdruck geben, vielleicht auch um das Gefühl der Wut dadurch besser kennenzulernen.

Frau Y berichtet daneben, wie sie Anregungen in einem Buch zum Thema „ sich etwas gönnen“, gefunden habe.

*„ Und ähm dann des Bild hier (zeigt auf das Sternbild, keine Abbildung vorhanden) is entstanden, weil ich ähm ein Buch gelesen hab, wo eben so verschiedene Sprüche oder Anregungen drin waren, ähm wie man sich selber etwas Gutes tun kann oder eben so zum Thema nach sich selber schauen. (...) da einfach immer wieder auch so dran zu erinnern ähm, hab ich dann des Bild noch gemacht (meint das Sternbild) ..ja.. (atmet aus)“ (2: 56-63)*

Die Inspiration wird erneut, wie bei ihrem Wutbild aus der Einzeltherapie, von außen angeregt. Diesmal aus einem Buch. Die Idee ist dabei getragen von dem Gedanken, etwas zu gestalten, dass sie erinnert und unterstützt. Das Bild entstand mit der Intention, etwas für sich zu tun, sich bereits mit dem Bild etwas Gutes zu tun.

Sie geht bei der Ideenfindung aber auch spontan- suchend vor, wie beispielsweise bei der Specksteinarbeit (Abbildung 16).

*„ Und der Stein. ..so rum (stellt ihn richtig hin). Des war eigentlich so ein totales Zufallsprojekt, also da hab ich mir wirklich mal überhaupt nicht vorher überlegt, was da draus werden soll oder so.“ (2: 63-65)*

Die Materialien wähle sie „schon eher spontan“ (234) aus, jedoch beachte sie dabei auch, was sie inhaltlich umsetzen möchte und mit welchem Material das eventuell am besten gehen könnte.

*„ Und kommt halt auch drauf an, was ich gerade ähm umsetzen will. Wenn ich jetzt weiß ja Wut, dann wüsst ich jetzt erstmal nich so wirklich, wie ich des an nem Stein jetzt zeigen soll oder so, und dann sind mir halt so spontan die Farben so gekommen.“ (2: 234-237)*

Sie kennt bereits schon die Materialien und kann sie materialgerecht einsetzen, da sie um ihre Wirkung weiß. Dies wird im folgenden Abschnitt deutlich.

*„Oder bei den Pastellkreiden, da wollt ich halt irgendwie so was Harmonisches ...und ja ...des dacht ich, kommt damit vielleicht am besten zum Ausdruck.“ (2: 237-239)*

Frau Y beschreibt die Vorgehensweise in der Kunsttherapie nicht genauso ausführlich und detailliert, wie Frau X. Frau Y verbindet die rein gestalterische Handlung eher mit Gefühlen oder persönlichen Anliegen, die durch sie ausgedrückt werden sollen. Sie verbindet ihre künstlerische Handlung und Vorgehensweise schnell mit der eigenen Problematik, wie die Unfähigkeit ihre Wut nach außen hin zu zeigen oder sich selbst etwas Gutes zu tun. Dies fand bei Frau X nicht auf dieser Bewusstseinssebene statt. Frau Y ist daher mehr mit ihrer Gefühlsebene in Kontakt und scheint allgemein offener für eigene Reflexionen zu sein. Dieser Aspekt wird auch spürbar, als sie über den Ablauf der Kunsttherapiesitzung berichtet und dabei eigene Erlebensweisen einfügt.

*„ Ja also, ähm..ich fand irgendwie, teilweise am Anfang da dachte ich mir naja, nur ne Stunde arbeiten und hinterher dann ne halbe Stunde besprechen, des is ja voll lang und ich würd eigentlich lieber die ganze Zeit irgendwie arbeiten und so...aber grad in den letzten Stunden wars dann so, dass uns eigentlich hinterher beim Besprechen eigentlich immer die Zeit ausgegangen is und ich mir dann auch da noch mehr Zeit gewünscht hätte. Also, ..und für mich wars allgemein immer irgendwie zu kurz. Weil*

*wenn ich dann grad so richtig im Arbeiten drin war, war die Arbeitsphase schon wieder vorbei und...ich wollt eigentlich nich anfangen zu besprechen, aber gleichzeitig wusste man ja auch wieder, da geht auch die Zeit aus. Und..also ich hätt's mir allgemein länger gewünscht so.“ (2:209-217)*

Frau X dagegen hatte rein zeitliche und formale Abläufe aus der Kunsttherapiestunde erwähnt, ohne persönliche Erlebnisse mit einzubauen (vgl. 1:686-706).

Frau Y erklärt an der oben genannten Stelle den zeitlichen Ablauf der Kunsttherapiestunde, jedoch fügt sie eigene Reflexionen ein und verdeutlicht auch inwieweit sich ihr Erleben in Bezug auf die Arbeitsphase und Gesprächsphase verändert hat. Sie hat offenbar die Erfahrung gemacht, dass auch die Besprechungsphase über die Gestaltung wertvoll ist und sie eventuell dabei etwas Hilfreiches erleben konnte, auch wenn sie es zunächst am liebsten vermieden hätte. Sie kann hierbei, im Unterschied zu Frau X, eigene Wünsche und Bedürfnisse äußern, indem sie darauf eingeht, dass sie sich allgemein mehr Zeit gewünscht hätte (217).

Die Art und Weise wie Frau Y bereits in der Beschreibung über die Vorgehensweise in der Kunsttherapiesitzung spricht, deutet darauf hin, dass sie über ein höheres Maß an Reflexionsbereitschaft und über eine scheinbar größere Therapiemotivation verfügt als Frau X. Dies wird auch in den folgenden Abschnitten deutlich.

#### 6.3.5.2.2 Erleben wie das gestalterische Tun wirkt

Frau Y erlebt ähnlich wie Frau X, wie sie sich in die Gestaltung hineinver tiefen kann und die Zeit vergisst und dies eine positive Wirkung auf sie hat.

*„ Ja eben, des Arbeiten an sich, da hab ich mir ja seit langem immer dann immer mal wieder so ...Momente gehabt, wo ich mich wirklich so ganz selber vergessen konnte und einfach (...) und einfach drauf los gearbeitet hab und ne Stunde später erst wieder auf die Uhr geschaut hab oder so und des gibts bei mir eigentlich gar nicht. Und schon allein des hat mir echt gut getan.“ (2:146-150)*

Die positive Wirkung liegt scheinbar darin, dass sie in dieser Arbeitsstunde sich und ihre Erkrankung „vergessen“ konnte. Sie befand sich in einem Zustand, indem sie sich nicht als krank wahrgenommen hat und daraus Kraft schöpfen konnte.



Dies ist umso bedeutender, da Frau Y gewohnt ist, alles kontrollieren zu wollen (siehe auch S.172) und sie in diesem Abschnitt einen längeren Zeitraum beschreibt, indem sie sich nicht unter Kontrolle halten musste.

Sie beschreibt im nächsten Abschnitt, wie das gestalterische Tun an sich als therapeutisch von ihr erlebt wird. Das Tun, wie beispielsweise das Matschen, Feilen oder Malen erlebt sie als kathartisch. Sie kann die Wut ausdrücken, ohne sich viele Gedanken zu machen, ob die Gestaltung schön wird.

*„Ne, ich glaub des war eher son Prozess. Es ging eben eher so wirklich son bisschen über die Stufe, dass ich dann ähm nich mehr irgendwie was Ästhetisches unbedingt schaffen musste, weil ich mich mehr so mit dem Prozess an sich, also des was weiß ich, des Feilen oder Malen und drauf los matschen, also des an sich für mich dann eben schon so ne Art Therapie war und mir dann gar nicht mehr so große Gedanken machen musste oohh wird des nachher auch schön, sondern einfach ...naja die Wut raus lassen und auf den Holz einschlagen oder wie auch immer (...).“ (2:124-130)*

Sie hat also über das rein gestalterische Tun erlebt, wie sie sich dadurch von eigenen Zwängen und Erwartungen, wie beispielsweise, dass etwas schön werden muss, befreit. Sie konnte darüber offenbar zu sich und ihren Gefühlen gelangen, hier der Wut und diese zunächst einmal ausagieren.

Dabei führt sie genauer aus, wie gerade auch das Material ihr dabei geholfen hat, diesen Gestaltungsprozess und seine Wirkung zu erleben.

*„...da hab ich dann auch teilweise einfach durch das Material oder die Art wie ich gearbeitet hab. Ähm, ja war des für mich irgendwie n bisschen Therapie, also so zum Beispiel hab ich mal ne Weile mit ähm... so Gipsbinden gearbeitet und einfach so des Gefühl da so richtig (lacht) drauf los zu matschen sag ich jetzt mal (lacht) ...und egal wie es nachher aussieht.“ (2:34-37)*

Das Material Gips bietet sich für diese Erlebensweise an und wurde hier von der Patientin als positiv erlebt. Das Material an sich hat der Patientin an dieser Stelle geholfen sich von eigenen Erwartungen zu befreien. „Einfach drauf los zu matschen....und egal wie es nachher aussieht“ (37) kann verstanden werden als Zugeständnis spielerisch und bewertungsfrei arbeiten zu dürfen ohne ein Endprodukt zu schaffen. Dieses Vorgehen scheint für die Patientin ungewohnt und abweichend

von Normvorstellungen zu sein. An diese neue Erfahrung versucht sie sich dann auch bei anderen Gestaltungsmomenten zu erinnern. Sie übt sich darin, das Material auch anders als in ihrer gewohnten Art zu verwenden. Das ästhetisch Schöne und der dahinterstehende Leistungsgedanke sollen nicht mehr im Vordergrund stehen, jedoch muss sie diese veränderte Sicht erst internalisieren.

*„ Und dann hab ich mir auch immer wieder so..ja.. eigentlich schon mehr oder weniger vorgenommen ich hat dann auch was aus Holz gemacht des eben nicht mehr ganz abzuschmirgeln, dass es dann halt nicht mehr so ganz perfekt wird und mich dann auch damit zufrieden zu geben und so...gings dann immer besser, (...).“ (2:39-42)*

Sie reflektiert auch, dass sie beispielsweise das Gefühl der Wut während des gestalterischen Tuns bearbeiten und erleben kann, ohne dass dabei ein Produkt entstehen muss.

*„... da hab ich dann die Wut son bisschen eher zum Ausdruck gebracht. Also nicht durch des was entstanden is, sondern einfach halt beim Arbeiten.“ (2:179-181)*

Der kunsttherapeutische Prozess ist an dieser Stelle wichtiger für sie als die Endgestaltung, da es in dieser Kunsttherapiestunde darum ging, das Gefühl der Wut zu erleben und zu spüren.

Das gestalterische Tun führt zusammengefasst bei Frau Y dazu, dass sie nach sehr langer Zeit wieder erleben kann „sich zu vergessen“(147). Dieser Zustand ist bei Frau Y Ausgangspunkt, um darüber in einen kunsttherapeutischen Prozess eintauchen zu können. Anders als bei Frau X ist dieses Befinden nicht ihr Hauptziel. Frau Y gesteht sich zu „matschen zu dürfen“ (37), ohne dass etwas dabei entstehen muss. Sie kann sich dadurch etwas von ihrem Perfektionismus befreien. Es scheint auch so, als ob die Patientin auf diese Weise kindliche Erfahrungen, wie matschen wertfrei und ohne ein sinngebendes Endprodukt zu gestalten, nachholen möchte. Sie gelangt über diese Arbeit am Material zu einem Gefühlsausdruck.

#### 6.3.5.2.3 Erleben wie die Gestaltung wirkt

Der spontan und eher unbewusst entstandene Speckstein (Abbildung 16) wird von Frau Y als sinnhaft empfunden. Er symbolisiert für sie etwas und sie kann sich damit identifizieren. Dieser zunächst unbewusste Vorgang tritt immer mehr in ihr

Bewusstsein und ruft Freude in ihr hervor.

*„ Ja aber von dem her, des fand ich eigentlich sehr interessant, dass ich mir vorher eigentlich überhaupt keine Gedanken gemacht habe und einfach so die Form von dem Stein frei gelegt hab und trotzdem was entstanden is, wo ich mich so identifizieren kann oder wo so einfach auch passt von der Thematik und des so für mich auch erkannt hab. Des hat mich echt gefreut.“ (2:89-93)*

Sie hat bei dieser Gestaltung erlebt, wie es ist, sich ohne ein genaues Ziel an die Arbeit zu machen. Sie hat jegliche Kontrolle abgegeben, sich auf unsicheres Terrain begeben und schließlich eine Gestaltung geschaffen, die einen inneren Konflikt thematisiert. Vor allem die Tatsache, dass dies zunächst unbewusst geschah, bewirkt ihre Freude und könnte ihr auch für zukünftige Situationen Vertrauen schenken. Diese Vorgehensweise scheint auch möglich geworden zu sein durch die vorherige sinnliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Materialien, wie beispielsweise dem Gips.

Die positive Wirkung der Specksteingestaltung wurde dadurch hervorgerufen, dass die Gestaltung aus einem inneren, unbewussten Bedürfnis heraus entstanden ist, welches zunächst noch unbekannt für sie war. Die Gestaltung ist also aus dem Prozess heraus entstanden und war nicht wie sonst häufig, eine Idee, die sie umsetzen wollte. Dieser Vorgang hatte offensichtlich einen positiven Überraschungseffekt.

An einer anderen Stelle beschreibt sie eine weitere Wirkung von Gestaltungen. Sie sagt, wie „auch mal nich so schöne Sachen entstanden sind“ (2:130) diese Gestaltungen aber auch etwas symbolisieren und sie sich damit identifizieren könne (2:131-133). Hier wird ihre Erkenntnis sichtbar, dass auch „nicht so schöne Sachen“ dazugehören und gezeigt oder ausgedrückt werden dürfen. Dies könnte darauf hinweisen, dass sie sich das in der Vergangenheit nicht zugestanden hat.

Die Gestaltungen werden von ihr im Allgemeinen, egal ob schön oder nicht schön, als positiv erlebt. Sie spricht davon, dass sie „es (meint hier Abbildung 15:Wutbild) relativ gut getroffen hat“ (2:55) und sie sich auch „gut damit identifizieren kann.“ (2:55).

#### 6.3.5.2.4 Erleben von Gefühlen

Frau Y kann zunächst einmal in der Kunsttherapie Spaß erleben.

*„ einfach, weils halt einfach Spaß gemacht hat oder weiß nich, und einfach drauf los..“ (2:148)*

Spaß oder Freude in der Therapie zu erleben ist gerade am Anfang ein wichtiger Therapiemotivator.

Ähnlich wie Frau X, erlebt sie während der Kunsttherapiestunde einen inneren Druck. Bei Frau X war es der Druck, das Bild in einer Stunde abschließen zu müssen. Bei Frau Y ist es am Anfang des Therapieprozesses das Bedürfnis alles möglichst schön und perfekt machen zu müssen.

*„Also, ja so generell ähm hatte ich am Anfang hauptsächlich das Problem, dass ich halt immer so das Bedürfnis hatte irgendwie sowas möglichst Schönes zu machen. Also es musste immer perfekt sein, ich konnte da nicht einfach, ja einfach mal so ..wie andere irgendwas was ganz Abstraktes einfach so, was mir gerade auf der Seele gebrannt hat, sozusagen malen, sondern ähm, ja hatte halt immer so das Gefühl das muss jetzt möglichst schön sein.“ (2:26-30)*

Sie beschreibt in diesem Abschnitt, dass ihr Bedürfnis nach Perfektionismus und nach etwas ästhetisch Schönem dem widersprach, was ihr auf der „Seele gebrannt habe“. Sie erlebte scheinbar, wie das Entstandene schön aussah, aber nicht ihrem Inneren entsprach. Das Einzige, was sie spürte, war der innere Druck so vorgehen zu müssen, um dadurch die Konfrontation mit ihren wahren und wahrscheinlich schmerzvollen Gefühlen zu vermeiden. Sie lernte erst im Laufe der Therapiezeit diese Art von Kontrolle aufzugeben.

Sie kann später dann ihre Wut erleben. Sie spricht an mehreren Textstellen von ihrer Wut und wie sie diese auch in der Kunsttherapie erlebt und bearbeitet hat. Zunächst versucht sie geplant vorzugehen und sucht ganz bewusst nach einem Ausdruck für das Gefühl der Wut (siehe Abbildung 15.)

*„Und da hab ich dann eben die Sachen hier gemacht und ähm..in der ersten Stunde ähm, hab ich hier (zeigt auf das rote Bild) meine Wut, wollt ich da zum Ausdruck bringen.“ (2:45-47)*



**Abbildung 15:Wutbild**

Sie bemerkt dabei, dass das Bild schon etwas Wütendes hat, aber sie dadurch nicht ihre Wut loswerden konnte. Dies kann daran liegen, dass sie eben doch noch zu kontrolliert vorgegangen ist.

*„Also ja da wars so, dass ich mich damit dann zwar gut identifizieren konnte, also ich konnte dann schon sagen ja genau so wollte ich es machen und des is meine Wut und so. Des passt schon, aber ähm die Wut dadurch wirklich losgeworden bin ich nicht , also des war jetzt nich so ne Art abreagieren, sondern ich hab sie halt einfach nur dargestellt und des war dann auch ok., aber die Wut war dann halt immer noch da.“  
(2:169-173)*

Es ist möglicherweise auch so, dass sie in ihrer ersten Auseinandersetzung mit dem eher unangenehmen Gefühl der Wut, das Gefühl nicht in vollem Ausmaß zulassen konnte. Sicherlich hatte sie zu diesem Zeitpunkt noch zu große Angst davor von ihrer Wut überrollt zu werden und konnte sie dadurch auch nicht vollständig ausdrücken und loswerden.

Ihr gelingt es dann über die spontane Specksteinbearbeitung die Wut zu spüren und herauszulassen.

*„ Aber ähm was eigentlich ganz interessant war, ähm so wirklich ausgelebt hab ich die Wut eigentlich eher bei dem Stein. Also, da wars dann auch so, dass direkt vor der Kunsttherapie auch irgendwas vorgefallen is, wo mich total auf die Palme gebracht hat und ich wirklich total dann aggressiv war und ähm dann einfach so auf den Stein da so (lacht) weiß nich dran rum zu feilen und so des, danach gings mir dann wirklich*

*gut und des ja, da hab ich dann die Wut son bisschen eher zum Ausdruck gebracht“ (2:173-179).*

Ihr ging es nach dieser Gestaltungsphase „ dann wirklich gut“ (178), sie hat hier anscheinend die Wut vollständig entladen und vor allem dann auch hinter sich lassen können. Sie erlebt dabei, dass es eine positive Wirkung haben kann, negative Gefühle zuzulassen und auszudrücken. Gelungen ist der Gefühlsausdruck gewiss auch, da unmittelbar vor der Kunsttherapie ein Ereignis stattfand, dass das Gefühl der Wut aktualisierte. Sie benennt im Interview jedoch nicht, was sie so wütend macht, sie bleibt hierbei allgemein.

#### 6.3.5.2.5 Symbolisierungserleben aus Patientinnensicht

Frau Y gibt eine Reihe von interpretierenden Beschreibungen ihrer Gestaltungen ab. Dabei erklärt sie den Hintergrund der Bilder und zieht persönliche Verbindungen. In einer frühen Textpassage erklärt sie die Bedeutung des Sternbildes (keine Abbildung vorhanden)

*„ Das Bild hier (zeigt auf das Sternbild) is entstanden, weil ich ähm ein Buch gelesen hab, wo eben so verschiedene Sprüche oder Anregungen drin waren, ähm wie man sich selber etwas Gutes tun kann oder eben so zum Thema nach sich selber schauen. Des hieß „Gönn dir einen Stern“ und irgendwie hat mich des noch so beschäftigt, weil des auch so ein Problem von mir is, dass ich halt nich ...wirklich nach mir schau, sondern (unverständlich-allen versuche) wie soll ich sagen recht zu machen. Aber mir selber nichts Gutes tun kann und so..und um mich da einfach immer wieder auch so dran zu erinnern ähm, hab ich dann des Bild noch gemacht (meint das Sternbild) ..ja.. (atmet aus).“ (2:56-63)*

Der entstandene Stern soll sie zukünftig daran erinnern, „nach sich zu schauen“ oder „sich etwas Gutes zu tun“. Er soll sie auch daran erinnern, dass sie es nicht immer „allen Recht machen“ muss. Diese Textstelle deutet erstmals darauf hin, dass sie eigene Bedürfnisse unterdrückt, um andere zufriedenzustellen und eine gewisse Harmonie aufrechtzuerhalten, sich selbst dabei aber ganz vergisst. Dies wird in der späteren Interpretation des Kastanienbildes (Abbildung 19) bestätigt. An dieser Textstelle deutet sie nur an, dass sich selbst etwas Gutes tun, auch bedeuten kann, dass man anderen Grenzen setzt. Die mögliche Konsequenz sich dadurch auch eventuell unbeliebt zu machen, um eigene Bedürfnisse zu wahren, erwähnt sie nicht.

Leider reflektiert sie nicht darüber, warum sie es anderen immer Recht machen möchte.

Eine weitere Gestaltung interpretiert sie im folgenden Abschnitt.

Der eher abstrakt wirkende Speckstein wird von ihr zunächst gegenständlich benannt und erklärt (Abbildung 16 - Abbildung 18)

*„und ähm, wir haben dann aber relativ schnell zusammen so gesehen dass auf der Seite ähm so eine Art Vogel entstanden is, ähm..und auf der anderen Seite ein Auge eben.“ (2: 68-70)*

Sie ließ sich hierbei von der vorgegebenen Form des Specksteins leiten und fand dabei einen Inhalt, der zu ihr und der Essstörung passte.

*„ Des war auch schon so im Stein drin, des hab ich bloß noch ein bisschen halt raus gearbeitet. Und ähm, ja, so im Nachhinein hat des für mich dann jetzt so die Bedeutung, dass so ein bisschen die zwei Seiten ähm, wie ich immer abwechselnd so ein bisschen mit meiner Krankheit umgehe, also einerseits so der Vogel so nach dem Motto einfach davon fliegen und..egal ignorieren und irgendwie wirds schon und andererseits dann halt des Auge also wirklich hinschauen und mich damit konfrontieren und an mir arbeiten und eben kucken, dass es wirklich bergauf geht und so ein bisschen der Zwiespalt is dann halt ...deswegen hab ich dann noch son so...Spalt in die Mitte rein gemacht ...und ja mir is dann auch son bisschen klar geworden oder weiß nicht, das war auch mehr Zufall also, ähm, dass der Vogel...also des einfach wegfliegen und ignorieren und nichts machen dann so eigentlich voll im Sturzflug is. Also des is bisschen unheilvoll, also ..eher negativ eben..auch belegt, nich so.“ (2:70-86)*



**Abbildung 16: Speckstein "Auge - Vogel" Perspektive 1**



**Abbildung 17: Speckstein "Auge - Vogel" Perspektive 2**



**Abbildung 18: Speckstein "Auge - Vogel" Perspektive 3**



Der Speckstein symbolisiert ihre Ambivalenz bezüglich ihrer Essstörung. Sie scheint gespalten zu sein. Eine Seite in ihr, dargestellt durch den Vogel, möchte wegfliegen und alles ignorieren. Der Vogel befindet sich dabei unheilvoll im Sturzflug. Diese Seite präsentiert die Essstörung. Der Vogel verkörpert sinnbildlich mit seiner Eigenschaft leicht sein und fliegen können, die Anorexie. Der Patientin scheint bewusst zu sein, dass die Anorexie ihre Probleme verleugnet und statt sie zu lösen, sie in noch größere Schwierigkeiten gerät. Eine andere Seite in ihr, ausgedrückt durch das Auge, will sich auseinandersetzen und nicht die Augen verschließen. Ihr scheint im Interview bewusst zu sein, dass das Wegfliegen auf Dauer keine Lösung ist. Jedoch führt sie nicht weiter aus, was sie daran hindert den Sturzflug des Vogels aufzuhalten oder, was es bedeutet genauer hinzusehen.

An dieser Stelle erwähnt sie auch nicht, dass sie an diesem Speckstein ihre Wut erlebt hat (siehe 173-179) und sie dabei etwas loswerden konnte. Das Gefühl der Wut hat sehr wahrscheinlich etwas mit den oben beschriebenen zwei inneren Seiten zu tun. Frau Y müsste eigentlich genauer hinschauen, woher ihre Wut kommt und sie nicht weiter mit Hilfe der Essstörung ignorieren. Aber es gelingt ihr hier nicht die Wut mit dem hier benannten innerlichen Zwiespalt in Verbindung zu bringen.

Ihre Interpretation des Specksteins wirft in dieser Passage schwierige Themen auf, aber sie geht erneut nicht konkreter darauf ein, sondern bleibt allgemein. Es kann bei der Betrachtung des rauhen Specksteins erkannt werden, dass nicht alles rund und fließend weich ausgestaltet wurde. Dies deutet darauf hin, dass auch andere, ungeschliffene Bereiche in ihr vorhanden sind und vorsichtig nach außen dringen.

In der letzten Kunsttherapiestunde vor Entlassung, entsteht das Kastanienbild (Abbildung 19). Es ist ein Selbstbild, das sie wählt, da es ein familiäres Ritual mit Kastanien als Glücksbringer gibt.

*„Und ja des letzte Bild des hab ich dann letztes Mal dann noch gemacht. Des is ähm ne aufkeimende Kastanie und ähm, ja des is so (lacht) des is n bisschen längere Geschichte, also ähm Kastanien mit Kastanien...des war auch des erste Werk, wo ich in der Kunsttherapie gemacht hab, also auf Station. Hab ich so ein Familienbaum, hab ich des genannt, gemacht, wo ich eben verschiedene Kastanien dran gemacht hab und ähm des is so, dass is irgendwie so entstanden bei uns in der Familie, dass wir uns des immer so als Glücksbringer mitgeben, also wenn man (lacht) irgendwie weiß*

*nicht irgendeine Prüfung oder ne schwierige Situation oder so dann geben wir uns halt immer als Glücksbringer ne Kastanie mit so in die Hosentasche, und ähm ja damit wollt ich jetzt zeigen, dass ich sozusagen, ähm ja so die Unterstützung von Außen, also von meinen Eltern, von meinen Freunden, hier von den Therapeuten, die is quasi da, bloß ähm ..so wirklich was draus machen also so aufkeimen und aus mir raus kommen und des dann umsetzen und annehmen, muss ich eben selber und des wollt ich damit eben noch so zum Schluss ...ja zum Ausdruck bringen.“ (2: 99-112)*

Sie erklärt in dieser Passage die Bedeutung der Kastanie. Einerseits drückt sie aus, dass ihr Umfeld sie unterstützt und ihr durch dieses Übergangsobjekt in Form einer Kastanie, Glück wünscht. Andererseits stellt sie sich selbst auch als Kastanie dar. Dieser Umstand kann so verstanden werden, dass sie sich nur auf Grund der ausgedrückten Unterstützung wahrnimmt. Es ist erstaunlich, dass sie die Kastanie als Symbol für ihr Selbstbild, aber auch für ihre gesamte Familie wählt, da die Kastanie ja eigentlich als Glücksbringer also als zusätzliche Hilfe zur eigenen Persönlichkeit gedacht war. Wie ihre eigentliche Persönlichkeit, ihr Selbstbildnis aussieht, wird hier nicht sichtbar.

Diese Doppelfunktion der Kastanie, sie als Glücksbringer zu bekommen, aber gleichzeitig auch ein Glücksbringer zu sein, wird von ihr an dieser Stelle ebenfalls nicht reflektiert. Es scheint, als ob die gesamte Familie nur bestehen kann, wenn sich alle gegenseitig unterstützen und zusammenhalten. Jeder wird als Kastanie zugehörig zum gleichen Baum dargestellt. Alle werden als gleich und miteinander verbunden empfunden. Damit wird auch der offenbar enge Zusammenhalt in der Familie sichtbar, der vielleicht auch mehr Wunsch als Realität ist.

Deutlich wird durch diese Gestaltung und ihre Beschreibung jedenfalls, wie wichtig ihr selbst die Unterstützung und der Zusammenhalt in der Familie sind. Dieser Aspekt wird umso bedeutender, wenn man beachtet, dass die Patientin akut erkrankte als ihre Mutter sich vom Vater kurzzeitig trennte. Die massive Essstörung führte auch dazu, dass die Mutter wieder zurück zur Familie kam. Sie bzw. die Anorexie übernahm dabei die zusammenhaltende Funktion in der Familie. Es scheint also auch eine Überforderung zu sein, sich als Glücksbringer für andere zu sehen. Frau Y spricht hier jedoch nur darüber Unterstützung zu bekommen, nicht davon, dass sie selbst eventuell auch unterstützen muss. Die aus dem Aktenmaterial ersichtliche und im Interview spürbare Parentifizierung von Frau Y wird in der Literatur ebenfalls häufig

beschrieben und ist typisch für junge Frauen mit einer Anorexie. (vgl. Palazzoli, 1999) Sie stellt sich also indirekt und unbewusst als Unterstützer oder Glücksbringer für andere dar, im Speziellen für ihre Familie. Diese Deutung des Bildes würde auch zu ihrer Interpretation des Sternbildes passen. Dort beschreibt sie das „Problem“ (2:60), dass sie es anderen immer recht machen wolle, sich um andere kümmert, anstatt nach sich zu schauen. Jedoch wird es hier im Kastanienbild nicht in ihre Reflexion mit eingeschlossen, es scheint selbstverständlich und verinnerlicht zu sein. Weiter sagt sie darüber, dass es in ihrer Verantwortung liege, was aus der Kastanie, also aus ihr werde. Sie müsse aus sich heraus kommen, die Unterstützung annehmen und umsetzen (2:110-111). Wie diese Unterstützung jedoch aussehen muss, was die Kastanie zum Wachsen braucht, erwähnt sie dabei nicht. Bei der Betrachtung des Bildes wird ein sehr runder, weicher und harmonischer Malstil sichtbar, der erneut die Frage aufwirft wie wichtig Harmonie für Frau Y ist und was bei Konflikten mit ihr passiert. Auf diese Themen wurde im Interview jedoch nicht weiter eingegangen. Frau Y erwähnt auch an dieser Stelle nicht, dass ihre familiäre Situation eigentlich belastend und konfliktreich ist. Sie stellt hier hauptsächlich den positiven Aspekt des „Unterstützens“(2:108) in der Familie dar.



**Abbildung 19: Kastanienbild**

#### 6.3.5.2.6 Erleben der Beziehung zur Kunsttherapiegruppe

Zunächst erzählt sie, dass sie die Kunsttherapiegruppe beim Arbeiten „irgendwie gar nicht wahrgenommen habe“ (2: 273). Es wäre egal gewesen, ob sie „alleine gesessen wäre oder mit anderen drum rum“ (2: 275-276). Sie sei so sehr bei sich selbst während des Gestaltens. Jedoch gewinnt die Kunsttherapiegruppe an Bedeutung, als es um die Besprechung der Gestaltungen mit Rückmeldungen geht.

*„ Aber was halt hilfreich war, danach zu besprechen, weil halt wirklich von den verschiedenen Leuten dann so unterschiedliche Sachen gekommen sind oder immer: „oooh, kuck mal bei deinem Stein, ja da könnte man ja auch des und des drin sehen“ oder und vor allem hilfreich war halt auch, die haben einen halt auch von drum rum gekannt, also hier von den anderen Therapien und wussten dann eben auch sonst bisschen, was die Schwierigkeiten sind und konnten des dann halt auch ähm noch besser auf die ähm..ja Dinge die entstanden sind beziehen, (...).“ (2:277-282)*

Die MitpatientInnen konnten Frau Y auch in anderen Therapien oder Pausen erleben und wussten sehr genau wie es ihr momentan geht. Sie konnten sie dadurch auch schneller mit aktuellen Themen konfrontieren, was sie als hilfreich erlebt hat.

*„ Und dann einfach so...wenn man mit denen davor halt irgendwie ein Gespräch geführt hat „...ooo ich bin wieder so wütend, und konnt es nich zeigen“...weiß nicht, dann hat der des halt da drin sofort drin gesehen. und konnt einen dann da auch drauf aufmerksam machen. Und des hat mir auch oft geholfen.“ (2: 287-290)*

Aber auch sie selbst kann anderen passende Rückmeldung geben und findet durch die Gestaltung in einen sprachlichen Austausch mit der Gruppe (2:290-292).

Sie erlebt durch die Gruppensituation auch, dass andere PatientInnen mit einer Essstörung Ähnliches durchleben wie sie selbst und sie also nicht alleine ist mit ihren Gedanken und Problemen. Sie bemerkt, dass ihr Leid nicht einzigartig ist und erfährt dadurch eine Entlastung.

*„ (...) auf Station oben, da hab ich eben ganz oft auch gemerkt, ja des- des könnt- könnt jetzt auch ich sein. Also des würde auch auf mich passen oder, hab da eben dann auch in den Werken wieder gesehen, die haben genau die gleichen Probleme wie ich, des trifft es eigentlich voll. Und hab da dann auch gemerkt, ja...oder gings mir dadurch auch besser, weil ich auch gesehen hab, ich bin nicht alleine, sondern die anderen haben die gleichen Probleme und...müssen des auch irgendwie so*

verarbeiten.“ (2: 318-323)

Sie geht noch näher darauf ein und nennt ein Beispiel für eine Gestaltung einer Mitpatientin. Diese Gestaltungen scheinen wohl auch ihre Themen auszudrücken.

*„ Ja, es gab dann eben öfters mal irgendwie so - so Bilder mit ääh..ja wo irgendwie, weiß nich irgendwie so-so ne Art schwarzes Loch oder so ein Strudel, wo man dann einfach sieht ja die Essstörung und oh nein da is so ....da will ich jetzt nicht enden oder ...so des negativ Beispiel, oder auch so-so zwei Seiten so-so schwarz weiß oder so und ..ja es gab immer wieder so Sachen wo ich gesehen hab, des passt doch irgendwie..“ (2:329-333)*

Jedoch wollte sie diese Gestaltungen nicht als Anregung für eigene Arbeiten benutzen. Sie begründet es damit, dass „sie versucht habe, dass zu machen, was ihr gerade wichtig sei.“ (2:342)

An dieser Textpassage wird ihre ambivalente Therapiemotivation spürbar. Einerseits treffen die gestalteten Themen der anderen AnorexiepatientInnen auch auf sie zu, wie sie meint, „gab (es) immer wieder so Sachen wo ich gesehen hab, des passt doch irgendwie“ (2:333). Andererseits thematisiert sie selbst die angesprochenen Themen wie: sich in einem schwarzen Loch befinden etc. nicht in den Kunsttherapiestunden. Dies begründet sie auf widersprüchliche Weise damit, dass sie das machen wollte was ihr gerade wichtig sei (2: 342). Sicherlich spielt hier eine Rolle, dass die als Beispiel aufgeführten Themen, wie sich in einem schwarzen Loch befinden oder drohen hineinzustürzen und die differenzierte Auseinandersetzung mit den zwei Seiten der Anorexie<sup>25</sup>, schwierige und emotional belastende Themen sind. Dabei ist genau diese Art und Tiefe der Auseinandersetzung ab einem bestimmten Punkt der Therapie notwendig. Frau Y möchte sich zu diesem Zeitpunkt nicht direkt damit auseinandersetzen, eventuell ist es noch zu angstbesetzt.

#### 6.3.5.2.7 Erleben der Beziehung zur Kunsttherapeutin

Sie spricht bei einer Textstelle zu dieser Kategorie an, dass die Kunsttherapeutin ihr geholfen habe, von ihrem Anspruch etwas Schönes gestalten zu müssen, weg zu kommen (2: 31-33). Diesen Punkt benennt sie später nochmals und unterstreicht damit die Bedeutung. Diese Intervention der Kunsttherapeutin scheint essentiell

---

<sup>25</sup> Oft wird die Anorexia nervosa mit einer positiven und einer negativen Seite aus PatientInnensicht beschrieben.

gewesen zu sein, um überhaupt in einen therapeutischen Prozess eintauchen zu können (siehe Kapitel: Erleben wie das gestalterische Tun wirkt S. 168 ). Zugleich konnte Frau Y dies zu diesem Zeitpunkt auch zulassen.

*„Und eben, dass für mich...war eben auch wichtig, dass sie mich immer wieder drauf aufmerksam gemacht hat, dass ich nicht in den ästhetischen Bereich so arg rutschen soll. Sondern, ja des hat mir auch geholfen.“ (2:263-265)*

Außerdem beschreibt sie, wie das „Offen-lassen“ eines Gestaltungsthemas ihr entgegen kam und sie es als gut erlebt habe, dass sie nie von der Kunsttherapeutin beeinflusst wurde und selbständig erspüren konnte, um was es gehen soll.

*„Also, ich fands gut, dass sie eben am Anfang einfach nur so gefragt hat...:ja und was wollen Sie heute machen? Und des dann ganz offen gelassen hat. Also sie hat eigentlich nie irgendwelche Anregungen gegeben. Des fand ich gut. Also nie irgendwie gesagt: ja, ach Frau XXX da wären ja auch noch die Aquarellfarben oder so...sondern einfach nur ganz Allgemein...hat sie am Anfang eben eingeführt, ja also Sie wollen malen, ja Sie wissen ja es gibt die Pastellkreiden, es gibt die weiß nicht..die Aquarellfarben und die Buntstifte ...halt allgemein,.. dass man so wusste, ganz neutral...o.k. des und des is da, aber sie hat nie irgendwie versucht einen zu beeinflussen so jetzt...son Stein wär doch auch mal gut oder so. Sondern hat einfach die Möglichkeiten aufgezeigt, aber dann so des selbständige Arbeiten eigentlich einem überlassen. Und des fand ich gut“ (2: 246-255).*

Die Patientin scheint keine Angst vor dem selbst zu gestaltendem Freiraum gehabt zu haben und erlebt es nun als positiv diesen Freiraum nutzen zu können.

Die Kunsttherapeutin schien bei der Besprechung der Gestaltungen auch wichtig gewesen zu sein. Hier habe sie „es immer gut hinbekommen...was des jetzt darstellt“ (2:258-259), vor allem, wenn sie selbst nichts dazu sagen wusste. Auch mit Unterstützung der Gruppe habe die Kunsttherapeutin etwas „Sinnvolles für sie herausbekommen (2: 262)“. Sie fand es gut, dass die Kunsttherapeutin ihr da geholfen habe, so dass „sie sagen konnte, das hat wirklich einen Hintergrund“ (2:263).

Die Beziehung zur Kunsttherapeutin erlebt sie demnach als unterstützend und positiv, zugleich erlebte sie das richtige Maß an Selbstbestimmung und Einflussnahme.

#### 6.3.5.2.8 Veränderte Selbstwahrnehmung der Patientin

Frau Y beschreibt im Folgenden, dass sie durch die Kunsttherapie wieder Zuhause angefangen habe sich kreativ zu beschäftigen. Für sie ist das kreative Tun nun eine Art Belohnung oder eine Möglichkeit etwas für sich zu tun.

*„...also, es ist so jetzt Zuhause is es eigentlich eher so, dass ich ähm malen oder so wieder angefangen hab irgendwie was zusammen zu basteln oder irgendwelche Collagen zu machen, einfach damit mirs selber halt wieder gut geht. Eben eher zu dem Thema, mir was gönnen oder was für mich tun. Also, nich irgendwie um mich abzureagieren. Dass is dann auch meistens schwierig, weil in der Situation wo halt die Wut aufkommt, da hab ich dann halt nich grad ein Stein da oder ja...die Materialien. Von dem her, des nutze ich eigentlich grad eher so auf der Ebene.“  
(2:195-201)*

Sie benutzt das Gestalten aber nicht dazu sich mit schwierigen Gefühlen auseinanderzusetzen. Sie begründet dies mit der fehlenden Materialauswahl Zuhause. Diese Aussage deutet einerseits auf einen gewissen Widerstand hin, sich ernsthaft mit der Erkrankung zu beschäftigen. Andererseits ist es empfehlenswert schwierige Themen nicht alleine zu bearbeiten, sondern im geschützten Rahmen der Therapie. Doch der Umgang mit aufkommender Wut bleibt noch unklar für sie. Sie kann das Gestalten immerhin zur Stabilisierung benutzen.

Eine weitere und vielleicht wichtigste Veränderung, die sie erlebt hat, beschreibt sie hier nochmals. Es ist das Bewusstsein, nicht immer alles ästhetisch schön machen zu müssen. Das Zugeständnis, dass sie sich auch von einer anderen Seite zeigen und erleben darf.

*„ Ja, also zum einen,...also des mit dem -mit dem Ästhetischen des war eben so des Hauptding, sozusagen was sich verändert hat und ähm.. was auch dazu kam, dass ich mir immer mehr irgendwie Sachen dann auch zugetraut hab, weil ich halt am Anfang auch eher skeptisch war so ääähhh Holz, nnnh neeeh also des kann ich ja bestimmt nicht und so. Und einfach so durch des Ausprobieren und hier in nem geschützten Rahmen, sag ich mal, wo einfach auch nichts dabei rauskommen muss. Wenn ich dabei ein paar mal draufklopf und es wird halt nichts, dann wirds halt nichts. Aber einfach so, dass ich des mal ausprobieren konnte und dann immer gesehen hab, ja klappt ja und ich kanns ja und des hat mir schon ... dann auch geholfen und*

*...ja...und eben dass ich mich da eben so wirklich selber vergessen konnte und des so genießen konnte so für mich und zu sehen ja des macht mir Spaß.“ (2: 354-364)*

Wichtig scheint dabei auch, dass nichts dabei „rauskommen müsse“(2:359). Sie das machen darf, was sie wolle ohne Leistungsdruck. Dieser Umstand führt wohl auch dazu, dass sie viel ausprobiert und immer selbstbewusster mit dem Material umgehen kann. Sie kann sich im übertragenen Sinne befreien von leistungsorientierten Vorstellungen und ihre gewonnene Freiheit erproben. Sie erlebt sich selbstwirksam. Diesen Schritt erlebt sie als positiv, kann ihn genießen und empfindet Spaß.

Sie kann sich also im Laufe der Zeit von der Vorstellung befreien, etwas Schönes schaffen zu müssen, dadurch kann sie ihre wirklichen Gefühle ausdrücken und erlebt damit eine Einsicht im kunsttherapeutischen Prozess.

*„ so...gings dann immer besser, dass ich ähm ja eben dann auch geschafft hab, dann wirklich so des zu malen, was mich so ..innerlich bewegt hat und des dann durch die Kunst so zum Ausdruck zu bringen. Also ich hab da schon lange gebraucht, aber hier (meint die Tagesklinik) war ich dann eigentlich schon ...relativ soweit (...).“ (2: 42-45)*

#### 6.3.5.2.9 Zusammenfassung Fallrekonstruktion Frau Y

In der Gesamtheit war es wichtig, dass Frau Y zu Beginn der Kunsttherapie sich „ganz vergessen“(147) konnte und über das Material und den gestalterischen Prozess ihren Anspruch auf Perfektion reduzierte. Dadurch konnte sie sich selbst besser wahrnehmen und Gefühle, wie beispielsweise ihre Wut erleben und ausdrücken. Vor allem als es ihr gelang auf intuitive Weise den Speckstein zu bearbeiten, konnte sie ihre Wut deutlich spüren und loswerden. Jedoch benennt sie an keiner Stelle des Interviews, woher diese Wut kommt, und auf was oder wen sie bezogen ist. Dadurch bleibt das Gefühl abstrakt und steht ohne Beziehung zu einem Ereignis im Raum. Sich und den Gesprächspartner nicht konkret mit der Wut zu konfrontieren, entspricht ihrem „Schön- Machen- Wollen“. Die Wut wird nicht als unangenehmes, schmerzhaftes Gefühl dargestellt, sondern es wird geglättet und wieder in Einklang gebracht (2:173-179). Der Wunsch alles immer schön darzustellen, wird mit Hilfe der Kunsttherapeutin hinterfragt. Diese Intervention war höchstwahrscheinlich grundlegend für die erfolgte Entwicklung in ihren Gestaltungen. Jedoch zeigt auch die Art der Interviewführung, wie sehr dieses Bedürfnis alles schön darzustellen noch in ihr verankert ist. Frau Y erlebt beispielsweise die Kunsttherapiesitzungen durchgängig



als wohltuend, selbst unangenehme Momente formuliert sie positiv um („dann gings mir dann wirklich gut“ 2:179). Auch schönt sie ihre Familiensituation, als sie über ihr Kastanienbild spricht (2:-99-112). Die Trennungsphase der Eltern und der damit zusammenhängende akute Erkrankungsbeginn werden vor dem Interviewpartner verschwiegen und dadurch kann das Wunschbild einer harmonischen Familie nach außen weiter bestehen. Außerdem spricht sie nicht darüber, welche Schwierigkeiten sie im Laufe der Therapie hatte, Gewicht zuzunehmen und die stagnierte Gewichtszunahme Grund für eine frühzeitige Entlassung war. Im Interview gewinnt man den Eindruck, als ob die Therapie in Richtung Genesung positiv verlaufen sei (209-217). Eventuell spiegelt das auch ihr tatsächliches Erleben.

Die Kunsttherapiegruppe spielt einerseits eine wichtige Rolle, da diese sie mit angesprochenen Themen konfrontiert (290). Frau Y bemerkt aber auch, dass es anderen ähnlich ergeht wie ihr (vgl. 2:318-323). Andererseits ist die Gruppe auch zeitweise unwichtig und wird vergessen (2: 273ff). In ihren Interpretationen über die Gestaltungen zeigt sich, dass der Themenschwerpunkt gegen Ende der Therapie auf Aspekten der eigenen Identität liegt. Fragen, wie sie sich selbst sieht, wie sie auf andere wirkt und welche Bedürfnisse sie hat, konnte sie ansatzweise bearbeiten. Frau Y erlebt durch das Ausprobieren von verschiedenen Materialien wieder Zutrauen in eigene Fähigkeiten (siehe 2:356). Spürbar wird auch, wie sie sich von ihrem Leistungsdruck befreien konnte „dann wird’s halt nix“ (2:360) und sich dadurch ihre Gestaltungs- und Erlebensweise in der Kunsttherapie etwas veränderte. Im Vergleich zu Frau X zeigte Frau Y insgesamt eine größere Reflexionsbereitschaft und konnte ihre Gestaltung mehr mit sich persönlich in Beziehung setzen (2:169-179). Jedoch wird auch im Interview eine Grenzlinie spürbar, an der sie nicht noch differenzierter wahrnehmen und benennen will, wo Konflikte und Probleme in ihrem Leben bestehen.

### **6.3.5.3 Essstörungsspezifisches Erleben von Frau Y in der Kunsttherapiegruppe: Körperstrategien und Bewältigungsmuster**

Stauber bezeichnet den Körper bei PatientInnen mit einer Essstörung als „Autonomiezentrum“ (2012, S.27), der dazu genutzt wird Anpassungsleistungen und Widerstand zugleich auszutragen. Diese Doppeldeutigkeit (siehe auch Kapitel 4.1) findet sich ebenfalls bei Frau Y, da die Essstörung bei ihr zum einen die Funktion hat, die Familie wieder zusammenzubringen (siehe Patientinnenportrait) und die Anforderungen des Erwachsenwerdens (bei ihr die Berufswahl) aufzuschieben. Auf

diese Weise fand Zuhause Anpassung statt. Zudem konnte die Patientin mit der „Inszenierung“ der Magersucht die schwierige familiäre Situation bewältigen. Die Erkrankung kann bei Frau Y für ihren Widerstand gegen die familiäre Situation und Abhängigkeit und gegen die Anforderungen des Erwachsenwerdens gedeutet werden. Der abgemagerte Körper symbolisierte dabei die Bedürfnislosigkeit, niemanden zu benötigen bzw. sich von alledem abgrenzen zu wollen. Gleichzeitig kann sie durch die Erkrankung ja tatsächlich kaum die an sie gestellten Anforderungen bewältigen. Diese Deutungsmuster erschließen sich so deutlich aus den Therapieakten. Im Interview können sie anhand der Erlebensbeschreibungen und Gestaltungen nur teilweise nachvollzogen werden.

Diese Strategie von Anpassung und Widerstand wird auch bei Frau Y auf die Gestaltungen und auf die Materialien in der Kunsttherapie übertragen. Anpassung wird beschrieben, als zu Beginn der Kunsttherapie die Werke besonders schön werden sollten und sie mit einem großen Leistungsanspruch (2:26ff) an das Gestalten herangegangen ist. Dass sie hier um eine Anpassung bemüht war, kann sie selbst im Interview nachvollziehen (30). Den Anspruch, dass etwas Schönes entstehen soll, kann bei Frau Y auch mit ihrem großen Harmoniestreben (2:237-239 und 2:99-112) in Verbindung gebracht werden. Der Wunsch nach Harmonie geht so weit, dass sie sich selbst dabei vergisst (siehe Selbstfürsorge 2:56-63) bzw. krank wird. Harmonie zu erreichen scheint für sie die Anforderung von außen zu sein (61). Das Harmoniestreben in den Gestaltungen diene jedoch auch der Kontrolle, da dadurch unangenehme Gefühle oft vermieden werden. Darin spiegelt sich ein Widerstand sich Unangenehmem zu stellen. Frau Y versucht zwar das „ästhetisch- schöne“ Gestalten, wie sie es nennt aufzugeben und Neues zu erproben, aber der Widerstand sich unangenehmen Gefühlen und Konflikten restlos zu stellen, bleibt (169ff /175-179/198-200). Dies wird auch im Interview sichtbar, indem sie das Bild einer unterstützenden Familie skizziert (90ff; Abbildung 19). Die Patientin verschweigt hier jedoch die familiären Konflikte und zeigt damit auch an dieser Stelle unbewusst ihren Widerstand sich mit Konflikthaftem auseinandersetzen zu wollen. In der Therapie wird ihr Widerstand durch die mangelnde Gewichtszunahme ausgedrückt.

Die Gestaltung wird auch zum „Autonomiezentrum“, indem das Gegenüber, in Form eines Specksteins oder eines Tonbatzen - wie der Körper in Besitz genommen werden. Frau Y erfährt dies bei der Specksteingestaltung (2:89-93) oder bei der

Materialerprobung an sich (34-35) und erlebt sich dabei auf gesunde Weise selbstwirksam und autonom. Autonomiestreben wird ebenfalls in der Kunsttherapie deutlich, als Patientin Y zu Beginn das Gruppenerleben beschreibt. Hier wird die Gruppe als unwichtig dargestellt. Es sei ihr sogar egal gewesen, ob sie „alleine dagewesen wäre oder mit den anderen drum rum“ (2:275-276). Erst in den verbalen Rückmeldungen der Gruppe zu ihrer Gestaltung, wird diese bedeutsam. Außerdem erlebt sie durch die Gruppe, dass es auch andere PatientInnen gibt mit ähnlichen Erfahrungen und Gedanken zur Essstörung. Sie erlebt dabei eine gewisse Universalität des Leidens (Yalom, 1985), die als entlastend erfahren wird (2:318-323).

Frau Y beschreibt weitere Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien, die eigenständig und aktiv mit dem Medium erfahren wurden. Die Essstörung als Handlungsmöglichkeit oder Bewältigungsstrategie (siehe Kapitel 4.1) zu benutzen, wird dabei zeitweise aufgegeben. Frau Y berichtet anhand ihres Specksteines, wie sie in der Vergangenheit Probleme bewältigt hat - symbolisch ausgedrückt mit einem wegfliegendem Vogel, gemeint war die Anorexie, die ihr zur Flucht verhalf. Heute möchte sie versuchen genauer hinzuschauen (2:70-86). Die Fähigkeit entwickeln sich Problemen zu stellen, Konflikte auszutragen, würde für diese Patientin laut dem Capability Ansatz dazu führen, wieder ihre „erwünschte Lebensweise“ nämlich ein gutes Leben leben zu können, bedeuten (Otto, 2008). Bei Frau Y geht es dabei auch um familiäre Anforderungen, wie dem „gesunden“ Umgang mit innerfamiliären Konflikten und sicherlich um Anforderungen die ihren Übergang ins Erwachsenenalter und in die Arbeitswelt betreffen. Die Essstörung würde dann nicht mehr als „gutes Leben“ (Otto, 2008) angesehen, sondern ersetzt werden durch Selbstbestimmung und die Befähigung zukünftige Situationen zu meistern. In der Gestaltung des Specksteins und in ihrer Reflexion darüber im Interview hat Frau Y somit zeitweise ein Arrangement gestaltet, das ihr die Entfaltung unterschiedlicher Fähigkeiten erlaubt. Damit kann sie sich, wie von Otto (2008) beschrieben, für verschiedene Handlungsweisen entscheiden. Die Patientin reflektiert dabei in der Kunsttherapie und im Interview (2:70-86), dass bisherige Strategien aus dem Krankheitsgeschehen (wegfliegen bzw. nicht essen) heraus kurzfristige Lösungen sind. Jedoch führen sie zu einem subjektiven Wohlbefinden und zur scheinbaren Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit (Stauber, 2012; siehe dazu auch Kapitel 4.1). Der kunsttherapeutische Prozess kann somit wie von Brandstätter (2012) dargestellt, zur Differenzierung werden und traditionelle Denkweisen aufbrechen. In der

Kunsttherapie zeigte sich diese Erfahrung indem der Anspruch etwas „ästhetisch schön machen zu wollen“ (2:26-30) zeitweise fallengelassen wurde und eine authentische Beziehungsaufnahme (wie mit dem Material Gips 2:36-37) und die Auseinandersetzung mit Anforderungen begonnen wurde. Sie traut sich das Material auf eigene Weise zu erkunden (2:37) und kann somit eine neue Bewältigungsform erproben. Sie entdeckt dabei auch außerhalb der Essstörung eigenwillig und selbstbestimmt sein zu können (2:34-37). Außerdem erlebt sie, ebenso wie Frau X, dass sie auch ohne ständige Leistungserbringung und in ihrer ganzen Unvollkommenheit wertgeschätzt wird (2:34-42). Im Symbolisierungserleben geht es bei Frau Y , wie auch bei Frau X darum, sich mit Fragen der eigenen Identität zu beschäftigen und neue Seiten an sich zu erkennen und zu akzeptieren (vgl. Interview 1: 417). Die Patientin hat dabei die Möglichkeit sich immer weniger über die Essstörung zu definieren und von anderen abzugrenzen und stattdessen durch die Gestaltung eigene Persönlichkeitsanteile und Bedürfnisse zu entdecken. Dies ist, wie in Kapitel 4.1 bereits beschrieben, so bedeutsam, da eine Essstörung immer als Ausdruck einer misslungenen Identitätsfindung verstanden werden kann (Kardorff, 2007). Durch die erneute Beschäftigung in der Kunsttherapie mit der eigenen Identität, ist es möglich eine neue veränderte Selbstwahrnehmung zu entwickeln und zu einem authentischen Lebenssinn und Kohärenz, wie Keupp es 2012 beschreibt, zu finden. Diese bevorstehende Aufgabe drückt sie im Interview (2:99-122) und in ihrem letzten Bild mit der Kastanie selbst aus. Sie sucht dabei nach einer Passung zwischen dem subjektiven „Innen“ und dem gesellschaftlichen „Außen“, nach einer individuellen sozialen Verortung (Keupp, 2012), nach einem Kompromiss zwischen „Eigensinn“ und Anpassung oder Autonomie und Unterwerfung, nach einem „Projektentwurf des eigenen Lebens“ (Fend 1991:21).

### **6.3.6 Bildungstheoretische Aspekte im Erleben der Kunsttherapiegruppe**

Im folgenden Abschnitt wird auf einige bildungstheoretische Aspekte, die im Theorieteil ausgeführt wurden und die in den Schilderungen der beiden Interviews zu finden sind, eingegangen. Der folgende Abschnitt soll darauf hinweisen, dass bildungstheoretische Überlegungen mit subjektiven Beschreibungen zu ästhetischen Erfahrungen in der Kunsttherapie verbunden werden können.

Betrachtet man die Hauptkategorie „Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen aus PatientInnenansicht“ mit ihren Unterkategorien, fällt auf, dass es sich hierbei um

verschiedene Reflexionsbereiche handelt, die von der Unterkategorie „Nacherleben des gestalterischen Tuns“ bis „Symbolisierungserleben“ an Intensität des Reflexionsvermögens zunehmen.

Die Unterkategorie „Nacherleben des gestalterischen Tuns“ weist dabei einige bildungstheoretische Aspekte auf, die in Kapitel 2.2- 2.4 ausgeführt wurden, wenngleich die gestalterische Vorgehensweise vielleicht für viele PatientInnen selbstverständlich und deshalb nicht erwähnenswert erscheinen. In dieser Kategorie werden die Besonderheiten der ästhetischen Erfahrung wie von Brandstätter beschrieben, auch von den PatientInnen erwähnt. So wird beispielsweise der Selbstzweck oder die Selbstbezüglichkeit der ästhetischen Erfahrung (Brandstätter, 2012) bei Patientin X in den Textstellen 139-159, in denen sie den Entstehungsprozess des abstrakten Bildes (Abbildung 5) darstellt, nachvollziehbar. Auch bei Frau Y zeigt sich diese Selbstbezüglichkeit der ästhetischen Erfahrungen in den Erzählungen wie mit Gips gemaschiert wurde (37). Hierbei liegt der Sinn in der Erfahrung selbst begründet, in der sie sich auch selbst wahrnehmen können (Brandstätter, 2012). Die Aufmerksamkeit beruht auf dem Tätig-Sein und Empfinden und nicht auf dem, was ihm an Bedeutung zugeschrieben wird. Auch dadurch kann ein Abstand zum Alltag erreicht werden (Dietrich, 2012). Diesen Aspekt beschreibt auch Nohl in seinem Aufsatz über spontane Bildung. Die neue und spontane Tätigkeit wird dabei als fremd und faszinierend beschrieben und es kommt zu einer Differenzenerfahrung. Auch Nohl beschreibt mit John Dewey (Dewey, 1986 aS.15 und 1980, S.67 zitiert in Nohl, 2013), dass in dieser Primärerfahrung ein neuer Impuls auftritt und schließt damit an Sabischs Beschreibungen an (siehe Kapitel 2.3). Beide Frauen aus dem Interview beschreiben dabei, wie sie von etwas „getroffen“ oder angesprochen wurden, von etwas, was sie interessiert (Sabisch, 2009). Das kann die eigene Biographie sein, das Material, die Vorgehensweise, die erlebten Gefühle, die Gruppe, der Therapeut oder die fertige Gestaltung. Sie wissen nicht sofort, um was es geht, müssen es erst erforschen, erfahren und strukturieren bevor sie begreifen, reflektieren und antworten können (Sabisch, 2009). Beispielsweise beschreibt Frau Y (2:68ff), dass sie den Stein einfach freigelegt hat, ohne zu wissen, was das Gestaltete zu bedeuten hat. Am Ende aber hat es zu ihr gepasst und sie konnte sich damit identifizieren (2:89-93). Das „Nichtwissen“ im Moment der Erfahrung führte dazu, dass die Patientin nach einer Antwort suchte und zu einem „antwortendem Selbst“ werden konnte, anstatt ein „erleidendes Selbst“ zu bleiben (Sabisch, 2009). Das Beispiel von

Frau Y mit ihrem Speckstein als Selbstbild (Abbildung 16: Speckstein " Auge - Vogel " Perspektive 1) ist mit Sabisch als ästhetischer Selbstbildungsprozess zu sehen. Sie konnte sich anhand der Gestaltung mit Persönlichkeitsaspekten beschäftigen und neue (Lebens-) Perspektiven herausbilden. Anhand dieses Beispiels können weitere Besonderheiten der ästhetischen Erfahrung wie von Brandstätter (2012) beschrieben, erkannt werden. Beispielsweise werden traditionelle Denkweisen aufgebrochen und Gewohntes in Frage gestellt oder es wurde, dank der Eigenzeitlichkeit- und Räumlichkeit der ästhetischen Erfahrung, ein „Abgeschalten (37) oder sich vergessen (2:362-363) werden“ möglich (siehe dazu Kapitel 2.3) Die Kategorie „Nacherleben des gestalterischen Tuns“ entspricht dabei einer niedrigen Reflexionsstufe, die jedoch der Ausgangspunkt für sinnliche Empfindungen ist und auch die Leibbezogenheit der ästhetischen Erfahrung (Brandstätter, 2012) mitbegründet. Indem der Körper des Subjektes angesprochen wird (wie beim Arbeiten mit Gips 2:37; oder das körperliche Abreagieren am Speckstein, 94) und das ästhetische Objekt selbst in seiner Leiblichkeit (das Selbstbild des Specksteins bei beiden Frauen) gesehen wird, kann somit als eine weitere Besonderheit der ästhetischen Erfahrung festgestellt werden. Auch die Bildungsdimensionen, wie von Dietrich (2012) beschrieben, lassen sich in der Kategorie „Nacherleben des gestalterischen Tuns“ finden. Frau X mit ihren ausführlichen Beschreibungen des gestalterischen Vorgehens berichtet, wie sie Materialien ausprobiert und damit zu einer selbständigen Wahl der Mittel gelangt (Fingerfertigkeit). Die dadurch erreichte Selbstaufmerksamkeit („ich werd da total ruhig“, 29) führt zu einer neuen Wahrnehmung und das Erlebte wurde mitgeteilt durch die Sprache als weitere Bildungsdimension. Das wenig ausgeführte Symbolisierungserleben bei Frau X ist zu vergleichen mit Nohls „Phase der unspezifischen Reflexion“ bei spontanen Bildungsprozessen (2013). Auch er beschreibt, dass sich dem Handeln eine kurze unspezifische Phase der Reflexion anschließt, die verdeutlicht, dass die Handlungspraxis interessant ist und weiterverfolgt werden will. Ihr wird aber keine biographische Bedeutung zu gemessen (ebenda). Erst wenn die neue Handlungspraxis zu einem zentralen Tätigkeitsbereich wird, Orientierung im Leben gibt und in eine Selbstpositionierung innerhalb der Gesellschaft mündet, kann es zu einem Bildungsprozess kommen, so Nohl (2013).

Auch Kollers bildungstheoretische Aspekte (vgl. Kapitel 2.4) werden in den Schilderungen zu krisenhaften Momenten in der Kunsttherapie deutlich.

Beispielsweise bei Frau X, als diese mit ihrem Speckstein nichts anzufangen weiß und die gewohnte Sichtweise, dass alles „weich und freundlich“ (408-409) sein muss, aufgeben konnte, um zu einem authentischeren Selbstbild (mit Ecken und Kanten 410-411) zu gelangen. Oder bei Frau Y, die mit Ihrem Speckstein (Abbildung 16, Speckstein " Auge - Vogel " Perspektive 1) die krisenhafte Situation der Essstörung symbolisiert und dabei gleichzeitig bemerkt, dass sie mit gewohnten Bewältigungsmustern nicht weiterkommt. Der Transformationsvorgang sieht hierbei so aus, dass das „Auge“ im Speckstein die bisher nicht realisierte Möglichkeit darstellt, hinzuschauen und Konflikte anzusprechen, anstatt davor zu flüchten (symbolisiert durch den Vogel). Diese beiden Auszüge zeigen auf, wie im kunsttherapeutischen Prozess neue Selbst- und Weltverhältnisse entstehen können. Beide Beispiele zeigen auch identitätsstiftende Momente des kunsttherapeutischen Prozesses auf. Als Beispiel wurde der Speckstein als Selbstbild genannt. Beide Frauen suchen in ihren Gestaltungen einen Kompromiss zwischen Eigensinn und Anpassung und insgesamt nach einem „Projektentwurf des eigenen Lebens“, wie Fend (1991:21) es ausdrückt oder einen authentischen Lebenssinn, wie Keupp es nennt (2012).

Mit Zirkulärem Blick auf die Ästhetische Bildung kann festgestellt werden, dass in den beiden Interviews eine emotionale Rezeption, also ein Zugang zur Welt durch sinnliches Wahrnehmen, Experimentieren und Neugierde stattgefunden hat. Ebenso konnten ästhetische Selbstbildungsprozesse rekonstruiert werden und die Gestaltung dabei als visualisiertes Modell der ästhetischen Bildungsprozesse (Zirkulär, 2013) angesehen werden. In den Interviews wurde ebenfalls deutlich, dass der Raum an Handlungs- und Daseinsmöglichkeiten, wie es als Ziel des Capability Ansatzes beschrieben wurde, erweitert werden konnte. Ebenso wurde daraufhin gearbeitet, dass die beiden Frauen wieder die Möglichkeiten besitzen, die erwünschte Lebensweise zu realisieren und sich selbstbestimmt, selbstwirksam und autonom außerhalb ihrer Erkrankung zu erleben. Die Interviews zeigen auf, dass es darum geht Arrangements zu gestalten, „die den Individuen die Entfaltung ihrer je unterschiedlichen Fähigkeiten erlauben“ (Otto, 2008:88).

#### **6.4 Triangulation der qualitativen und quantitativen Ergebnisse**

Triangulation soll im Folgenden verstanden werden als „...Ergänzung von Perspektiven, die eine umfassende Erfassung, Beschreibung und Erklärung eines

Gegenstandsbereichs ermöglichen,...“ (Kelle, 2007 S.304) und nicht als kumulative Validierung von Forschungsergebnissen. Die Verwendung qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden hat das Ziel denselben Gegenstand aus unterschiedlichen Richtungen zu betrachten. Dabei kommt mit Triangulation die Idee zum Ausdruck, dass beide Verfahren methodologisch gleichrangig sind (Kelle, 2007), jedoch mit unterschiedlichen Methoden unterschiedliche Aspekte des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe untersucht werden können.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Interviews mit den Ergebnissen aus dem Fragebogen in Beziehung gesetzt werden<sup>26</sup>. Durch die qualitativen Interviews konnten subjektive Relevanzstrukturen und Handlungsorientierungen der Patientinnen entdeckt werden, die mit dem aus Forschersicht vorgefertigten Fragebogen nicht berücksichtigt werden konnten (Kelle, 2007). Beispielsweise wurde im Interview mit Frau X deutlich, dass die Aneignung der gestalterischen Mittel und die ästhetisch - künstlerischen Erfahrungen im Mittelpunkt ihres Erlebens in der Kunsttherapie standen. Dadurch wird auch das Spezifische der Kunsttherapie deutlich. Das Nacherleben des gestalterischen Tuns und seine Wirkung, das Erleben der Gestaltung, Symbolisierungserleben und Erleben von Gefühlen zeigen das spezifische Erleben in der Kunsttherapiegruppe auf. Hierbei wird auch die große Bedeutung der ästhetischen Erfahrung, wie sie im Theoriekapitel 2.3 beschrieben wurde, für die Patientinnen erkennbar. Im Fragebogen spielt die künstlerisch-ästhetische Erfahrung nur als zusammengefasster Begriff wie: „Kunsttherapiesitzung“, „Gestaltung“, „gestalten“, „Kunsttherapie“ etc. eine Rolle. Der Fragebogen unterscheidet hier nicht zwischen den Begrifflichkeiten, konnte also diesen bedeutsamen Aspekt nicht differenziert genug erheben, so dass die künstlerisch-ästhetischen Erlebensdimension nicht genau genug abgefragt wurde. Die Interviews beschreiben demnach differenzierter, was unter einzelnen Erlebensdimensionen oder auch Items im Fragebogen verstanden werden kann. Beispielsweise wird die Erlebensdimension aus dem FEKTP „ Unterstützende Erfahrungen mit der Kunsttherapeutin“ ausführlicher im Interview beschrieben (siehe dazu Kapitel 6.3.5.2.7). Ebenso wurden für die Erlebensdimension „ Selbstwirksamkeits-Erfahrungen“ aus dem FEKTP viele Beispiele im Interviewtext gefunden, die diese Dimension differenziert skizzieren (siehe S. 138ff). Die Erlebensdimensionen des

---

<sup>26</sup> Auf die Methodentriangulation, die Interviews mit den Patientinnenakten und den Gestaltungen zu kombinieren wird an dieser Stelle nicht mehr eingegangen (siehe dazu Kapitel 6.3.4).



Fragebogens bleiben somit nicht abstrakt, sondern können beispielhaft mit Hilfe der Interviews ausformuliert werden.

Die beiden Interviews geben ausführliche, subjektive Erklärungen für einzelne Erlebensdimensionen und können statistische Auffälligkeiten erklären. Beispielsweise wurde anhand des Fragebogens FEKTP festgestellt, dass Skala 2 (Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens) und Skala 6 (Erfahrene Anteilnahme) von PatientInnen mit einer Essstörung signifikant negativer erlebt werden, als von der restlichen PatientInnengruppe. In den Interviews wird dieses Erleben ebenfalls sichtbar und verstehbar. Die Patientinnen beschreiben die Gruppe, vor allem gegen Ende der Therapie (Frau X) als positiv unterstützend. Sie erleben sie aber auch als teilweise verzichtbar (Frau Y) und in beiden Interviews gibt es klare Abgrenzungen zur Gruppe und das Festhalten an Autonomie. Gerade bei Frau X spielt die Gruppe eine eher nebensächliche Rolle im Interview und der Eindruck entsteht, dass bei ihr keine tiefe Verbundenheit und Zugehörigkeit zur Gruppe erlebt wurde. Dadurch finden auch kaum klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens statt. Yalom (1985) bestätigt, dass die Gruppenzugehörigkeit aber wichtige Voraussetzung für eine effektive Therapie ist. Erst durch Gruppenzugehörigkeit wird es möglich sich in der Gruppe so zu öffnen, dass Konflikte geklärt und das eigene Verhalten reflektiert werden kann. Dies geschah bei beiden Frauen nur ansatzweise oder zu einem späten Zeitpunkt in der Therapie, auch weil bei beiden die Therapiemotivation begrenzt war. Die Schwierigkeit sich wirklich auf die Therapie einzulassen und eigenes Verhalten und Konflikte klären zu wollen, wird in den interpretierenden Beschreibungen zu den Erlebensdimensionen sichtbar. Die Interviews scheinen zu bestätigen, dass diese Erlebensdimensionen aus dem Fragebogen (Erfahrene Anteilnahme und Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens) bei PatientInnen mit einer Anorexie eher schwieriger zu erreichen sind. Dieses Ergebnis zu den Erfahrungen mit PatientInnen mit einer Anorexie wird durch andere Veröffentlichungen gestützt (Diamond- Raab, 2002; Rehaviah- Hanauer, 2003). Die Gruppe wird dabei von PatientInnen mit einer Anorexie oft nicht als Ort empfunden, an dem Schwächen gezeigt werden können (vgl. Ganter- Argast, 2012). Auch kann ein freundlich- distanzierter Kontakt zu Gruppenmitgliedern beobachtet werden, aber sie werden nicht miteinbezogen (vgl. Ganter-Argast, 2015).

Vergleicht man die Ebene der Interviewkategorien mit der Ebene der Skalen aus den

Interviews, ist anzumerken, dass die Interviewkategorien allgemeiner gehalten sind als die Skalen und sich jede Skala des FEKTPs in jeder Kategorie der Interviews finden lässt. Beispielsweise könnte Skala 4 aus dem FEKTP („Identitätsstiftende Erfahrungen“ mit Item 20: Die heutige Kunsttherapiesitzung machte mir bewusst, wie es mir in meiner Familie geht) in allen Erlebensdimensionen aus den Interviews erfahren werden. Die Interviews beschreiben demnach eher das prozesshafte Erleben und die Fragebögen erheben mehr die Erfahrungen, die die PatientInnen aus dem Prozess mitgenommen haben. Beide Perspektiven ergänzen sich somit durchaus und zeigen ein vollständigeres Bild des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe auf.

Zudem konnte in den Interviews die veränderte Selbstwahrnehmung der PatientInnen als Kategorie erschlossen werden. Dieser Aspekt wurde im Fragebogen nicht erhoben, auch, weil er keine konkreten Aussagen zur Erfolgsmessung beinhalten sollte. Im Fragebogen FEKTP nimmt der/die KunsttherapeutIn, die Gruppe und die Familie mehr Raum ein als in den Interviews. Das ist mit den theoretischen Vorlagen von Grawe und Yalom zu begründen, da diese ihre Fragebögen für die Gesprächsgruppentherapie entwarfen und dort die Gruppe und der Therapeut traditionell ein größeres Gewicht einnehmen als dies in der Kunsttherapie, wie sie in der vorliegenden Studie durchgeführt wurde, der Fall ist. Diese Gewichtung kann sich jedoch bei weiteren Interviews wieder neu und anders verhalten.

Der Fragebogen kann überindividuelle Strukturzusammenhänge schneller in größerem Umfang aufzeigen. Er kann zum Beispiel auf ökonomische Weise Unterschiede des Erlebens zwischen verschiedenen Patientengruppen feststellen und die Erlebensdimensionen auch zeitlich nach ihrer Bedeutung gewichten. Für die zukünftige kunsttherapeutische Behandlung ist dies von großer Bedeutung.

Beide Verfahren vermittelten zusammen ein umfassendes Bild des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe.

## **7 Diskussion**

### **7.1 Diskussion der quantitativen Forschungsergebnisse und Ausblick**

Anhand des Fragebogens FEKTP und FEKTTH wurde das Ziel verfolgt, verschiedene Erlebensdimensionen in der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen- und KunsttherapeutInnensicht empirisch zu erfassen. Dabei wurden mithilfe von Grawes (2005) und Yaloms (1985) Wirkfaktorenkonzepten insgesamt 16 Erlebensdimensionen in den Fragebögen mit 32 Items erhoben. Die Entscheidung Grawes und Yaloms Wirkfaktoren als Grundlage zu benutzen, wurde anhand einer Literaturrecherche gefällt. Hierbei wurden beide Autoren und ihre Forschung zu Wirkfaktoren als bedeutend angesehen (siehe Kapitel 3.2 Wirkforschung in der Psychotherapie). Die Begrenzung auf Grawe und Yalom hat zur Folge, dass mögliche andere Erlebensdimensionen nicht berücksichtigt werden konnten. Pfammatter veröffentlichte (2012) einen Artikel, indem er eine umfassende Liste an Wirkfaktoren aus der Literatur vorstellt. Jedoch war zu diesem Zeitpunkt die Durchführung der vorliegenden Fragebogenuntersuchung schon beendet. Für die Zukunft wäre es sicherlich hilfreich, seine Liste zu beachten.

In Kapitel 6.1.2 werden die einzelnen Dimensionen nach Grawe und Yalom nochmals dargestellt, um anhand der Rangfolge, die PatientInnen- und TherapeutInnensicht deskriptiv zu vergleichen und sie in Bezug zu Rangfolgen der Gesprächsgruppentherapie zu setzen. Durch die deskriptive Statistik wird die Tendenz deutlich, dass die KunsttherapeutInnen das Erleben eher positiver bewerten als die PatientInnen, jedoch beide die gleichen acht Erlebensdimensionen als besonders positiv bewerten (Beziehung zur Kunsttherapeutin (Item 8 und Item 23), Gruppenkohäsion (Item 16 und Item 25), Problembewältigung (Item 4 und Item 28), Katharsis (Item 2 und Item 15), Ressourcenaktivierung (Item 1 und Item 3), Motivationale Klärung (Item 5 und Item 10), Einflößen von Hoffnung (Item 9 und Item 32) und Existentielle Faktoren (Item 18 und Item 19). Der Unterschied zwischen PatientInnen- und TherapeutInnensicht, der nur anhand der deskriptiven Zahlen eine Tendenz vermuten lässt, ist jedoch vorsichtig zu bewerten. Auf Grund der niedrigen TherapeutInnenanzahl (n=4) wurde ein Signifikanztest nicht als sinnvoll erachtet. Im Vergleich zur Gesprächsgruppentherapie wird sichtbar, dass die deskriptiven Ergebnisse sich gut einordnen lassen und vergleichbar eingestuft worden sind, wie

sie in anderen Studien der Gesprächsgruppentherapie zu finden sind (vgl. Tschuschke, 2001). Die Dimension Interpersonelles Lernen input erreicht in der Gesprächsgruppentherapie jedoch einen besseren Rang. Dies ist aber mit dem größeren verbalen Austausch in der Gesprächsgruppentherapie zu begründen. Es sind also aufschlussreiche Vergleiche durch die zugrunde gelegten Dimensionen von Grawe und Yalom möglich. Kritisch diskutiert werden kann dabei, ob es sinnvoll ist eine Rangfolge bei nur einem Messzeitpunkt zu erstellen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Dimensionen zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich stark erlebt werden. Auch Yalom führt an, dass die Bedeutung verschiedener Wirkfaktoren von der Art der praktizierten Gruppentherapie, der Gruppenzusammensetzung und Entwicklungsstand der Gruppe abhängt (1985). Trotzdem zeigen die deskriptiven Ergebnisse einen ersten Einblick in das Erleben aus PatientInnen- und TherapeutInnenansicht.

Ebenso ist insgesamt zu beachten, dass bei einer Fragebogenerhebung immer einige operationalisierte Items für komplexe Sachverhalte, hier die Erlebensdimensionen stehen. Es ist zu hinterfragen, ob zwei Items alleine wirklich eine Dimension abdecken können oder das Vorgehen zu ungenau ist. Diese Schwierigkeit findet sich ebenfalls bei anderen Studien (vgl. Flückinger, 2010; Tschuschke 1998). Dieses Vorgehen wurde hier jedoch aus ökonomischen Gründen gewählt, damit der Fragebogen möglichst viel umfasst, aber trotzdem in kurzer Zeit auszufüllen ist. Da die Faktorenanalyse dem Fragebogen eine sechs faktorielle Lösung zu Grunde legt und nun jede Skala mindestens drei Items beinhaltet und die Skalen nicht mehr so eng gefasst werden wie in der ersten Version des Fragebogens, kann dieser Kritikpunkt ansatzweise entkräftet werden. Zukünftig könnten die sechs Skalen, die nach der Faktorenanalyse berechnet wurden, noch ergänzt werden. Grawes und Yaloms Wirkfaktorenstruktur liegen nun dem Fragebogen FEKTP nicht mehr zu Grunde, da dieser theoretische Aufbau durch die Faktorenanalyse aufgelöst wurde.

Die Itemanalyse, die der Faktorenanalyse vorgeschaltet war, ergab dass Item 7 / und 14 (Problemaktualisierung) aufgrund der negativen Trennschärfe von Item 7 und dem Umstand, dass nur diese beiden Items direkt ein unangenehmes Erleben abfragen, ausgeschlossen wurden. Die Erlebensdimension Problemaktualisierung lässt sich jedoch in allen später analysierten Skalen der Faktorenanalyse inhaltlich wieder finden, da sie Ausgangspunkt für viele Erfahrungen ist. Beispielsweise ist für das

Erleben von Item 4: „Ich habe ein gestalterisches Problem gelöst“ die Problemaktualisierung eine Voraussetzung. Aus diesem Grund ist es auch inhaltlich zu vertreten, dass diese Dimension ausgeschlossen wurde, da sie in vielen anderen Items enthalten ist.

Die Faktorenanalyse ergab, dass zunächst sieben weitere Items ausgeschlossen werden mussten, da sie nicht hoch genug ( $>.45$ ) auf eine Skala/ Faktor geladen hatten oder die Konkurrenzladung ähnlich hoch war. Darauf kam es zu einer sechs faktoriellen Lösung mit insgesamt 22 Items. Die sechs Skalen wurden wie folgt benannt: *Selbstwirksamkeits- Erfahrung, Klärende Erfahrungen des Sozialverhaltens, Unterstützende Erfahrungen mit der Kunsttherapeutin, Identitätsstiftende Erfahrungen, Resonanz Erfahrungen mit der Gruppe und Erfahrene Anteilnahme*. Der niedrige statistische Kennwert von Cronbach's  $\alpha$  führte zum vorläufigen Verlust von Skala 6 mit drei Items. Hier ist zu fragen, ob das Item 21 „Es war heute wichtig, dass mir bei der Umsetzung meiner Gestaltung geholfen wurde“ ungünstig formuliert wurde und die schlechte Messgenauigkeit der Skala mitbegründet. Dieses Item wurde eventuell von vielen PatientInnen verneint, da es eher als Makel angesehen wird, sich helfen oder unterstützen zu lassen und gerade PatientInnen mit einer Essstörung sich das nicht eingestehen können. Zukünftig könnte dieses Item oder die gesamte Skala 6 nochmals neu formuliert werden, da sie im Vergleich der PatientInnengruppe Essstörungen / restliche PatientInnengruppe signifikant unterschiedlich erlebt wurde. Die Skalen 1-5 besitzen jedoch mit Cronbach's  $\alpha = .695- .807$  akzeptable bis gute Ergebnisse der Messgenauigkeit und zeigen somit eine gute Reliabilität.

Die Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität des FEKTP sind gegeben. Die der Validität ist durch die Faktorenanalyse weitestgehend überprüft, jedoch konnte der Vergleich mit ähnlichen Messinstrumenten in der vorliegenden Studie nicht gezogen werden und steht für zukünftige Projekte noch aus. Da damit die konvergente Validität nicht überprüft werden konnte, ist die vollständige psychometrische Überprüfung des Fragebogens noch nicht abgeschlossen.

Der Gewinn der Überprüfung des FEKTP anhand der Faktorenanalyse ist, dass das Ordnungssystem der Erlebensdimensionen in der Kunsttherapiegruppe nun auch empirisch überprüft wurde und nicht nur theoretisch konzipiert ist. Es ist das erste psychometrisch überprüfte Messinstrument für das Erleben der Kunsttherapiegruppe im deutsch- und wohl auch englischsprachigen Raum. Der FEKTP kann bei

zukünftigen Effizienzstudien als Gradmesser für den Therapieerfolg mitbenutzt werden.

Der Fragebogen aus KunsttherapeutInnensicht (FEKTTH) ist auf Grund der geringen KunsttherapeutInnen Anzahl (n=4), die jeweils von 127 PatientInnen das Erleben einschätzten als eine Pilotstudie zu betrachten. Sie zeigt interessante deskriptive Ergebnisse, wie die Tendenz, dass die KunsttherapeutInnen mehr Items höher bewerten als die PatientInnen. Jedoch müssen in Zukunft mehr KunsttherapeutInnen rekrutiert werden, damit ein Vergleich der Perspektiven, (PatientInnen-TherapeutInnen) möglich ist und signifikante Ergebnisse festgestellt werden können. Auch sollte der FEKTTH dann auf seine Faktorenstruktur hin untersucht werden. Dies ist jedoch mit großem Aufwand verbunden, da sich dazu mehrere Institutionen bereit erklären müssten bei der Fragebogenerhebung teilzunehmen, damit eine große Anzahl an KunsttherapeutInnen erreicht werden kann.

Anhand der sechs Skalen wurde ebenfalls überprüft, wie PatientInnen mit einer Essstörung die Kunsttherapiegruppe erlebt haben. Hier konnte festgestellt werden, dass Skala 2: *Klärender Erfahrungen des Sozialverhaltens* und Skala 6: *Erfahrene Anteilnahme* signifikant negativer erlebt haben, als die restliche PatientInnengruppe. Dieses Ergebnis ist insoweit von Interesse, da davon ausgegangen wird, dass das Erleben von Verbundenheit und Zugehörigkeit zur Gruppe (Skala 6) Voraussetzung für Selbstoffenbarung ist und daraus Verhaltensänderungen oder Bewusstwerden des Sozialverhaltens (Skala 2) möglich werden können (Yalom,2007). Skala 6 scheint also theoretisch Voraussetzung für Skala 2 zu sein. Das könnte erklären warum diese beiden Skalen zusammen von Patientinnen mit einer Essstörung weniger positiv erlebt werden, als von der restlichen PatientInnengruppe. Ebenso bedeutsam ist die oft beschriebene Situation, dass PatientInnen mit einer Essstörung, vor allem mit einer Anorexia nervosa, oft deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit anderen haben (Zeeck, 2012). Auch auf Grund des ausgeprägten Untergewichts können psychodynamische Gruppen eine Überforderung für sie darstellen und sie können sich emotionalem Erleben nicht öffnen (Zeeck, 2012). Das kann wiederum dazu führen, dass sie sich nur schwer der Gruppe zugehörig fühlen und sich nicht offenbaren und damit nur wenig Verhaltensänderung erreicht wird, bzw. dies erst zu einem späteren Zeitpunkt gelingen kann. Dieser Umstand scheint hier auch empirisch zuzutreffen und muss von KunsttherapeutInnen in der Praxis noch mehr Beachtung

erhalten. Für die Praxis könnte es bedeuten, dass gerade bei PatientInnen mit einer Essstörung mehr die kunsttherapeutische Gruppenarbeit beispielsweise anhand von Gruppenbildern, im Zentrum stehen müsste. In der hier untersuchten Kunsttherapiegruppe wurde größtenteils einzeltherapeutisch in der Gruppe gearbeitet. Durch einen Fokus auf die kunsttherapeutische Gruppenarbeit als Intervention könnte eventuell ein positiveres Erleben der Gruppenverbundenheit und der klärenden Erfahrungen des Sozialverhaltens erreicht werden. Gleichzeitig wirft dieses Ergebnis aber auch die Frage auf, wann eine Indikation für eine kunsttherapeutische Einzeltherapie oder für die Kunsttherapiegruppe vorliegt. Vielleicht waren die PatientInnen, wie auch von Zeeck (2012) beschrieben, noch nicht in der Lage Skala 2 und 6 positiver zu erleben. Deshalb ist der Erhebungszeitpunkt der Fragebogenerhebung zu t2 (Sechste Kunsttherapiestunde, nach ca. drei Wochen) zu beachten. Eventuell spielt die Gruppenarbeit in der Kunsttherapie auch eher am Ende der Therapiezeit eine Rolle, als zum hier erhobenen Zeitpunkt. Auch kann das Ergebnis darauf hinweisen, dass Patientinnen mit einer Essstörung eben gerade zu Beginn der Therapie Schwierigkeiten haben Gefühle auszudrücken und wahrzunehmen (Lubbers, 1991) und dies zum Messzeitpunkt t2 noch der Fall war. Auch Mander (2015) berichtet, dass für eine erfolgreiche Therapie für PatientInnen mit einer Essstörung mehr rückfallprophylaktische Interventionen relevant waren, als aktives Arbeiten an der Problembewältigung. Das Ergebnis des Gruppenvergleichs (Essstörungen / restliche PatientInnengruppe) stimmt zusammenfassend mit den Meinungen aus der Literatur (Lubbers, 1991; Yalom, 2007 und Zeeck, 2012, Mander, 2015) überein und kann somit auch als Außervalidierung der Skalen angesehen werden.

Da die Anzahl der untersuchten PatientInnen mit einer Essstörung jedoch bei  $n=22$  lag, sollte die Signifikanz nur auf die untersuchte PatientInnengruppe bezogen werden. Auch können die Ergebnisse nur auf weibliche PatientInnen mit einer Essstörung bezogen werden, da die hier untersuchte PatientInnengruppe bis auf einen Mann aus Frauen bestand. Die Stichprobengröße entspricht den Minimalanforderungen nach Bühner (2006) und Rudolf & Müller (2012) für eine Faktorenanalyse, sie sollte jedoch gerade für den Vergleich der PatientInnengruppen größer sein, um verlässlichere und repräsentative Ergebnisse zu erhalten.

Zur Durchführung der Fragebogenerhebung ist anzumerken, dass es ein

Selektionsprozess seitens der PatientInnen gab, da sie sich freiwillig dazu entschieden haben an dieser Studie teilzunehmen. Die Informationsvermittlung über den Fragebogen lief teilweise auch über die Kunsttherapeutin. Dies wurde versucht zu vermeiden, indem die Fragebogenstudie in eine weitere zeitgleich laufende Studie zu integrieren. Somit konnten die PatientInnen zum Großteil von externen Wissenschaftlerinnen aus dem Fachbereich Psychologie rekrutiert werden.

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass die Kunsttherapiegruppe nur ein Teil des Gesamtbehandlungsplanes war und auch andere Therapieformen das Erleben in der Kunsttherapiegruppe mitbeeinflussen. Außerdem weist bereits Yalom (2007) darauf hin, dass es auch außerhalb des Gruppengeschehens bzw. der Therapie wirksame therapeutische Faktoren gibt, wie beispielsweise beruflicher Erfolg, die das Erleben mitbeeinflussen.

Zur Klärung der Frage, unter welchen Bedingungen die verschiedenen Erlebensdimensionen jeweils wie wirksam werden, müssen die Interaktionen von Therapietechniken, allgemeinen Wirkfaktoren, Störungscharakteristika und individuell gegebenen Therapeuten- wie Patientenmerkmalen und Ergebnisvariablen, beachtet werden. Darauf weist auch Pfammatter (2012) hin. Er möchte sich diesem Umstand mit seinem Taxonomie- Projekt annähern und beschreibt allgemeine Wirkfaktoren auf der Grundlage ihrer Zusammenhänge mit spezifischen Techniken (vgl. Pfammatter, 2012: 25). Das steht für die Kunsttherapiegruppe noch aus und wurde teilweise von Martius (2014) begonnen.

Als Ausblick für weitere Forschung mit dem Fragebogen FEKTP ist die Überprüfung an einer zweiter unabhängigen Stichprobe anzusehen, um die faktorielle Validität zu überprüfen (Konstrukt Validität). Außerdem wäre ein Vergleich mit einem ähnlichen Messinstrument dringend erforderlich. Des Weiteren könnte anhand einer zweiten Stichprobe zu mehreren Zeitpunkten die Veränderung der Variablenausprägung über den Therapieverlauf analysiert werden. Zudem könnte mithilfe eines Instrumentes zum Therapieerfolg nach einem Zusammenhang zwischen den Skalen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe und dem Therapieerfolg geforscht werden.

Der Fragebogen FEKTP und FEKTTH muss noch weiter überprüft werden, jedoch kann er bereits in seinem momentanen Umfang zur Evaluation der Kunsttherapiegruppe in der Psychosomatik genutzt werden. Wenn den



KunsttherapeutInnen klar ist, wie ihre PatientInnen die Kunsttherapiegruppe erleben, können sie kunsttherapeutische Interventionen produktiver einsetzen und neue Ideen entwickeln.

Der Fragebogen dient ebenfalls dazu das Erleben von verschiedenartigen PatientInnengruppen zu erfassen und kann sichtbar machen, welche Erlebensdimensionen wann und von welchen PatientInnengruppen erlebt und genutzt werden. Das erlaubt wiederum wichtige Rückschlüsse, die für die Anwendung kunsttherapeutischer Interventionen relevant werden können.

## **7.2 Diskussion der qualitativen Ergebnisse und Ausblick**

Die beiden Interviews zeigen erstmalig anhand der entwickelten Kategorien wie verschiedene Erlebensdimensionen in der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht beschrieben werden. Diese mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse entwickelten Kategorien beschreiben das Erleben des kunsttherapeutischen Prozesses mit Blick auf das gestalterische Tun, das Werk, auf erlebte Gefühle und Symbolisierungen, sowie mit Blick auf die Kunsttherapiegruppe und die Beziehung zu den Kunsttherapeutinnen und münden in den Beschreibungen zu einer veränderten Selbstwahrnehmung der Patientinnen. Somit umfassen die Kategorien alle vier Bereiche der erweiterten Triade (Kapitel 2.1 Kunsttherapie) und ergänzen diese um die veränderte Selbstwahrnehmung. Das Kategoriensystem bezieht sich auf die Kunsttherapiegruppe in der stationären und tagesklinischen psychosomatischen Behandlung. Die Erlebensdimensionen der Interviews zeigen auf, wie neue Handlungs- und Daseinsmöglichkeiten in der Kunsttherapiegruppe entstehen. Anhand der Kategorien kann zu einer übergeordneten Deutung des Erlebens der Kunsttherapiegruppe gelangt werden und im vorliegenden Fall Bezug genommen werden auf essstörungsspezifische Inhalte und bildungstheoretische Aspekte.

Im Interview von Frau X kann ein Therapieerleben nachvollzogen werden, welches als wohltuend und als Freude auslösend empfunden wurde, sich jedoch durch eine geringe Selbstoffenbarung auszeichnet. Das sinnliche Selbsterleben steht im Zentrum und nicht das, was es bedeuten kann (Dietrich, 2012). Gefühle werden kaum beschrieben und erst zum Ende der Therapie spielt die Gruppe eine Rolle, die ermutigend erlebt wird. Im Zentrum des Erlebens in der Kunsttherapiegruppe stand,

trotz Unvollkommenheit und fehlender Bereitschaft Konflikthafes anzusprechen, sich selbst positiv fühlen zu dürfen und angenommen zu werden. Sie wurde trotz Widerstand gegen Anforderungen (hier die Anforderung zur Reflexion) und trotz Unvollkommenheit, die sie anhand des Specksteins zeigte, in ihrer Person bejaht und angenommen. Es war, wie Stauber (2013b) es für eine andere Forschungsarbeit beschreibt, ihre eigenwillige Strategie sich die Kunsttherapie anzueignen und damit auch selbst zu gestalten. Ebenso benennt Stauber, dass biographisch- reflexive Prozesse anzustoßen aus Subjektperspektive nicht immer gewollt ist und bei Frau X nicht zielführend war, sondern es reichte zunächst gute Erfahrungen zu machen (Stauber, 2013b). Die Strategie von Frau X könnte auch als „unbewusster Plan“ (Sammet, 2015 S.184) bezeichnet werden, der im Erleben der Kunsttherapiegruppe getestet wurde und, da die Gruppe und die Kunsttherapeutin ihrem Vorhaben folgten, konnte die Patientin korrigierende Erfahrungen machen.

Anhand des Interviews von Frau X waren Körperstrategien, wie Kontrollausübung und Autonomie, die typisch für AnorexiepatientInnen sind, auch im Erleben der Kunsttherapiegruppe auffindbar. Dort wurde die Kontrolle auf die gestalterischen Handlungen übertragen und auch die Art der Gesprächsführung im Interview mit den detailgenauen Beschreibungen des gestalterischen Tuns zeugte davon Kontrolle besitzen zu wollen. Kontrolle zu besitzen bedeutet für Frau X Schutz, sich vor der Konfrontation mit unangenehmen Gefühlen zu schützen und so autonom bleiben zu können. Das Autonomiestreben wurde sichtbar im Erleben der Kunsttherapiegruppe, mit der kein enger Austausch stattfand, da nur wenig Bezug auf persönliche Themen genommen wurde. Das Symbolisierungserleben war nur in wenigen Textstellen auffindbar zu machen. Auch die Studie von Bourke et al. (1985) zeigt, dass 30 % der untersuchten anorektischen PatientInnen mit niedrigem Gewicht eine Unfähigkeit zu symbolisieren aufwiesen. Auch nach Gewichtszunahme verblieb dies bei 55 % der PatientInnen so. Sie stellten demnach eine Störung der Symbolisierungsfähigkeit bei AnorexiepatientInnen fest. Die Studie von Bourke et al (1985) stützt demnach die Ergebnisse aus den Interviews. In den Beschreibungen zum Erleben der Kunsttherapie wurden außerdem verschiedene Bewältigungsmuster sichtbar. Beispielsweise beschreibt Frau X, wie sie anstatt von körperlicher Bewegung, die als Teil der Essstörung zur Bewältigung beitrug, nun im Zimmer zeichnen konnte (671ff). Auch Anpassung, die durch eine große künstlerische Produktivität ausgedrückt wurde und Widerstand, sich eben nicht emotional einzulassen, konnten aufgezeigt werden

und als Bewältigungsversuch verstanden werden.

Im zweiten Interview von Frau Y steht das Erleben „nicht alles schön machen zu müssen“ und eigene Bedürfnisse zu erleben im Vordergrund (2:364). Es zeigt sich ein Erleben der Kunsttherapiegruppe, das zwischen Anpassung-alles schön und harmonisch zu gestalten und dem Widerstand- genau das wirklich aufzugeben und sich Konflikten zu stellen, schwankt. Ihre Beschreibungen verdeutlichen, wie sie sich zwischen den Anforderungen von außen und eigenen Bedürfnissen mit essstörungsspezifischem und auch gestalterischem Verhalten zu positionieren versucht. Dabei erhält ihr Erleben der eigenen Wahrnehmung (Beispiel: Arbeit mit Gips) immer mehr Gewicht und mündet in der Auseinandersetzung mit der eigenen Identität im Spannungsfeld von Anpassung und Widerstand (Beispiel: Abbildung 16: Speckstein " Auge - Vogel " Perspektive 1 und Abbildung 19: Kastanienbild). Die Essstörung wird von Frau Y als kurzfristige Lösung erkannt, die sie nicht weiter als identitätsstiftend verwenden möchte. Werden diese künstlerisch-ästhetischen Prozesse frühzeitig gefördert, besitzen sie, wie Nohl es 2011 und 2013 für spontane Bildungsprozesse beschreibt, sicherlich das Potenzial in kritischen Lebenslagen zum Mittel der Bewältigung zu werden. Dies könnte ebenfalls in zukünftigen Forschungsprojekten beachtet und die Vorerfahrungen der PatientInnen mit erhoben werden.

Die Interviews zeigen somit verschiedene Aspekte des Erlebens der Kunsttherapie auf und wären in zukünftigen Untersuchungen mit weiteren Interviews zu erweitern. Ebenso könnten in den Leitfaden konkretere Fragen zu ästhetisch- künstlerischen Erfahrungen und essstörungsspezifischem Erleben in der Kunsttherapie aufgenommen werden.

Anhand der Analysen der beiden Interviews konnten beispielhaft bildungstheoretische Aspekte im Erleben der Kunsttherapiegruppe ausfindig gemacht werden. Wie zum Beispiel der Selbstzweck der ästhetischen Erfahrung, die Leibbezogenheit der ästhetischen Erfahrung (Brandstätter, 2012), die ästhetische Selbstbildung (Sabisch, 2009) mit Hilfe des Specksteines. Das Erleben von krisenhaften Situationen (Koller, 2012) in den Gestaltungen und die ansatzweise Bewältigung durch bisher nicht realisierte Möglichkeiten konnte nachvollzogen werden. Die Interviews zeigen den begonnenen künstlerisch-ästhetischen Bildungsprozess auf und verdeutlichen den notwendigen Erwerb von Selbstreflexivität (Stauber, 2007b), um Übergänge zu bewältigen. In zukünftigen Untersuchungen könnte dies noch ausführlicher und vor

allem mit einer größeren Anzahl von Interviews analysiert werden. Ebenso könnte in zukünftigen Untersuchungen die Strukturebene – also die gesellschaftliche Dimension von Essstörungen mehr miteinbezogen werden, um genauer sagen zu können, wo Betroffene welche Ressourcen benötigen und unter welche Voraussetzungen junge Männer und Frauen ihre Anforderungen bewältigen können (Stauber, 2007a). Strukturelle Bedingungen und Kontexte werden immer schon in die kunsttherapeutische Betreuung von PatientInnen mit einer Essstörung miteinbezogen, aber sie könnten mehr Bedeutung erhalten und gerade in der Forschung eine größere Rolle spielen, da dadurch subjektive Sinnstrukturen und beobachtbares Verhalten erschlossen werden kann (Stauber, 2011).

Die beiden Interviews beschränken sich auf das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus Sicht von PatientInnen mit einer Anorexia nervosa. In folgenden Forschungsprojekten könnte durch die Erhebung von weiteren Interviews mit PatientInnen, die eine Bulimie oder Binge- Eating Störung haben, nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Erleben gesucht werden.

Die methodische Durchführung und Analyse der Interviews ist ebenfalls zu diskutieren. Die Interviews wurden nicht von der behandelnden Kunsttherapeutin durchgeführt. Das erste Interview wurde von einer externen pädagogischen Fachkraft und Expertin für Essstörungen und mit methodischer Erfahrung durchgeführt. Das zweite Interview führte die Autorin selbst durch, die aber die Patientin davor nicht kannte. Sicherlich wäre es besser gewesen, wenn beide Interviews von einer Person durchgeführt worden wären. Dies konnte jedoch aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht verwirklicht werden. Es wurde jedoch anhand des Interviewleitfadens für eine gewisse Standardisierung der Untersuchungssituation gesorgt. Der Leitfaden wurde im Forschungskolloquium besprochen. Das Kategoriensystem wurde von einem externen Fremdrater mit Methodenkompetenz und kunsttherapeutischer Berufserfahrung gegenkodiert. Auch hier wäre eine Gegenkodierung von mehreren Personen sicherlich wünschenswert gewesen. Die Darstellung der Interviewanalyse wurde zur Anschaulichkeit mit Fotos der Gestaltungen begleitet. Die Gestaltungen wurden in den Interviews analysiert oder die interpretierenden Analysen stammten von der Kunsttherapeutin, die diese in der Patientinnenakte verschriftlichte. In zukünftigen Forschungsprojekten könnte hier ebenfalls eine Methodentriangulation stattfinden, indem Bildanalysen und Interviewanalysen verbunden werden.

### 7.3 Einordnung der Ergebnisse

Zusammenfassend konnte die vorliegende Arbeit zum einen ein spezifisch kunsttherapeutisches Messinstrument in Form des Fragebogens FEKTP und FEKTH präsentieren und die psychometrische Überprüfung dieses Forschungsinstrumentes vorstellen. Die Fragebögen können für vergleichende Kunsttherapiestudien in der Zukunft als wichtig angesehen werden. Der FEKTP könnte die Aussagekraft und Qualität solcher Studien erhöhen. Die Fragebögen stellen auch die bisher einzigen in der Literatur zu findenden und psychometrisch überprüften Messinstrumente dar, die es ermöglichen verschiedene Erlebensdimensionen der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen –und TherapeutInnensicht zu erheben. Somit konnte ein wichtiger Beitrag in der kunsttherapeutischen Forschungslandschaft geleistet werden. Zum anderen konnte die vorliegende Arbeit erste empirische Daten zum Erleben der Kunsttherapiegruppe bei PatientInnen mit einer Essstörung vorlegen. Dies gelang anhand des Fragebogens und der Interviews und stellt auf Grund des immer noch großen Forschungsdefizit im Bereich Kunsttherapie und Essstörungen ein Gewinn dar. Die Interviews zeigen zudem exemplarisch, subjektive Relevanzstrukturen der PatientInnen und spezifisch kunsttherapeutisches Erleben. Hierbei wurde sichtbar, dass das künstlerisch-ästhetische Erleben dem Gestalter helfen kann neue Bewältigungsstrategien zu finden und neue Impulse dabei erfahren werden, sich dem Leben anders zu stellen. Diese können in einen ästhetischen Bildungsprozess münden. Auch in den Ausführungen in Kapitel 2.2- 2.4 konnte aufgezeigt werden, dass kunsttherapeutische Prozesse auch bildungstheoretisch verstanden werden können. Künstlerisch- ästhetische Erfahrungen mit Blick auf das Krankheitsbild der Essstörungen konnten somit für den Bildungsbereich zugänglich gemacht werden. Die Kunsttherapie ist mit diesem Potenzial beispielsweise interessant für die Bewältigungsforschung und für die bildungstheoretische Forschung, hier insbesondere für die Kulturelle Bildung. Theorien aus diesen sozialpädagogischen Kontexten könnten in zukünftigen Arbeiten in Bezug auf die Kunsttherapie ausführlicher erörtert werden<sup>27</sup>. Die vorliegende Arbeit konnte somit die Anschlussfähigkeit der Kunsttherapie an die Erziehungswissenschaft (siehe auch Kapitel 6.3.6) aufzeigen. Ebenso wurde die Anschlussfähigkeit an die Psychologie und Medizin (siehe Kapitel 6.1.3) durch die Konstruktion der Fragebögen FEKTP und

---

<sup>27</sup> Beispielsweise wurde, die aus der Soziologie stammende Systemtheorie in der Dissertation von Schulze (2005), auf ihre Bedeutung für die Kunsttherapie hin untersucht. Auch die Biographieforschung von Schulze (2007) wurde mit der Kunsttherapie in Beziehung gesetzt.

FEKTTH auf Grundlage der Konzepte von Grawe (2005) und Yalom (1985) geleistet und die Bedeutung der Kunsttherapiegruppe für PatientInnen konnte anhand der Fragebogenerhebung und der Interviews aufgezeigt werden.

## Literaturverzeichnis

- Ahmed, S. Pohl, A. Schwanenflügel, v. L. Stauber, B. (2013) Bildung und Bewältigung im Kontext sozialer Ungleichheit- Einleitung In Ahmed, S. Pohl, A. Schwanenflügel, v. L. Stauber, B. (Hrsg.) Bildung und Bewältigung im Zeichen von sozialer Ungleichheit (S.7-16). Weinheim: Beltz Juventa.
- Alheit, P. (1999) On a contradictory way to the "learning society": A critical approach'. *Studies in the Education of Adults*. 31 (1), S. 66–82.
- Alkire, S. (2005) Subjective Quantitative Studies of Human Agency. *Social Indicators Research*. 74,1, S. 217–260.
- Anderson, E. (2000) Warum eigentlich Gleichheit? In: Krebs, A. Gleichheit oder Gerechtigkeit (S.117-171). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Arnheim, R. (1977) Anschauliches Denken. Köln: DuMont.
- Backhaus, K., Erichson, B., Wulff, P., & Weiber, R. (2006) *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bakur, M. (1981) *Internationale Skalen für Psychiatrie*. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz-Test-Ges.
- Bandura, A. Blanchard, E. Ritter, B. (1969) The Relative Efficacy of Desensitization and Modeling Approaches for Inducing Behavioral, Affective and Attitudinal Changes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 13, S. 173–199.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (S.71-81) (Vol. 4.). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Barz, St. Kampik, H. Singer, W. Teuber, T. (2001) *Neue Werte neue Wünsche*. Düsseldorf, Berlin: Metropolitan.
- Baumgarten, A. (1988) *Theoretische Ästhetik*. (2., durchges. Auflage . Aufl.). Hamburg: Felix Meiner.
- Beckmann, D. Brähler, E. Richter, H.-E. (1983) *Der Gießen-Test*. (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Bergin, A.E. Garfield, S.L. (Eds.) (1994) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- Billstein, J. Zirfas, J. (2009) Bildung und Ästhetik In Zirfas, J. Klepacki, L. Bilstein, J. Liebau, E. *Geschichte der Ästhetischen Bildung Band 1: Antike und Mittelalter* (S.7-28). Paderborn: Schöningh.
- Bockhorst, H. Reinwand, V. Zacharias, W. (Hrsg.) (2012) *Handbuch Kulturelle Bildung*. München: kopaed.
- Böhnisch, L. (2012) *Lebensbewältigung*. Weinheim München: Juventa.
- Born, R. (2002) *Der kompetente Patient. Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik. Pilotstudie*. Dissertationsschrift Universität Witten- Herdecke.
- Bortz, J. Döring, N. (2005) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. Schuster, C. (2010) *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*.
- Bourke, M. P. Taylor, G. Crisp, A.H. (1985): Symbolic Functioning in Anorexia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19: 273-278.
- Brandstätter, U. (2009) Ästhetische Erfahrung In Bockhorst, H. Reinwand, V. Zacharias, W. *Kulturelle Bildung* (S. 174–180). München: kopaed.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.
- Bühner, M. (2006) *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. (2., aktualisierte und erw. Aufl.). München u.a: Pearson Studium.
- Bühner, M. (2011) *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. (3., aktualisierte und erw. Aufl. . Aufl.). München u.a: Pearson Studium.
- Byrne, B. (2010). *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications and Programming*. Routledge.
- Case, C. Dalley, T. (2013) *The Handbook of Art Therapy*. Hoboken: Taylor and Francis.

- Campbell, M. Fitzpatrick, R. Haines, A. Kinmonth, A.L. Sandercock, P. Spiegelhalter, D. Tyrer, P. (2000) Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal* 321: 694–696.
- Chapman, I. (2001) The Effectiveness of Art Therapy Interventions in Reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Pediatric Trauma Patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. Vol18, Issue 2, 100-104.
- Chrusciel, A (2014) Vorn Ursachen und Nebenwirkungen In: Hamer, G. Wechselwirkungen. Kulturvermittlung und ihre Effekte (S. 99-113). München: kopaed.
- Cohn, R. (1975) Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Dewey, J. (1980) Kunst als Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dewey, J. (2003) Kunst als Erfahrung. (1. Aufl., [Nachdr.] . Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- De Zwaan, M. Mühlhans, B. (2009) Atypische Essstörungen und Binge – Eating Störung In Herpertz, St. Zwaan, M.d. & Zipfel, St. Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 24-28). Heidelberg: Springer.
- Diamond-Raab, L. Orrell- Valente J. (2002) Art therapy, psychodrama, and verbal therapy. An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 11, S. 343–364.
- Dietrich, C. (2012) Einführung in die Ästhetische Bildung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Dilthey, W. (1914-1927) Wilhelm Diltheys gesammelte Schriften. Leipzig: B.G. Teubner.
- Dilthey, W. (1927) Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dokter D. (1994) Arts Therapies and Clients with Eating Disorders. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dreitzel, H. (1972) Theorielose Geschichte und geschichtslose Soziologie (S. 37-52) In Wehler, H. U. (Hrsg.) Geschichte und Soziologie, Köln.
- Eberhart, H. (2013) Lösungskunst- Entwicklung, Grundlagen und Prinzipien ressourcenorientierter Arbeit in den Künstlerischen Therapien (S. 431–440) In Rössler, W. & Matter, B. Kunst- und Ausdruckstherapien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert, J. (1996) Das Gruppenwirkfaktoren Q- Sort nach Yalom. In Strauß, B. Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung (S. 104–115). Opladen: Westdt. Verl.
- Edwards, C. (2005) I just want to melt away. Treatment of Women with Eating Issues. A critical feminist informed View of Art Therapy and the Exploration of an alternative Approach. Master-Thesis. University of Western Sydney.
- Egger, B. (2010) Methoden der Kunsttherapie. (1. Aufl.). Oberhofen am Thunersee: Zytglogge.
- Ehrenspeck, Y. (1986) Der "Ästhetik- Diskurs" und die Pädagogik. *Pädagogische Rundschau*, S. 247–264.
- Ehrenspeck, Y. (2001) Stichwort: Ästhetik und Bildung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*. 1/2001, S. 5–21.
- Elbing, U. Hölzer, M. (2007) Entwicklung und erste Evaluation eines Instruments zur kunst- und gestaltungstherapeutischen Prozessdokumentation. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*. 18(2), S. 85–99.
- Elbing, U. et al. (2009) Reliabilität und Validität des Instruments „DoKuPro – Dokumentation Kunsttherapeutischer Prozesse“. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*. 1, S. 1–7.
- Erikson, E. (1966) Identität und Lebenszyklus. Frankfurt.
- Fabra, M. (1991) Kurzzeitkunsttherapie in der Psychiatrischen Krisenintervention. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*. 2, S. 97–108.
- Fahrenberg, J. Hampel, R. Selg, H. (1984) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar - FPI. (4. Aufl.). Göttingen: Verl. für Psychologie Hogrefe.
- Faller, H. (1998) Behandlungserwartungen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*. 43, S. 8–17.
- Faller, H. (2000) Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 50, S. 292–300.



- Fend, H. (1991) Identitätsentwicklung in der Adoleszenz. Bern: Huber.
- Field, A. (2009) Discovering statistic using SPSS (Introducing statistical method): Sage Publications Ltd.
- Fisseni, H.-J. (1997) Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. Kardorff von, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2005). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck: Rowohlt Verlag.
- Flückinger, Ch. Regli, D. Zwahlen, D. Hostettler, S. Caspar, F. (2010) Der Berner Patienten und Therapeutenstundenbogen 2000. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis. 39 (2), S. 71–79.
- Freud, S (1900/1972) Die Traumdeutung. In ders.: Studienausgabe, Mitscherlich, A. Richards, A. Strachey, J. Band 1. Frankfurt/M.:Fischer.
- Friebertshäuser, B. Langer, A. Prengel, A. (Hrsg.) (2010) Handbuch Qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa.
- Lienertz, U. (1998) Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz PVU.
- Ganter, Ch. Enck, P. Zipfel, St. Sammet, I. (2009) Kunsttherapie in Gruppen bei Essstörungen- eine Literaturanalyse. Gruppenpsychother. Gruppendynamik. 45, S. 20–31.
- Ganter-Argast, Ch. Teufel, M. (2012) Kunsttherapie bei Essstörungen. In Zeller, K. Wer bin ich? - Ich bin wer! (S. 171–185). Tübingen: DGVT-Verl.
- Ganter-Argast, Ch. (im Druck) Das Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnen- und TherapeutInnensicht. Zeitschrift für Musik, Tanz und Kunsttherapie.
- Garfield, S. (1982) Ein eklektischer Ansatz. Weinheim: Beltz.
- Gaztambide- Fernández, R. (2014) Warum die Künste nichts tun In Hamer, G. Wechselwirkungen (S. 51–86). München: kopaed.
- George, D. Mallery, P. (2002) SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. Boston, Mass. (u.a.): Allyn & Bacon
- Gildemeister, R. Günther, R (2005). Therapie und Soziale Arbeit In Otto, H.-U. Thiersch, H. (Hrsg.) Handbuch Soziale Arbeit (S.1901-1909). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gilroy, A. (2011) Art therapy research in practice. Oxford, Bern etc: P. Lang.
- Götze, H. (2007) Gestaltungskurs für onkologische Patienten in der ambulanten Nachsorge. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie. 18 (1), S. 33–40.
- Grawe, K. Braun, U. (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 23(4), S. 242–267.
- Grawe, K. (1995 a) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut. 40, S. 130–145.
- Grawe, K., Donati, R. Bernauer, F. (1995 b) Psychotherapie im Wandel. (4. Aufl . Aufl.). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Grawe, K., Donati, R. Bernauer, F. (2001) Psychotherapie im Wandel. (5., unveränderte Aufl . Aufl.). Göttingen [etc.]: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005) (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal. 1, S. 4–11.
- Grubel, A. (2003) Ästhetik und Askese: Magersucht aus kunsttherapeutischer Perspektive. Kunst und Therapie. 1, S. 89–98.
- Gruber, H. Weiss, J. (2009) Künstlerische Therapien in der Onkologie. Im Focus Onkologie. 12, S. 66–69.
- Gruber, H. (2009) Ergebnisse einer Studie zu den spezifischen Wirkfaktoren in den Künstlerischen Therapien. PPMP. 59, S. 94.
- Gruber, H. Weiss, J. (2010) Therapeutical action in art therapy: Results of an empirical study. European Journal of integrative medicine 2 (4), 179.
- Gruber, H. Wichelhaus, B. (2011) Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Berlin: EB- Verlag Dr. Brandt.

- Gruber, H. (2011) Kunsttherapeutische Forschung im Spannungsfeld von klinischer Evidenz und wissenschaftlicher Anforderung In Gruber, H. Wichelhaus, B. Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 93–106). Berlin: EB-Verlag Dr. Brandt.
- Gumz, A. (2015) Die Bedeutung von Krisen in der therapeutischen Beziehung In Sammet, I. Dammann, G. Schiepek, G. (Hrsg.) Der psychotherapeutische Prozess (S. 46-57). Kohlhammer: Stuttgart.
- Habermas, T. (2008) Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung. In Herpertz, St. Zwaan, M.d. & Zipfel, St. Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 4–8). Heidelberg: Springer.
- Hain, P. (2001) Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. (1. Aufl. . Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verl.
- Hamer, G. (2004) Wechselwirkungen. München: kopaed.
- Hamre, H. (2004) Wirksamkeitsbeurteilung der Antrhoposophischen Kunsttherapie: Einzelfallstudien eingebettet in eine prospektive Kohortenstudie. Der Merkurstab. 3, S.194-203.
- Hapkemeyer, J. (2007) Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. Psychotherapeut, S. 1–7.
- Hegel, G. V. Kehler, F. Gethmann-Siefert, A. Collenberg-Plotnikov, B. Iannelli F. Berr. K. (2004) Philosophie der Kunst oder Ästhetik. München: W. Fink.
- Heimes, S. (2010) Know- how oder Know- what- auf der Suche nach geeigneten Evaluationsmethoden in den künstlerischen Therapien. Kunst und Therapie. 2, S. 13–17.
- Helfferich, C. (2009) Die Qualität qualitativer Daten. (3., überarbeitete Auflage . Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Henn, W. (2004) Kunsttherapie in der Onkologie. Köln: Richter.
- Herpertz, St. Zwaan, M. de. St. Zipfel (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer
- Höfer, R. (2000) Jugend, Gesundheit und Identität. Opladen: Leske + Budrich.
- Hopf, C. (1978) Die Pseudo-Exploration; Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung - Pseudo-exploration; thoughts on the techniques of qualitative interviews in social research. Zeitschrift für Soziologie : ZfS. 2, S. 97–115.
- Hörmann, G. (1987) Erziehung, Bildung, Therapie. Vortrag 6. Jahrestagung Internationale Gesellschaft Kunst, Gestaltung und Therapie Heidelberg. [https://www.unibamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/huwi\\_lehrstuehle/allgpaed/Publ.\\_Hoermann\\_pdf/Erziehung\\_Bildung\\_Therapie.pdf](https://www.unibamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/huwi_lehrstuehle/allgpaed/Publ._Hoermann_pdf/Erziehung_Bildung_Therapie.pdf) zuletzt aufgerufen am 12.01.2015
- Hu, L.T. Bentler, P.M. (1999), Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives, Structural Equation Modeling, 6 (1), 1-55.
- Janetzko, D. (2007) Eigenlogik. Münster, München [u.a.]: Waxmann.
- Jannott, C. (2002) Zur Begründung einer verstehenden Kunsttherapie im Sinne der hermeneutischen Wissenschaft von W. Dilthey und seiner Schule. (1. Aufl.). Göttingen: Cuvillier.
- Kaiser, H. F. Rice, J. (1974) Little Jiffy, Mark IV. Educational and Psychological Measurement. 34, S. 11-117.
- Kardorff, E. v. (2007) Essstörungen im Jugendalter - eine Reaktionsform auf gesellschaftlichem Wandel. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung. 2, S. 155–168.
- Kasper, J. Klees, S. Schulze, C. (2013) – Interaction in Group Art Therapy. Das Interaktionsgeschehen in der Kunsttherapie im Gruppensetting- ein Manual für Kunsttherapeuten zur Reflexion und Dokumentation. Hamburg: unimac.
- Kelle, U. Erzberger, Ch. (2007) Qualitative und Quantitative Methoden: Kein Gegensatz. Qualitative Forschung : ein Handbuch (S. 299–309). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Kenny, D.A. McCoach, D.B. (2003), "Effect of the Number of Variables on Measures of Fit in Structural Equation Modeling," Structural Equation Modeling, 10 (3), S. 333-51.
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Rosenberg, R., Southwick, S., Giller, E. L., & Jacob, M. C. (1991) The pain behavior check list (PBCL): Factor structure and psychometric properties. Journal of Behavioral Medicine. 14, S. 155-167.
- Keupp, H. Ahbe, T. Gmür, W. Höfer, R. Mitzscherlich, B. (2002) Identitätskonstruktionen: das Patchwork der der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rowohlt.

- Keupp, H. (2012) Prekäre Verortungen in der Spätmoderne: Zum Patchwork Personaler und Kollektiver Identitäten. In Müller, M.& Kluwe, S. Identitätswürfe in der Kunstkommunikation (S. 25–46). Berlin: Walter De Gruyter.
- Kirchner, C. Schiefer, F. Spinner, M. Kaspar H. (2006) Ästhetische Bildung und Identität. München: kopaed.
- Koller, C. (1999) Bildung und Widerstreit. München: Fink
- Koller, C. (2010) Anders werden In Miethe, I. Müller, H.-R. Qualitative Bildungsforschung und Bildungstheorie (S. 19–33). Opladen: Barbara Budrich.
- Kriz, J. (2011) Kritische Reflexion über Forschungsmethoden in den Künstlerischen Therapien. In Petersen, P. Forschungsmethoden künstlerischer Therapien (S. 63–88). Wiesbaden: Reichert.
- Kupfer, H. (1982) Zur Gesellschaftlichen Bedeutung und Kritik ästhetisch orientierter Pädagogiken. Bildung und Erziehung. 2, S. 194–207.
- Lambert, M. (2011) Psychotherapy research and its achievements. J.C.Norcross, G.R. Vandenbos D.K. Freedheim (Eds.), History of Psychotherapy. Continuity and Change. S. 299–332.
- Lamnek, S. (1995) Qualitative Sozialforschung. (3. Auflage . Aufl.). Weinheim: Beltz
- Lauschke, M. (2014). Kunsttherapie in der stationären/ teilstationären Behandlung essgestörter Patienten: ein systematischer Literaturüberblick. Dissertationsschrift: Witten- Herdecke.
- Lehmann-Rommel, R. (2005) Tätigsein und Wirksamkeit in Deweys Ästhetik. In Tröhler, D. Oelkers, J. (Hrsg.) Pragmatismus und Pädagogik (S.69-86). Zürich: Pestalozzianum Verlag.
- Liebau, E. ( 2012) Forschungsantrag an das BMBF zum Projekt " Forschung zur Kulturellen Bildung in Deutschland". Bestand und Perspektiven. Eigendruck.
- Liebau, E. (2013) Ästhetische Bildung: Eine systematische Annäherung. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. 16, S. 27–41.
- Liebau, E. (2014) Wie beginnen? In Liebau, E. Jörissen, B. Klepacki, L. Forschung zur kulturellen Bildung (S. 13–28). München: kopaed.
- Liebau, E. Jörissen, B. Klepacki, L. (2014). Forschung zur kulturellen Bildung. München: kopaed.
- Lieberman, M. et al. (1973) Encounter Groups: First Facts. New York: Basic Books.
- Lienert, G.A. Raatz, U. (1998) Testaufbau und Testanalyse. Weinheim, Basel: Beltz.
- Limberg, R. (2006) Evaluation in der Kunsttherapie: Die Objektivierung des Subjektiven? Musik-, Tanz- und Kunsttherapie. 17 (3), S. 117–123.
- Linnell, S. (2010) Art psychotherapy & narrative therapy. [Sharjah, U.A.E.]: Bentham Science Publishers.
- Lüdeke, M. (2010) Objektbeziehungstheorie & Kunsttherapie bei Anorexia mit Body-Image-Störung. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Lubbers, D. (1991) Treatment of women with eating disorders In Landgarten, H. Lubbers, D. (Hg.): Adult art psychotherapy (49-82). Issues and applications. New York: Brunner /Mazel.
- Mack, W. (2013) Bildung und Bewältigung bei prekären Übergangsprozessen In: Ahmed, S. Pohl, A. v. Schwanenflügel, L. Stauber, B. Bildung und Bewältigung im Zeichen von sozialer Ungleichheit (S.122-139). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- MacNiff, S. (2009) Art-based research. (Printed digitally . Aufl.). London: Kingsley.
- Makin, S.R. (2000) More than just a Meal. The Art of Eating Disorders. London.
- Mander, J. Schlarb, A. Teufel, M. Keller, F. Hautzinger, M. Zipfel, St. Wittorf, A. Sammet, I. (2014) Individual Therapy Process Questionnaire. Clin. Psych. Psychoth. DOI:10.1002/cpp.1892
- Mander, J. (2015) Typische Phasen des therapeutischen Prozesses unter der Perspektive von Prochaskas Transtheoretischem Modell und Grawes Allgemeiner Psychotherapie In Sammet, I. Dammmann, G Schiepek, G. Der psychotherapeutische Prozess (18). Kohlhammer: Stuttgart.
- Martius, Ph. Marten, D. (2014) Kunsttherapie. Psychotherapeut, 59. S. 329–343.
- Matto, H. (1997) An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. The Arts in psychotherapy, 24. S. 347–354.

- Mayring, P. (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2007) Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick, U. Kardorff von, E. Steinke, I. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 468–475). Reinbek: Rowohlt.
- Mayring P. (2010) Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. BELTZ-Verlag, Weinheim, Basel, 11. Auflage.
- Mead, G. H. (1903) The Definition of the Psychical.
- Menzen, K.-H. (2013) Kunsttherapie in der Sozialen Arbeit. Dortmund: modernes lernen.
- Mersch, D. (2001) Asthetik und Responsivität. Zum Verhältnis von medialer und amedialer Wahrnehmung. In Fischer-Lichte, Erika u.a. (Hrsg.): Wahrnehmung und Medialität (S. 273–300). Tübingen/Basel: Francke.
- Miethe, I. Müller, H.R. (2010) Qualitative Bildungsforschung und Bildungstheorie. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Mollenhauer, K. (1988) Ist ästhetische Bildung möglich? Zeitschrift für Pädagogik, 34. S. 443–461.
- Mollenhauer, K. (1990) Aesthetische Bildung zwischen Kritik und Selbstgewissheit. Zeitschrift für Pädagogik, 4. S. 481–494.
- Mollenhauer, K. (1995) Grundfragen der ästhetischen Bildung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Moser, A. (2012) Die Wirksamkeit und Wirkungsweise der Kunsttherapie in ambulanten Gruppen. Dissertationsschrift Universität Ulm.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.) (2007) Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Heidelberg: Springer.
- Müller, M. Kluwe, S. (2012) Identitätsentwürfe in der Kunstkommunikation. Berlin, New York: Walter De Gruyter.
- Mummendey, H. (1987) Die Fragebogen-Methode. Göttingen: Hogrefe.
- Nohl, A. M. (2013) Spontane Bildungsprozesse: Lebensbewältigung auf Umwegen In Ahmed, S. Pohl, A. Schwanenflügel, v. L. Stauber, B. (Hrsg.) Bildung und Bewältigung im Zeichen sozialer Ungleichheit (S.47-68). Weinheim: Beltz Juventa.
- Nussbaum, M. (1999) Gerechtigkeit oder Das gute Leben. (Dt. Erstaug., 1. Aufl., 6. [Dr.] . Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (1991) Genetischer Strukturalismus und das sozialwissenschaftliche Problem der Erklärung der Entstehung des Neuen. In: Müller- Dohm, St. (Hrsg.) Jenseits der Utopie.Theoriekritik der Gegenwart. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S.267-336.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. Parks, B.K. (1994) Process and outcome in psychotherapy In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). Handbook of psychotherapy and behaviour change (S. 270–276). New York: Wiley.
- Oster, J. (2010) Forschung in der Kunsttherapie - Ballast oder Bereicherung? Kunst und Therapie. 2, S. 19–24.
- Otto, G. (1994) Das Ästhetische ist „Das Andere der Vernunft“. Der Lernbereich Ästhetische Erziehung. Friedrich Jahresheft, S.56-58.
- Otto, H.-U. (2007) Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit- Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe -AGJ.
- Otto, H.-U. Ziegler, H. (2008) Capabilities — Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Overall, J. und Beller, S. (1984) The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) in geropsychiatric research: I. factor structure on an inpatient unit. The journals of gerontology. 2, S. 187–193.
- Palazzoli, M. Cirillo, S. Selvini, M. Sorrentina, A.M. (1999) Anorexie und Bulimie. Neue familientherapeutische Perspektiven. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Peez, G. (2003). Ästhetische Erfahrung -Strukturelemente und Forschungsaufgaben im erwachsenenpädagogischen Kontext In Nittel, Dieter/ Seitter, Wolfgang (Hg.): Die Bildung des Erwachsenen. Erziehungs- und sozialwissenschaftliche Zugänge. Festschrift für Jochen Kade (S. 249-260). Bielefeld: Bertelsmann. <http://www.georgpeez.de/texte/kade.htm>. Zuletzt aufgerufen am 13.01.2015.
- Peez, G. (2003) Evaluation ästhetischer Erfahrungs- und Bildungsprozesse. München: kopaed.

- Peez, G. (2009) Kunstpädagogik In Bockhorst, H. Reinwand, V. Zacharias, W. Kulturelle Bildung (S. 437–442). München: kopaed.
- Peters, M. (2012) Kunst und biographische Entwürfe aus kunstpädagogischer Sicht. In Müller, M. Kluwe, S. Identitätsentwürfe in der Kunstkommunikation (S. 175–188). Berlin; New York: Walter De Gruyter.
- Petersen, P. (2011) Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Wiesbaden: Reichert.
- Pfammatter, M. Junghan, U. Tschacher, W. (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. Psychotherapie. 1 Band 17, S. 17–31.
- Plecity, M. (2006) Die Auswirkung der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten- eine quantitative und qualitative Studie. Ulm: Dissertationsschrift.
- Poetsch, S. (2010) Erfahrungen von Patienten mit der Kunsttherapie in einer psychosomatischen Klinik. Ulm: Dissertationsschrift.
- Posselt, S. (2013) Reflexion von Bildungstheorien im Kontext von Kunst und Pädagogik. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Prochaska, J.O. Norcross, J.C. (2010) Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (7 ed.) Belmont, CA US: Thomson Brooks/ Cole Publishing CO.
- Raab-Steiner, E. Benesch, M. (2012) Der Fragebogen. (3., aktualisierte und überarb. Aufl. . Aufl.). Wien: Facultas-Verl.
- Ramachaudran, V.S. (1994) Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press.
- Rammstedt, B. (2010) Reliabilität, Validität, Objektivität. In Wolf, Ch. Best, H. Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse (S. 239-258). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss..
- Rausch, R.-Y. (1999) Identität - ein Gestaltungsexperiment. Oldenburg: Bibliotheks- u. Informationssystem d. Univ. Oldenburg.
- Reed, J. (2000) Client satisfaction with psychotherapy: what are clients really try to tell us? Diss Abstr Int 60 (12): 6380-B.
- Rehavia – Hanauer, D. (2003) Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. The Arts in psychotherapy, 30. S. 137–149.
- Reiners, A. (1995) Erlebnis und Pädagogik: Praktische Erlebnispädagogik. München:
- Reynolds, M. Nabors, L. & Quinlan, A. (2000) The effectiveness of art therapy: Does it work? Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. 17(3), S. 207–213.
- Richard, R. (2003) Der Roman als Mittel zur Erlösung aus der Selbstbezogenheit In Küpper J. Menke, Ch.: Dimensionen ästhetischer Erfahrung (S.49–66). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Richter, H.-G. (1981) Geschichte der Kunstdidaktik. Düsseldorf: Schwann.
- Richter, H.-G. (1984) Pädagogische Kunsttherapie. Grundlagen, Didaktik, Anregungen. Düsseldorf: Schwann.
- Richter, H.-G. (2011) Pädagogische Kunsttherapie. (4 . Aufl.). Hamburg: Kovač.
- Rittelmeyer, C. (2009) Die Erforschung von Transferwirkungen künstlerischer Tätigkeiten. In: Bockhorst, H. Reinwand, V. Zacharias, W. (2012) Handbuch Kulturelle Bildung (S. 928–930). München: kopaed.
- Rittelmeyer, C. (2011) Warum und wozu ästhetische Bildung? 1. Auflage. Oberhausen: Athena.
- Rittelmeyer, C. (2012) Warum und wozu ästhetische Bildung? Oberhausen: Athena.
- Rittelmeyer, C. (2013) Transferwirkungen künstlerischer Tätigkeiten. Ihre kritische Kommentierung durch eine umfassende Theorie ästhetischer Bildung. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 16, S. 217-231.
- Rittelmeyer, C. (2014) Bildende Wirkungen künstlerischer Erfahrungen In Harmer, G. (Hrsg.) Wechselwirkungen. Kulturvermittlung und ihre Effekte (S.15-28). München: kopaed.
- Rodi, F. (1969) Morphologie und Hermeneutik. Zu Methode von Diltheys Ästhetik. Stuttgart
- Rössler, W. Matter, B. (2013) Kunst- und Ausdruckstherapien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rubin, J. (2012) Approaches to Art Therapy. (2 . Aufl.). Hoboken: Taylor and Francis.
- Rudnitzki, G. Körtel, B. Tschuschke, V. (1998) Gruppenanalyse und Adoleszenz. Gruppenanalyse. 8, S. 149–163.

- Rudolf, G. (1981) *Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Weinheim: Beltz.
- Rudolf, M. und Müller, J. (2012) *Multivariate Verfahren*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Rudowski, T. (2011) *Scientific bases of artistic education with art-therapy*. Warsaw: Warsaw Univ. Inst. of Social Prevention and Resocialization.
- Rusted, J. (2006) A Multi- centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *The Group- Analytic Society*. 39, S. 517–536.
- Sabisch, A. (2009) *Aufzeichnungen und ästhetische Erfahrungen*. Hamburg: University Press.
- Sammet I, Schauenburg H. (1999) *Stationserfahrungsbogen*. Weinheim: Beltz.
- Sammet I, Schauenburg H. (2002) *Stationserfahrungsbogen*. In Brähler, E. Schumacher, J. Strauß, B. (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 304-307). Göttingen: Hogrefe.
- Sammet, I. (2012) *Esstörungen in der Adoleszenz und ihre Behandlung* In Grimmer, B. Sammet, I. Dammann, G. *Psychotherapie in der Spätadoleszenz* (S.119-131). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sammet, I. (2015) *Warum es dem Patienten plötzlich besser geht: Therapeutischer Prozess und therapeutische Beziehung unter tiefenpsychologischem und synergetischem Blickwinkel* In Sammet, I. Dammmann, G Schiepek, G. *Der psychotherapeutische Prozess* (S. 183-194). Kohlhammer: Stuttgart.
- Saunders, E. (2000) *Evaluation the effectiveness of art therapy through a quantitative, outcomes- focused study*. Vol.27 no.2, S. 99–106.
- Schaverien, J. (1995) *The picture as transactional object in the treatment of anorexia* In Dokter, D. *Arts Therapies and Clients with Eating Disorders* (S. 31–48). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Schmidt, Ch. (2010) *Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews* In Friebertshäuser, B. Langer, A. Prengel, A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S.473-486). Weinheim, München: Juventa.
- Schneider, K. (1998) *Clients` perceptions of the positive and negative characteristics of their counselors*. Diss Abstr Inter 45 (10):3345-B. Hochschulschrift.
- Schneider, S. Heidenreich, T. (2011) *Therapie und Soziale Arbeit* In: Otto, H.-U. Thiersch, H. (Hrsg.) *Handbuch Soziale Arbeit* (S.1661-1669). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schröer, W. Stauber, B. Walther, A. Böhnisch, L. Lenz, K. (2013) *Handbuch Übergänge*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schulze, C. (2004) *Konstruktion – Kommunikation – Therapie Studien zur systemtheoretischen Grundlegung der Kunsttherapie*. Dissertationsschrift der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.
- Schulze, C. (2007) *Biografiearbeit und Biografieforschung in der Kunsttherapie* In Hampe, R./ Stadler, P. (Hg.): *„Grenzüberschreitungen“: Bewusstseinswandel und Gesundheitshandeln* (S. 303-316). (Tagungsband des IGKGT/IAACT). Berlin: Frank & Timme.
- Schweiger, U. (2008) *Psychische Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen*. In Herpertz, St. Zwaan, M.d. & Zipfel, St. *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 106–111). Heidelberg: Springer.
- Seel, M. (2003) *Ästhetik des Erscheinens*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Seligmann, M. (1997) *Die Effektivität von Psychotherapie*. *Integrative Therapie*, 22(4).S. 264–287.
- Selle, G. und Aissen-Crewett, M. (1990) *Experiment ästhetische Bildung*. (Originalausg. . Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Selle, G. und Mayer, B. (1994) *Betrifft Beuys*. (Orig.-Ausg. . Aufl.). Unna: LKD-Verl.
- Senf, W. (1990) *Was hilft in der analytischen Psychotherapie? Rückblicke ehemaliger Patienten*. In Tschuschke, V. *Psychotherapie - welche Effekte verändern?* (S. 31–53). Berlin u.a: Springer.
- Shusterman, R. (1994) *Kunst Leben*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Shusterman, R. (2008) *Body Consciousness*. Cambridge: University Press.
- Siegmund, J.( 2006). *Das Kunstwerk zwischen Produktion und Rezeption. Zur Reichweite des Begriffs ästhetische Erfahrung und zu seiner reduktionistischen Fassung in rezeptionsästhetischen Theorie*. Sonderforschungsbereich

626 (Hrsg.) Ästhetische Erfahrung: Gegenstände, Konzepte, Geschichtlichkeit. Berlin. [http://www.sfb626.de/veroeffentlichungen/online/aesth\\_erfahrung/aufsaeetze/siegmund.pdf](http://www.sfb626.de/veroeffentlichungen/online/aesth_erfahrung/aufsaeetze/siegmund.pdf) Zuletzt aufgerufen am 13.01.2015.

Sinapius, P. (2010) Ästhetik therapeutischer Beziehungen. Aachen: Shaker Verlag.

Slayton, S. D `Archer, J. Kaplan, F. (2010) Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. 27 (3), S. 108–118.

Spreti, F. und Martius, P. (2013) Kunsttherapie: Geschichte, Ansätze, Wirkweisen In Rössler, W. Matter, B. Kunst- und Ausdruckstherapien (S. 231–243). Stuttgart: Kohlhammer.

Stauber, B. (2004) Junge Frauen und Männer in Jugendkulturen. Selbstinszenierungen und Handlungspotentiale. Opladen: Leske & Budrich.

Stauber, B. Pohl, A. Walther, A. (2007) Subjektorientierte Übergangsforschung. Weinheim, München: Juventa.

Stauber, B. Pohl, A. Walther, A. (2007a) Ein neuer Blick auf Übergänge junger Frauen und Männer In Stauber, B. Pohl, A. Walther, A. Subjektorientierte Übergangsforschung. (S.7-18). Weinheim, München: Juventa.

Stauber, B. Walther, A. (2007b) Subjektorientierte Übergangsforschung: methodologische Perspektiven In Stauber, B. Pohl, A. Walther, A. Subjektorientierte Übergangsforschung. (S.41-63). Weinheim, München: Juventa.

Stauber, B. (2007c) Germany's Next Topmodel. Vom Heulen und Zähneklappern und dem medialen Umgang mit Selbstinszenierungen. Betrifft Mädchen (3). S. 100–107.

Stauber, B. Walther, A. Pohl, A. (2011) Jugendliche Akteurinnen In Pohl, A. Stauber, B. Walther, A. (Hg.) Jugend als Akteurin sozialen Wandels. Veränderte Übergangsverläufe, strukturelle Barrieren und Bewältigungsstrategien. (S.21-47). Weinheim u. München: Juventa.

Stauber, B. (2012) Schlanke Mädchen- Kein Problem? In Zeller, K. Wer bin ich? - Ich bin wer! (S. 27–37). Tübingen: DGVT-Verl.

Stauber, B. (2013) Selbstinszenierung als Gestaltung von Übergängen. In Schröer, W. Stauber, B. Walther, A. Böhnisch, L. Lenz, K. Handbuch Übergänge (S. 526-543). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Steinke, I. (2007) Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U. Kardorff von, E. & Steinke, I. (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (S.319-331). Reinbek: Rowohlt.

Strauß, B. und Burgmeier-Lohse, M. (1994) Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. 44, S. 184–192.

Strauß, B. (1996) Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Opladen: Westdt. Verl.

Thole, W. (2010) Grundriss soziale Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

Thomas, T. (2007) Heidis Girls und Popstars-Mädchen: Inszenierte Lebensträume und harte (Körper-) Arbeit. Betrifft Mädchen (3). S.108-114.

Titze, D. (2013) Kunst und Kreativität. In Rössler, W. Matter, B. Kunst- und Ausdruckstherapien (S. 55–65). Stuttgart: Kohlhammer.

Treptow, R. (2012) Wissen, Kultur, Bildung. Weinheim: Beltz Juventa.

Tschuschke, V. (1989) Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik. 25, S. 60–78.

Tschuschke, V. (1990) Psychotherapie - welche Effekte verändern? Berlin u.a: Springer.

Tschuschke, V. Agazarian, Y. (2001) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Tüpker, R. (2011) Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung In Petersen, P. Forschungsmethoden künstlerischer Therapien (S. 89–104). Wiesbaden: Reichert.

Tuschen-Caffier, B. (2008) Körperbildstörungen In Herpertz, St. Zwaan, M. de. St. Zipfel (2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 82–86). Heidelberg: Springer.

Tschacher, W. Endtner, K. (2007) Therapiesitzungsbogen für Patienten und Therapeuten. Forschungsbericht der Abteilung für Psychotherapie Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.

- Vocks, S. Joomann, J. Kosfelder, J. Meyer, F. (2005) Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie- Ein Vorschlag. In Kosfelder, J. Michalak, J. Vocks, S. & Willutzki, U. Fortschritte der Psychotherapieforschung (S. 89–112). Göttingen: Hogrefe.
- Vollmann, K. (2009) Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung relevanter Therapiebedingungen (FERT). Dissertationsschrift Universität Tübingen.
- Waldenfels, B. (2002) Bruchlinien der Erfahrung. Frankfurt am Main:
- Waldenfels, B. (2006) Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden. Suhrkamp.
- Walther, A. Stauber, B. (2007a) Übergänge im lebenslauf und Biographie In: Stauber, B. Pohl, A. Walther, A. Subjektorientierte Übergangsforschung (S.19-40). Weinheim, München: Juventa.
- Walther, A., Walter, S., & Pohl, A. (2007b ). „Du wirst echt in eine Schublade gesteckt...“.  
Junge Frauen und Männer im Übergangssystem zwischen Wahlbiographie und Cooling-Out. In B. Stauber, A. Pohl & A. Walther (Hrsg.), Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener (S. 97-127). Weinheim & München: Juventa.
- Wichelhaus, B (2006) Die Therapie in der Pädagogik- Kunsttherapie in pädagogischen, sozialen und klinischen Anwendungsbereichen. Ottersberg: PDF zum Vortrag am 18.05.2006.  
[http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kunsttherapieforschung.de%2Fstatic%2Fdownload.php%3Fdatei%3D%2Fdownloads%2Fvortraege%2Fvortrag\\_Wichelhaus.pdf&ei=xBGgU\\_i6H6HA7Aa4qYCICg&usq=AFQjCNHdkF3x1uhPgCfCEL49iYYmi\\_jLcg](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kunsttherapieforschung.de%2Fstatic%2Fdownload.php%3Fdatei%3D%2Fdownloads%2Fvortraege%2Fvortrag_Wichelhaus.pdf&ei=xBGgU_i6H6HA7Aa4qYCICg&usq=AFQjCNHdkF3x1uhPgCfCEL49iYYmi_jLcg) zuletzt aufgerufen am 13.01.2015.
- Winner, E. (2014) Was kann Kulturvermittlung bewirken? In Hamer, G. Wechselwirkungen (S. 29–47). München: kopaed.
- Wirtz, M. Nachtigall, Ch. (2004) Deskriptive Statistik. (3. Auflage . Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Wittchen, H.-U. et al. (1997) SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I. Göttingen: Hogrefe.
- Wolff, H.-G. & Bacher, J. (2010) Hauptkomponentenanalyse und explorative Faktorenanalyse. In Wolf, C. H. Best (Hrsg.). Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse (S.333-365). Wiesbaden: VS.
- Wood, M. (1996) Art Therapy and Eating Disorders. Theory and Practice in Britain. Inscape, 8 (1). (S.44-45)
- Wünsche, K. (1989) Bauhaus: Versuch das Leben zu ordnen. Berlin.
- Yalom, I. (1985) The Theory and practice of group psychotherapy. (3. ed . Aufl.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2007; 2012: 11. Aufl.) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zacharias, W. Ästhetisches Lernen 2.0. Kulturelle Bildung in einer technisch- medialen Welt In Faas, St. Zipperle, M. Sozialer Wandel (S.113-126). Springer VS.
- Zeeck, A. (2012) Gruppentherapie bei Essstörungen In Strauß, B. Mattke, D. Gruppenpsychotherapie. Springer – Verlag Berlin Heidelberg.
- Zeller, K. Lohner, E.M. Kottmann, R. (2012) Wer bin ich? - Ich bin wer! Essstörungen verstehen, verhindern und überwinden. Tübingen: DGVT-Verl.
- Zerssen, D. (1975-1976) Paranoid-Depressivitäts-Skala und Depressivitäts-Skala. Weinheim: Beltz Test.
- Zerssen, D. Koeller, D.-M. (1976) Die Beschwerden-Liste. Weinheim: Beltz Test.
- Ziegler, H. Schrödter, M. Oelkers, N. (2010) Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischer Gerechtigkeitsperspektive In Thole, W. Grundriss soziale Arbeit (S. 297–310). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Ziegler, H. Schrödter, M. Oelkers, N. (2012) Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive In Thole, W. Grundriss der Sozialen Arbeit (S. 297-310). 4. Auflage. Wiesbaden:VS Verlag.
- Zimmer, M. (1992) Die therapeutische Wirksamkeit von Maltherapie im Rahmen eines sechs- bis achtwöchigen stationären Aufenthaltes. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie. 3, S. 221–224.
- Zipfel, St. Wild, B. Groß, G. et al (2014) Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet. 383, S. 127–137.



Zirfas, J. Klepacki, L. (2013) Skizze zur Historiographie der Ästhetischen Bildung. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. 16, S. 7–25.

## Anhang

Qualitativer Teil

Leitfaden für die Interviews:

| Leitfrage   | Check   | Konkrete Fragen  | Aufrechterhaltungsfragen  |
|---|---|--|---|
| <p>Einstieg:</p> <p><b>Sie haben für unser Gespräch jetzt diese Gestaltungen mitgebracht - wollen Sie mir hierzu gerne erzählen, was Sie in der Kunsttherapie erlebt haben? Sie können alles erzählen, was Ihnen dazu einfällt. Nehmen Sie sich soviel Zeit, wie Sie möchten.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablauf der Kunsttherapiestunde</li> <li>• Entstehungsprozess der Gestaltungen</li> <li>• Beschreibung der entstandenen Werke</li> <li>• Erfahrungen, Erkenntnisse?</li> <li>• Beziehung zur Kunsttherapeutin?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie vom Ablauf einer Kunsttherapiestunde berichten?</li> <li>• Erzählen Sie doch einmal, wie die Gestaltungen entstanden sind.</li> <li>• Beschreiben Sie doch einmal Ihre Gestaltungen.</li> <li>• Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?</li> <li>• Welche Rolle spielte die Kunsttherapeutin für sie?</li> </ul> | <p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?<br/>Können Sie ein Beispiel nennen?</p> <p>Wie war das so...?</p> <p>Gibt es da eine konkrete Situation an die sie sich erinnern können?</p> |
| <p><b>Erzählen Sie doch einmal etwas über die Kunsttherapie - Gruppe</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestaltungen der Gruppenmitglieder</li> <li>• Teil der Gruppe zu sein</li> <li>• Lernen von anderen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie einmal die Besprechungen in der Gruppe zu den Gestaltungen schildern?</li> <li>• Was wurde dort so thematisiert?</li> </ul>  | <p>Wie war das bei anderen so?</p> <p>Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber..</p>  |
| <p>Abschluss:</p> <p><b>Welche Veränderungen haben sie in der Kunsttherapie in Bezug auf sich selbst wahrgenommen?</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderungen bereits erwähnt?</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was können Sie aus der Kunsttherapie für Ihre Zukunft mitnehmen?</li> <li>• Gibt es noch etwas, was Sie hinzufügen möchten?</li> </ul>  | <p>Inwieweit spielt das eine Rolle?</p>   |

Transkriptionsregeln:

nach: <https://www.ph-ludwigsburg.de/uploads/media/transkriptionsregeln.pdf>  
zuletzt abgerufen am 08.01.2015 und eigene Modifikation (Stand 2010)

**Formatierungen:**

Schrift: Tahoma Punkt 9, Zeilenabstand einfach. Zwischen Interviewpartner Absatz.

**Textkennzeichnung:**

I:- Interviewer

P:- Patientin

Keine Anführungsstriche für Fragen und Antworten.

In () - außersprachliche Handlungen

Hörersignale werden als normaler Text wiedergegeben

Mh, mhm - Zustimmung

Äh, ähm -Verzögerungssignale

die=die=die - Stottern

Falsche Ausdrücke werden falsch wiedergegeben, Dialekt wurde beibehalten

. – Pause 1 Sekunde

..- Pause 2 Sekunden

...Pause 3 Sekunden

(Lange Pause) - über 3 Sekunden

# - Anonymisierung des Namens

Interview Frau X:

{ 1} I: Schön, dass sie sich bereit erklärt haben zu dem Interview. Des, ers mal vorneweg.  
{ 2} 00:00:39-0  
{ 3}  
{ 4} P: (lacht) 00:00:39-0  
{ 5}  
{ 6} I: Ähm, die Frau # hat ihnen glaub ich schon n bissle was g´ sagt. Grob, um was  
{ 7} es= um was es gehen soll. 00:00:46-4  
{ 8}  
{ 9}  
{ 10} P: Ja, allerdings net = net so genau,  
{ 11} Also sie hat halt gesagt so wie, es geht darum wie i die Kunsttherapie erlebt han.  
{ 12}  
{ 13} I: Genau und dazu haben sie ja jetzt die Sachen mit ´bracht und vielleicht können Sie einfach  
{ 14} anfangen zu erzählen, und = und vielleicht einfach von dem Zeitpunkt an, wo sie mit der  
{ 15} Kunsttherapie begonnen haben, dass sie einfach mal erzählen alles was ihnen dazu einfällt,  
{ 16} von ganz ...vielleicht vom = vom = vom ersten Mal , von der ersten Sitzung, bis heute und  
{ 17} ich würd sie einfach zuerst mal nich unterbrechen, und mir nur mal ein paar Notizen machen  
{ 18} und später dann nachfragen 00:01:24-8  
{ 19}  
{ 20}  
{ 21} P:ok. Ähmm..also es war so, also der Stein war des erste was i gemacht han, und ähm..also  
{ 22} beimir wars..ss.ss..ääh.. so dass ich ähm..also den Stein geschafft han, da hat des einfach  
{ 23} rein die Tätigkeit hat mir unheimlich gut getan, also ich han da jetzt wirklich irgendwie immer  
{ 24} an = an gar nichts anderes gedenkt, sondern han immer es war einfach so= so=  
{ 25} abschalten.  
{ 26} I: mmh..mmh  
{ 27} P: und des hat mir, ähm wie gsagt, i.. bin ich also bin immer ganz total gern in  
{ 28} Kunsttherapie gangen. Da han i mich echt immer total g´freut. Und ähm.ja wie gsagt des war  
{ 29} sowas, mehr als in allen anderen Therapien wo ich einfach gmerkt han i werd da total ruhig,  
{ 30} mich kümmert überhaupt gar nichts mehr  
{ 31} I: mh  
{ 32} P: ich mach jetzt des und fertig.  
{ 33} I: mh 00:02:30-0  
{ 34}  
{ 35} P: Und des war halt was, was= was ich ähm speziell am anfang von=von .. der Therapie  
{ 36} hier überhaupt nimmer irgenwie kannt han,so sich so ganz irgenwie mit was beschäftigen  
{ 37} und dabei abschalten, praktisch oder sich halt gedanklich mit dem besch..befasse was man  
{ 38} macht.  
{ 39} I: mh, ...ja...ja 00:02:52-0  
{ 40}  
{ 41}  
{ 42} P: Ja....  
{ 43} I: mh!  
{ 44} P: Und also es ist so, das i scho, dass i schon früher eigentlich sehr gern...ff...irgendwie so  
{ 45} gestalterisch irgenwas was gemacht han oder auch gemalt han, und ja ich han aber  
{ 46} dahoim die zeit net gnommen und ich hat auch net die ruhe gehabt des zu machen  
{ 47} I: ok 00:03:12-9  
{ 48}  
{ 49} P: , ja.. und .....lange Pause...ja beim beim malen von denne Bilder..(lacht).. war des  
{ 50} immer genau au so, also i hän halt, bin meistens scho in in ... komme und wusst genau  
{ 51} schon was i mache will.  
{ 52} I: mh, ok.  
{ 53} P: lacht.. war dann auch schon ziemlich motiviert und des hat mir dann immer total spass  
{ 54} gmacht und... normalerweise war s so, wars eigentlich so, dass i...ähm ich han des au  
{ 55} wirklich zur Frau KT gesagt..., ähm wenn i was anfang, wenn ich ein Bild anfang, dann  
{ 56} muss es auch fertig werden.  
{ 57} I:mmh  
{ 58} P: Also mir fällt es total schwer, dann so ein halb fertiges Bild, ..(lacht)..da aufzuhören und  
{ 59} ähm, am nächsten mal wieder des nee ...also des wieder anfangen isch eigentlich net  
{ 60} schwierig, aber irgendwie wenn ich denk, ich bin da jetzt richtig, richtig drin. Ich muss des  
{ 61} jetzt fertig machen, dann plötzlich aufhören zu müssen. Also es gibt des des Bild mit dem  
{ 62} Blumenstrauß, des han i auf jeden Fall zweimal in arbeit gehät, wenn nicht sogar dreimal.

{ 63} I: und zweimal heisst?..in zwei  
 { 64} P: ...in zwei  
 { 65} I: zu zwei verschiedenen Zeitpunkten, zwei verschiedene sitzungen  
 { 66} P: genau 00:04:36-9  
 { 67} zu zwei verschiedenen Sitzungen 00:04:38-5  
 { 68}  
 { 69}  
 { 70} I: O.k. 00:04:38-5  
 { 71}  
 { 72} P: und ähm der Baum, des war auch zweimal.. den hab ich auch zweimal bearbeitet. Und  
 { 73} zwar da wars so, dass ich erst auf nem kleinen Blatt anfangen han, und da war der  
 { 74} Baum irgendwie zu groß. Ähm und dann han i halt des nächste Mal des Blatt wieder.. also  
 { 75} des andere drunter geklebt und den vergrößert....Ja....( Lange Pause)... Ja.... (Lange Pause)  
 { 76} 00:05:09-1  
 { 77}  
 { 78} P: und zwischen durch han i dann mal den Stein hier gemacht...(Stellt den Stein sichtbar für  
 { 79} beide auf den Tisch) Hm, des war irgendwie so ...sollt eigentlich so darstellen auf der einen  
 { 80} Seite das Weiche, Runde und auf der anderen Seite das Eckige, Kantige. 00:05:26-9  
 { 81}  
 { 82}  
 { 83} I: Mh 00:05:26-9  
 { 84}  
 { 85} P: (lacht kurz) und des war irgendwie..ähm... (lange Pause) desss..von allen sachen die ich  
 { 86} gemacht han, war des wo mich irgendwie am wenigste begeistert hat. (lacht) 00:05:41-5  
 { 87}  
 { 88}  
 { 89} I: Mh 00:05:41-6  
 { 90}  
 { 91} P.: I weiss es et warum, ich war da von Anfang an, also - am Anfang han i irgendwie luscht  
 { 92} g'hätt und dann hän i irgendwie gesehen, ää es wird sowas komisches und so ..ähm  
 { 93} (schiebt den Stein herum).. ja..also es war ursprünglich war des viel größer die Seite und  
 { 94} dann han i irgendwie weggemacht und weggemacht und han net gewisst was i mache soll  
 { 95} und hä (lacht) und dann is zum Schluss des rauß gekommen, aber es hat mir irgendwie. i  
 { 96} han mich mit dem nie so richtig angefreundet. 00:06:12-3  
 { 97}  
 { 98}  
 { 99} P: ja...(sehr lange Pause 8sec.) 00:06:23-6  
 { 100}  
 { 101}  
 { 102} P:...und.. bei denen zwei sachen, des waren beides mal in so äh in...ääf (atmet aus) des  
 { 103} eine war an Himmelfahrt und des andere an Fronleichnam, da gabs die Möglichkeit dass  
 { 104} man einfach so was selber was macht. 00:06:36-8  
 { 105}  
 { 106}  
 { 107} I: aha, ok. 00:06:36-8  
 { 108}  
 { 109}  
 { 110} P: und da han i die zwei Sachen gemacht. 00:06:38-1  
 { 111}  
 { 112}  
 { 113} I: und die zwei sind des was sie da in der Hand haben und dann des noch 00:06:41-3  
 { 114}  
 { 115}  
 { 116} P: Die Schildkröte, genau. 00:06:44-9  
 { 117}  
 { 118}  
 { 119} I: aah, ok. 00:06:44-9  
 { 120}  
 { 121}  
 { 122} P: und des war (lacht) au so, des war au so, da bin i komme mit der Idee und dann han i  
 { 123} gwisst des muss jetzt irgendwie fertig werden. (lacht)...und ääh...Ja 00:06:54-7  
 { 124}  
 { 125}  
 { 126} I: Mmh ( lange pause) 00:06:59-8  
 { 127}

{ 128}

{ 129} P:also i bin dann da au eher, neigt dann schon dazu, ..ähm .. jetzt zu sagen ja mann könnt

{ 130} da vielleicht des no, des ein oder andere bissele besser machen oder so, aber mir isch es

{ 131} dann wichtiger, dass zum Abschluss zu bringen. Et ewig lang da da rum zu machen. Also gut

{ 132} des is jetzt bei mir et bloß bei solchen Sachen so, des isch allgemein in= in...ääh.. ja auch

{ 133} wenn ich im Haus oder im Garten was schaff dann...hä (lacht)..wenn des dann fertig isch,

{ 134} dann isch es fertig und dann ähm .. wenn i dann irgendwie merk i han jetzt was weiss i, ich

{ 135} han dann nacher noch ein Termin, dann guck i dass es soweit fertig isch dass man es

{ 136} lassen kann, aber dann muss es au et 100 prozentig perfekt sein. so. 00:07:46-7

{ 137}

{ 138}

{ 139} I: Mh,...mh...( lange Pause) Vielleicht.. erzählen sie noch was über die Entstehung der

{ 140} anderen Bilder? 00:07:58-2

{ 141}

{ 142}

{ 143} P: ja, ähm... also..ss...(lange Pause) ääh.. des bunte Bild (stimme ganz hoch), des war

{ 144} einfach mal so... was wo ich einfach mal so drauf los gemalt han.. 00:08:19-3

{ 145}

{ 146}

{ 147} I: Mh...mh.. 00:08:27-8

{ 148}

{ 149}

{ 150} P: Ja, i han da, irgendwie han i mir da zunächst überlegt ob i da irgendwie mit den Fingern

{ 151} mal, und dann ähm hab ichs aber doch mit dem Pinsel gemacht. 00:08:31-7

{ 152}

{ 153}

{ 154} I: mh 00:08:32-5

{ 155}

{ 156} P: und..han dann , .ja des des war einfach sowas was gar nichts irgendwie ..ohne

{ 157} irgendwelchen Hintergedanke, da hasch einfach gmolt und da han i da unten wo dieses=

{ 158} dieses wellige isch, in der Ecke. da han = han i so mit dem Pinsel so gespielt und han dan

{ 159} denkt ja gut des sieht au net schlecht aus läsche grad mal so, ungefähr. 00:08:54-3

{ 160}

{ 161}

{ 162}

{ 163} P: und ähm...der Vulkan, da war i irgendwie, da bin i grad jetzt ganz erstaunt. I han des BILD

{ 164} gar net so= so gelungen in Erinnerung, aber irgendwie jetzt gefällt mir s eigentlich doch ganz

{ 165} gut. Ähm... da wollt i einfach so die..(lacht).. ääh... innere Explosion..zum Ausdruck bringen,

{ 166} so ein bissele. 00:09:33-9

{ 167}

{ 168}

{ 169} I: Mh.. 00:09:38-9

{ 170}

{ 171} P: ..genau...und ...ääh. ALSO des letzte Bild, des ich in der letzten Schtund gmacht han,

{ 172} war des mit dem Regenbogen..ähm...also scho so n bissele mit dem Hintergrundgedanke,

{ 173} ähm ja, also i geh ja jetzt morgen heim und so einfach die Hoffnung, dass es ..(lacht

{ 174} verlegen) dass es klappt. Was was i jetzt hier anfange han, oder dass ichs einfach so

{ 175} weitermachen kann. 00:10:07-5

{ 176}

{ 177}

{ 178} I: Mh..Mh..

{ 179} 613800>

{ 180}

{ 181} P: ..Ja und ähm...(lange Pause)...ää. Also, de..die Blumen, des han i eigentlich ähm, des

{ 182} han i einfach gmolt, (lacht) weil i einfach total gerne Blume mol und weil mir es einfach ganz

{ 183} arg Spaß gemacht hat dann des Bild zu molen. Also da hon i jetzt koine irgendwie ..pff..

{ 184} (atmet aus). (Es klopft und jemand kommt herein) 00:10:56-1

{ 185}

{ 186}

{ 187} P: also da wollt ich jetzt nicht irgendwie was ausdrücken oder so , aber es war halt so

{ 188} grundsätzlich , was ich vorher schon gsagt han, ähm , ja i han mich da total nei vertieft.. mit

{ 189} solchen Sachen...genauso mit dem Baum..also es war dann scho so n bissele die

{ 190} Standfestigkeit oder so, aber eigentlich (lacht) isch s halt so, dass i ..einfach. wie gsagt

{ 191} Blumen und Bäume des mach i, des mol i total gern. und dann..ja.. 00:11:43-5

{ 192}

{ 193}

{ 194} I: Jetzt seh i au grad, weil sie vorher gesaggt haben, sie haben auf nem kleineren Blattpapier

{ 195} angefangen. Des., jetzt, fällt mirs erst jetzt auf, dass des quasi , dass des erweitert

{ 196} wurde..mh! 00:11:46

{ 197}

{ 198}

{ 199} P: und des war eigentlich ganz..ganz komisch, i han den Baum, i han des Blatt ausgefüllt

{ 200} g´hät und da kam mir des irgendwie gar net so vor, dass der so arg, des war dann halt wie

{ 201} abgeschnitten ein bissle. Ähm, also gut, die Äste, die da drüber raußgemolt han, des han i

{ 202} dann schon erscht gemacht als des Blatt groß war, aber ..ähm i hätt den dann halt so

{ 203} gelassen auf dem kleinen Papier und dann ..ähm..hat Frau # gemeint, ja i könnt ja auch

{ 204} noch was drunter kleben. Und i bin jetzt echt froh drum, weil (lacht) , der hat echt total

{ 205} nequetscht aussehe. Des war überhaupt et=et, wie abschnitte halt, oder wie

{ 206} neidrukt...Ja. 00:12:26-8

{ 207}

{ 208}

{ 209} I: Ja..! Jetzt haben sie vorher gsagt, dass sie oft in die Kunsttherapie reingehen und

{ 210} eigentlich schon ne konkrete Idee haben oder genau wissen was sie wollen. Können Sie

{ 211} dazu einfach noch n bissle mehr erzählen? 00:12:42-6

{ 212}

{ 213}

{ 214} P: Ähh...wie i auf die Idee komme´ bin oder was i..? 00:12:47-2

{ 215}

{ 216}

{ 217} I: Zum Beispiel ja..! 00:12:47-2

{ 218}

{ 219}

{ 220} P: I weiß au net, (lacht etwas) I han mir des au ....oft han i mir des morgens im Bett

{ 221} überlegt, irgendwie. Aber wie..äh, wie i dann auf den oder den Gedanke komme bin, kann i

{ 222} jetzt au net so genau sagen. Also des war dann halt irgendwie ( irgendwas poltert im Raum)-

{ 223} huh was war das jetzt ? 00:13:08-6

{ 224}

{ 225}

{ 226} I: aa, das war des Kabel.. 00:13:08-6

{ 227}

{ 228}

{ 229}

{ 230}

{ 231} P:ja...also häufig wars eben, so dass i jetzt irgendwie denk han i muss da jetzt irgend eine

{ 232} Stimmung, die i jetzt gard han, durch irgend ein Bild darstellen, war eigentlich, ähh isch

{ 233} meistens net im Vordergrund gestanden. ..Außer vielleicht bei dem Vulkan. 00:13:37-1

{ 234}

{ 235}

{ 236} I: ok. Ok! haha. 00:13:41-4

{ 237}

{ 238}

{ 239} P: sondern da han i mir einfach überlegt was könnsch jetzt machen und so, zu was hasch

{ 240} Luscht? und ähm.. ja.. also i han, des Bild han i jetzt bloß oben, des war au no...des han i

{ 241} vergesse.. n Baum, der war aber mit Pastellkreide gemalt, und bei dem Baum, da wars so,

{ 242} da hats wirklich also da war davor ähm Stabilisierungsgruppe und da gibts, weiß net wisset

{ 243} sie des, diese Baumübung..? 00:14:09-9

{ 244}

{ 245}

{ 246} I: nee, kenn ich nicht. 00:14:09-9

{ 247}

{ 248}

{ 249} P: wo man sich dann eben vorstellt man isch da bei nem Baum und so und ähm..also so mit

{ 250} dieser Stabilisierungsgruppe, ich han da a bissle Probleme gehabt, des war irgendwie net

{ 251} so mei , mei Ding und aber diese Baumübung ..ja die hat mir irgendwie total gefallen, i weiß

{ 252} au et , aber es hängt wahrscheinlich au damit zusammen, weil i einfach ähm, Bäume sehr

{ 253} mag. 00:14:37-0

{ 254}

{ 255}

{ 256} P: und dann hat die Therapeutin, die die Gruppe gemacht hat gsagt: man soll sich ein

{ 257} konkreten Baum vorstellen, und dann han i mir halt ein ganz konkreter Baum vorgestellt und

{ 258} dann ääh, han i plötzlich gewusst ok. jetzt hasch ja anschließend (lacht) Kunst da musch jetzt  
 { 259} diesen Baum malen. Also da wars erst ganz kurz davor ersch wo i mich entschieden han,  
 { 260} aber sonst han ich ´s meistens ähm.. mir schon wie gsagt morgens im Bett überlegt.  
 { 261} 00:15:05-6  
 { 262}  
 { 263}  
 { 264} I: ok. Mh. Dann ham sie vorher gsagt, dass sie ähm..ganz ruhig werden wenn sie malen,  
 { 265} vielleicht können sie da einfach noch ein bissle mehr erzählen, also was quasi passiert, was  
 { 266} so ihre Erfahrung in der Kunsttherapie oder während dem Gestalten sind. 00:15:25-4  
 { 267}  
 { 268}  
 { 269} P: Also, es sich halt so dass ich da an nix anderes denk. ..also jetzt net an irgendwelche  
 { 270} phhh (atmet aus).. naja das man sich also, ja an ..i bin ja hier wegen ner Essstörung , klar da  
 { 271} kreisen dann viele Gedanken immer um= ums Essen oder was soll man essen oder was hat  
 { 272} man gegessen oder irgendsowas in der Richtung, wo man also so Gedanken wo ..ich als  
 { 273} ..unangenehm empfind. Also die= die= die will man eigentlich nich han die Gedanken und  
 { 274} die sind trotzdem einfach da ..und die lasset sich jetzt so normalerweis au schlecht  
 { 275} irgendwie unterdrücken. Und es gibt zum Beispiel Tätigkeiten, was weiß i, i han jetzt hier au  
 { 276} gestrickt oder so, aber da kann man einfach trotzdem an was anderes denken, da muss  
 { 277} man net so denke. Aber wenn i jetzt zum Beispiel, was gemalt han, jetzt zum Beispiel grad  
 { 278} die die Blumen oder den Baum, wo man sich dann wirklich au..(lacht) drauf konzentrieren  
 { 279} muss was man macht, dass= dass es so wird wie man es sich vorstellt...dann kann  
 { 280} man=kann man an nix anderes denken, weil sonst klappt des irgendwie net. Also man kann  
 { 281} net gleichzeitig irgendwie ähm.. die Blumen malen und an was anderes denken, weil des  
 { 282} ähm, ä (lacht) dann wirds nix. 00:16:49-7  
 { 283}  
 { 284}  
 { 285} P.: Also gut, bei dem= bei dem ..ähm..bunten Bild, bei sowas kann man dann schon eher  
 { 286} so, klar da vertieft man sich dann schon au in gewisser Weise, aber da isch s irgendwie et  
 { 287} so dass man sich .. das man sich wirklich mit ..de..ganz..ä..so gedanklich mit dem befasse  
 { 288} muss was man macht. 00:17:10-7  
 { 289}  
 { 290}  
 { 291} I: Mh..mh..ja. ...mh..(lange Pause) 00:17:21-2  
 { 292}  
 { 293}  
 { 294} I: Ok. und dann würd ich gerne noch was nachfragen, vorher ham sie noch gsagt, dass ähm,  
 { 295} ..das des ..für sie ganz wichtig is..mit nem Bild fertig zu werden. Vielleicht können sie auch  
 { 296} dazu einfach noch ein bisschen mehr erzählen. Zu dem Gefühl, oder wie des is...das es ja...  
 { 297} 00:17:48-6  
 { 298}  
 { 299}  
 { 300} P: ja, ähm...des is halt des, das ich ä Arbeit gerne abschließ, glaub ich. Also es isch jetzt net  
 { 301} die Schwierigkeit nächstes Mal wieder anzufangen..also wenn ich jetzt zum Beispiel  
 { 302} gewusst han, ok. ähm i han heut Kunst und i han da jetzt noch das Bild in Arbeit ähm, des  
 { 303} war kein Problem dass i dann sagen konnt, ok. i han da noch was mit dem mach i weiter,  
 { 304} des is net. Aber die Schwierigkeit isch ja eigentlich, bestand darin dass i einfach  
 { 305} (lacht)..jetzt da im Schaffen war und dann plötzlich muss i da jetzt unterbrechen. 00:18:27-5  
 { 306}  
 { 307}  
 { 308} I: Mh. Erinnern sie sich an ne konkrete Situation? Wo des so war? 00:18:33-4  
 { 309}  
 { 310}  
 { 311} P: Ähm, ...ja also zum Beispiel bei dem Baum , als der ..also klar des erste Mal war er auf  
 { 312} dem kleinen Blatt und dann ähm..äää...hat dann Frau G. gemeint ich kann den s nächste Mal  
 { 313} auf ei größeres machen ..und dann war des, wo ich des größere drunter geklebt hän, in der  
 { 314} Stund han i dann den Rescht einfach gemolt, au unten da war der war damals sonst au no  
 { 315} net ganz fertig, also da kam unten noch die Wiese und der Hintergrund und dann han i (lacht)  
 { 316} praktisch no no eine Minut oder zwei Minuten und dann war praktisch der Himmel noch  
 { 317} weiß. ..und dann ähm..han i so ganz schnell, schnell schnell halt so ä wässriges blau  
 { 318} gemacht und ähm...i han halt unbedingt wollen dass der Baum jetzt fertig, dass des Bild  
 { 319} fertig wird ..irgendwie und dann war des aber irgendwie technisch gar net so einfach , weil  
 { 320} des nämlich damit, i hans an der Wand hänge g´hät, weil des war zu groß zum auf dem  
 { 321} Tisch ausbreiten , des hat net funktioniert. und dann is es ja so, wenn man da mit ganz  
 { 322} wässriger Farbe ran geht, dann läuft des ja runter, (lacht) und dann bin i da, also da han i so,



{ 323} so ähm..ähm, ..wie sagt man, so ein Papierhandtuch genommen und han dann halt immer  
 { 324} gemalt und bissle so abgetupft , dass es erschtens heller wird und zweitens dass es net  
 { 325} runter läuft, und da bin i echt total in stress gekommen, weil da han i da immer gemolt und  
 { 326} tupft und eigentlich war die Zeit schon um ...und ähm..dann wars so zum Schluss, dass es  
 { 327} oben , also ganz oben ..(zeigt es am Bild) da wars halt noch ganz weiß ..und des war , da  
 { 328} bin i zuerst nakomme mit der Farbe, des war dann no relativ dunkelblau. 00:20:18-5  
 { 329}  
 { 330}  
 { 331} P: und ähm , (lacht), i han dann aber einfach denkt, ok. so läsch es jetzt. Da machsch jetzt  
 { 332} nächstes Mal nimmer weiter. Aber dann ..ähm ja hat mi Frau G. motiviert , hat gemeint, ja i  
 { 333} soll doch da nächstes Mal noch bissle was machen. Und ähm, ...da han i dann ja i han dann  
 { 334} nimmer viel gmacht , aber dann halt des blau noch ein bissle verdünnt , dass des a bissle  
 { 335} heller gworden isch und han oben den letzten Rest noch blau angemalt. Aber des war so  
 { 336} was da han i echt ..ja.. da wärs mir einfach lieber gewesen ich hätt, des jetzt voll fertig  
 { 337} machen können. 00:20:57-9  
 { 338}  
 { 339}  
 { 340} I: Mh..ok...und sie haben es dann in der zweiten Stunde fertig gestellt? 00:21:02-1  
 { 341}  
 { 342}  
 { 343} P: Ja, eigentlich in der i han, in der erste wars des kleine und in der zweite han ichs dann  
 { 344} aufgeklebt und han dann ..ähm erweitert sozusagen und dann han ich beim dritten mal, ja  
 { 345} des waren dann aber nur fünf Minuten, oder so. Oder zehn. Ich han da noch ä bissle was  
 { 346} gmacht. 00:21:23-0  
 { 347}  
 { 348}  
 { 349} P: Aber des war so was, des konnt ich dann irgendwie net, net so han. 00:21:24-6  
 { 350}  
 { 351}  
 { 352} I: Ok...Ok. 00:21:29-6  
 { 353}  
 { 354}  
 { 355} P: Aber des ghot eigentlich weniger ums ..also es isch einfach des Gefühl i ...i han was net  
 { 356} fertig gemacht..was i jetzt gern fertig mache würd. 00:21:43-6  
 { 357}  
 { 358}  
 { 359} I: ja...Vielleicht könnten sie mir noch ..so=nso ne Art, also mal von dem Ablauf in der  
 { 360} Kunsttherapiestunde berichten. Also ich bin ja gar net vom Fach ...(lacht) . Kanns mir auch  
 { 361} gar net vorstellen, wenn sie einfach mal erzählen , wie so ne Sitzung abläuft. 00:21:59-2  
 { 362}  
 { 363}  
 { 364} P: OK. Also, es isch ä Gruppe, mir sind da ja zum Schluss waren wir recht groß, weiss net  
 { 365} wieviel sind mer da , sieben oder so? Ja, so zwischen sechs und acht, je nachdem..und es  
 { 366} isch halt so dass man so am Anfang so eine kleine Runde gemacht hän, und jeder gsagt hat  
 { 367} was er machen will, oder ob er noch was in Arbeit hat, oder weiter machen will oder was  
 { 368} neues anfangen will. und ja oder pff..ja, ...und dass man dann , also des gesamte, die  
 { 369} gesamte Zeit isch anderthalb Stund und dass man dann eine Stunde eigentlich Zeit gehabt  
 { 370} hat ..zu gestalten, was man sich vorgenommen hat oder was man gemacht hat und das es  
 { 371} dann hinterher, jeder so ..seine Arbeit vor sich na gestellt hat oder das Bild an die Wand  
 { 372} gehängt hat und man dann einfach , (atmet ein) gsagtt hat wies einem damit gangen isch..  
 { 373} (atmet aus) phhh..oder was man jetzt ausdrücken wollt oder au ob man jetzt , ob des einem  
 { 374} jetzt gut gefällt was man gemacht hat oder ob man da jetzt irgendwie Schwierigkeiten hat.  
 { 375} 00:23:02-9  
 { 376}  
 { 377}  
 { 378} P: Dann wars halt au so, dass die anderen Mitpatienten, einfach au gsagt han, was ihnen da  
 { 379} jetzt auffällt oder was ihnen dazu einfällt oder wie sie des Bild jetzt ..ähm..findet. 00:23:13-1  
 { 380}  
 { 381}  
 { 382} I: Mh..OK. Und wie haben sie des erlebt? Können sie dazu was sagen? 00:23:21-3  
 { 383}  
 { 384}  
 { 385} P: Zum Schluss ..oder? 00:23:21-3  
 { 386}  
 { 387}

{ 388} I: Überhaupt den Ablauf oder zum Schluß? 00:23:25-4  
 { 389}  
 { 390}  
 { 391} P: Ähh...?...Ja,also ich fands i fand des halt au , also was i halt einfach immer interessant  
 { 392} fand , wem mer au die Bilder der andre dann gsehen hat und ähm..erschtenst mal was sie  
 { 393} gemacht hän, was sie sich dabei denkt hän, und au wie sie jetzt mit mit sich und und dem  
 { 394} was se gmacht hänt, ..zufrieden sind oder wie se des jetzt erleben was sie da machen oder  
 { 395} so. 00:23:57-3  
 { 396}  
 { 397}  
 { 398} I: o.k. O.K. Ja..ja....o.k...und dann würd mich noch interessieren wie sie so die Rolle einfach  
 { 399} der Kunsttherapeutin au erlebt haben , also was sie da an Erfahrung gmacht haben oder wie  
 { 400} sie des erlebt haben? 00:24:19-2  
 { 401}  
 { 402}  
 { 403} P: ...Ähm..(lange Pause) 00:24:25-1  
 { 404}  
 { 405}  
 { 406} P: also i fands scho eigentlich ganz ...oft ganz treffend ..(lacht) ..was sie so..ääh...zu de  
 { 407} Bilder gsagt hat. Oder... ja au... was se..ähm... ja also jetzt zum Beispiel grad bei dem, was  
 { 408} jetzt eigentlich mir selber net so ...dass darum eigentlich so ähm...um des ging, so die zwei  
 { 409} Seiten von mir ..also so dieses weiche so immer..immer freundlich und so ..(lacht) ähm so  
 { 410} des isch des runde und des andre das man halt au mal sich sozusagen wagen soll so.so..  
 { 411} Ecken und Kanten zu han. 00:25:27-8  
 { 412}  
 { 413}  
 { 414} P: ja..des war zum Beispiel was wo i sie mi eigentlich scho dazu au..oder auf die auf die, wo  
 { 415} sie mi eigentlich bissle hingeführt hat. Wo sie dann au ganz bewusst gsagt hat, ja ich soll  
 { 416} aber aufpassen dass die Ecken und Kanten auch nicht alle weggehen sondern dass das  
 { 417} einfach so bleibt. ...Oder ja au au bei dem , bei dem Vulkan so dass des ...ja soss..(atmet  
 { 418} aus) ..ja dass man auch einfach mal aus sich aus sich raußkommt oder so, des ... 00:26:23-  
 { 419}  
 { 420}  
 { 421} I: mh, mh...Erinnern sie sich an die konkrete Situation? Bei dem Vulkanbild? ..und an ein  
 { 422} Gespräch ? oder an..? 00:26:38-0  
 { 423}  
 { 424}  
 { 425} P: also, ..an deskon.. was was was da Frau G. dazu gsagt hat? 00:26:39-1  
 { 426}  
 { 427}  
 { 428} I: Mh, oder an diese...genau an die, ja an die.. an die Stunde ? 00:26:44-3  
 { 429}  
 { 430}  
 { 431} P: An die Stunde erinner ich mich schon no. Wie i den Vulkan gemolt hän, des weiss i no.  
 { 432} Aber genau was sie gsagt hat des weiß i nimme. 00:26:50-7  
 { 433}  
 { 434}  
 { 435} I: o.k. mh..(lange pause) mh...( lange Pause) 00:27:07-3  
 { 436}  
 { 437}  
 { 438} P: ..und jetzt au so die Rolle der Therapeutin, die han i jetzt au scho festgestellt, bei den  
 { 439} anderen Mitpatienten,dass sie da schon oft han i schon gefunden ganz ganz treffend  
 { 440} irgendwie ...gewusst hat um was, was es bei denen geht... 00:27:20-9  
 { 441}  
 { 442}  
 { 443} I: ok...ok... Erinnern sie sich noch an ne andere Situation , also haben sie des erzählt (zeigt  
 { 444} auf Bild) genau,vielleicht noch bei nem anderen Bild? wo sie des so erlebt haben? ..so  
 { 445} treffend? oder vielleicht auch ne Situation wo ..also ne andere Erfahrung ? Ne andere  
 { 446} Erfahrung mit der Therapeutin hatten ? ... 00:27:53-1  
 { 447}  
 { 448}  
 { 449} P: (lange Pause; murmelt etwas) , keine konkrete Situation, ne. 00:27:58-6  
 { 450}  
 { 451}  
 { 452} I: Ok. ...ok. ...(lange Pause) ...ok! Dann würd mich nochmal die Gruppe interessieren, sie

{ 453} haben es vorher au schon mal kurz angesprochen ..ähm wenn sie einfach nochmal, was  
 { 454} ihnen einfällt, zur Gruppe, alles was ihnen dazu einfällt. Einfach erzählen ... 00:28:32-9  
 { 455}  
 { 456}  
 { 457} P: ja..? zu de zu den Mitpatienten ? oder= oder was ..? 00:28:38-6  
 { 458} >  
 { 459}  
 { 460} I: genau! also sie haben ja vorher erzählt wie ähm, dass es immer ne Gruppe war, während  
 { 461} der Kunsttherapie und zu dieser Gruppe - alles was ihnen dazu einfällt. 00:28:44-5  
 { 462}  
 { 463}  
 { 464} P: ok. gut also des hat sich natürlich geändert im Laufe der Zeit in der ich hier war..ähm, da  
 { 465} hän sich die, gut es gab jetzt eine Miptatientin, mit der, die isch mit mir komme, die war die  
 { 466} ganze Zeit ..ähm ..da und ähm ..ansonsten hat sich hat sich scho vieles geändert und..ähm  
 { 467} ... ja, was was soll ich da jetzt (lacht) erzählen? also es gab halt einfach oder ääh..oder es  
 { 468} gibt ..ähm ...Mitpatienten , die sind au sind immer voller= voller Schaffensdrang und dann  
 { 469} andere die sind eher , merkt man halt die könnet jetzt ni...ihnen macht es net so..net so  
 { 470} Spaß oder sie machen es, tun sich einfach schwer , oder..ähm ..ja..und also eine  
 { 471} Mitpatientin, die isch zum B...die malt immer ganz= ganz ..ganz fein und..und zierlich ..so  
 { 472} ganz kleine Sachen oder es gibt dann halt so...ääähhhh pff...ja au das jemand mal einfach  
 { 473} ganz impulsiv irgendwie so mit Farbkleke irgendwas macht ..oder..ähm...also ein  
 { 474} Mitpatient zum Beispiel... 00:30:04-8  
 { 475}  
 { 476}  
 { 477} P: der isch sch son richtiger , eher so ´n Handwerker, der hat jetzt immer was mit  
 { 478} Speckstein gemacht oder mit Ton..oder sowas ..so eher ..so= so der Praktische , hat immer  
 { 479} was gemacht wo er dann nachher au n Nutzen hat. Also, ja, er hat dann einmal ne  
 { 480} Hausnummer aus Ton gemacht oder irgendsowas..ja, ...und ähm...also eine Mitpatientin  
 { 481} zum Beispiel, die hat ..sehr oft mit Speckstein was gemacht und hat dann aber au richtig  
 { 482} (lacht) sozusagen ein Projekt gehabt. Also wo jetzt wirklich viele = viele Stunde,.. was heisst  
 { 483} viele= viele , aber immer wieder hat sie am gleichen gemacht. Also wo sie sich praktisch  
 { 484} richtig was vorgenommen hat, also au was= was ..konkretes..ein Tier, aus Speckstein zu  
 { 485} machen..und hat sich da einfach ganz..hat dann da irgendwie a Bild als Vorlage genommen  
 { 486} und hat des dann ja...immer wieder von neuem da dran weitergeschafft. 00:31:14-8  
 { 487}  
 { 488}  
 { 489} I: OK..OK... 00:31:17-6  
 { 490}  
 { 491}  
 { 492} P: ..und so gabs halt unterschiedliche, klar der eine hat dann ..pfff...(atmet aus) guts gab  
 { 493} natürlich au ähm..Mitpatienten, die was angefangen haben.. und dann ähm..nimme ä..was  
 { 494} anders gemacht haben. Dann vielleicht irgendwann nach ein paar Stunden wieder des Alte  
 { 495} angefangen, aber..oder au ..dann es ganz ganz weggelassen. 00:31:44-0  
 { 496}  
 { 497}  
 { 498} I: Mh..mh.. 00:31:49-2  
 { 499}  
 { 500}  
 { 501} P: Und es gab dann au..ähm ..oder es gibt Mitpatienten, die da , die einfach..ja au...wirklich  
 { 502} sehr ..pff (atmet aus) .. ja so ihr= ihr, oft ihr =ihr Stimmung im Bild ...wieder gespiegelt hän,  
 { 503} oder wo da jetzt irgendwas ...ähm..so was was ihr Krankheit ausmacht..bildlich darstellt.  
 { 504} oder so, also es gab zum Beispiel eine Mitpatientin, die ..isch au we.. wegen der  
 { 505} Essstörung in Behandlung und die hat dann mal ein Bild gemalt, ...von so= von so ner ganz  
 { 506} zierlichen Elfe ...wie war des nochmal? da war auf einer Seite des schwarze , wo so probiert  
 { 507} sie zu ähm, verschliengen und auf der anderen Seite dieses= dieses helle freudliche und so  
 { 508} die Elfe da dazwischen sozusagen..oder so..in der Richtung, was zu gestalten. 00:32:57-2  
 { 509}  
 { 510}  
 { 511} I: ok. ok...mh 00:33:03-0  
 { 512}  
 { 513}  
 { 514} P: Aber sowas isch jetzt (lacht) zum Beispiel einfach et so meins gewesen. 00:33:10-9  
 { 515}  
 { 516}  
 { 517} I: mh..mh..ja. Ähm, würden sie..oder gibts was was sie sagen können zu dem Thema lernen

{ 518} in der Gruppe? ....Fällt ihnen dazu irgendwas ein? 00:33:25-7  
 { 519}  
 { 520}  
 { 521} P: ob man von ..sozusagen von dem was die andre gestalten oder von dem was die  
 { 522} Therapeutin dazu sagt ..oder ? 00:33:32-6  
 { 523}  
 { 524}  
 { 525} I: wie au immer.. 00:33:34  
 { 526}  
 { 527}  
 { 528} P: ja. ...(lange Pause) 00:33:48-7  
 { 529}  
 { 530}  
 { 531} P: Ja klar i denk mal, äh..ma kuckt, sieht des ja was die andere machet und des eine oder  
 { 532} andre isch einem dann scho so= so als wo man ma dann zumindest so einen Denkanstoß  
 { 533} kriegt. das man dann sagt, ja des wär vielleicht au mal da eine Möglichkeit des oder des zu  
 { 534} machen. 00:34:20-2  
 { 535}  
 { 536}  
 { 537} I: ok. ja, ja.....und ähm vielleicht können sie noch einfach was darüber erzählen, zu dem ähm  
 { 538} ..ja sie sind ja dann Teil einer Gruppe, wie ..des is oder wie des für sie war? oder ähm,  
 { 539} ja...was des so gemacht hat mit ihnen?...wenn es was gemacht hat? (lacht) 00:34:48-5  
 { 540}  
 { 541}  
 { 542} P: (lacht) ähm..also es war oft schon interessant ..ähm..wie jetzt zum Beispiel manche Bilder  
 { 543} also jetzt net blos , Bilder von mir sondern au von anderen Mitpatienten, von de  
 { 544} ..Gruppenmitgliedern die des Bild nicht gestaltet hän, ...was dadazu den anderen eingefallen  
 { 545} isch. Als manchmal was ganz anderes, oder oder et , vielleicht net ganz anders, aber  
 { 546} teilweise anders, wie der ähm..derjenige der es gestaltet hat ja da damit zum Ausdruck  
 { 547} bringen wollt oder was der sich dabei denkt hat. 00:35:37-1  
 { 548}  
 { 549}  
 { 550} I: ja, des war bei diesen wo sie vorher au den Ablauf geschildert haben ..das am Ende jede  
 { 551} und jeder ihre Gestaltung vorstellt und dann können alle was dazu sagen. ok.. 00:35:49-1  
 { 552}  
 { 553}  
 { 554} P: genau. 00:35:49-1  
 { 555}  
 { 556}  
 { 557} I: Gibts da ne Situation an die sie sich erinnern, wo des bei ihnen so war? 00:35:57-1  
 { 558}  
 { 559}  
 { 560} P: ähm...(lange Pause) 00:36:06-9  
 { 561}  
 { 562}  
 { 563} P: ja, auf jeden Fall bei dem= ..bei dem Regenbogen ..(lacht) weil mit dem Bild wa r ich  
 { 564} irgendwie ..i wollt des eigentlich viel ..die Farben viel leuchtender und viel strahlender  
 { 565} machen des war mir irgendwie, des isch mir ..äh..also erstmal ha i gar net genau gewusst,  
 { 566} wie die Farben vom Regenbogen in der Reihenfolge gehet..(lacht) und wenn ichs jetzt ,wo  
 { 567} ichs dann hinterher angeguckt han, isch mir aufgefallen ich hätte wahrscheinlich mit einem  
 { 568} helleren Rot einfach oben anfangen sollen. und äh...ja..und dann hänt aber ..ähm mehrere  
 { 569} Mitpatienten glaub ich gesagt, sie finden des irgendwie ganz, äh..(atmet aus) sie findet des  
 { 570} die Farben ganz= ganz leuchtend und strahlend ..(lacht)...und klar wenn des so jemand so  
 { 571} andere Meinung sagt, dann denkt man ja gut, vielleicht dann kommts einem schon mal  
 { 572} bissle ..bissle ähm..besser vor..so. also es macht schon was aus, also wenn da= wenn dann  
 { 573} andere Meinungen irgendwie was sagen ja also gut, für mi ischs..ich bin sowieso jemand,  
 { 574} eigentlich wo jetzt so, wenn jemand anders was sagt, dann isch des mir oft .. oder legt dem  
 { 575} mehr Bedeutung zu, wie wenn wie wenn i es selber irgendwas beurteil. 00:37:34-4  
 { 576}  
 { 577}  
 { 578} P: ja...und dann= dann konnt i des Bild irgendwie bissle wieder bissle versöhnlicher  
 { 579} ..betrachten, sagen wir es mal so. 00:37:51-9  
 { 580}  
 { 581}  
 { 582}

{ 583}

{ 584} I: und äh, erinnern sie sich noch..an also was heisst allgemein, aber was so insgesamt in

{ 585} diesen= diesen Rückmelderunden thematisiert wurde? Was da so gesagt wurde?

{ 586} 00:38:11-4

{ 587}

{ 588}

{ 589} P: Ja, gut des isch jetzt bissle schwierig (lacht) wenn man des jetzt so allgemein, klar es hat

{ 590} immer jeder einfach einfach gesagt was ihm einfällt. 00:38:24-3

{ 591}

{ 592}

{ 593} I: O.K. O.K. Des war ganz quer durch ...o.k. ja. gibt es noch ne andere Situation wo sie sich

{ 594} an Rückmeldungen erinnern zu ihren Gestaltungen? 00:38:44-4

{ 595}

{ 596}

{ 597} P: Nee, da weiß ich jetzt keine konkrete Situation. 00:38:48-3

{ 598}

{ 600} I: ok. Sonst noch was zur Gruppe allgemein, was ihnen noch einfällt oder wichtig ist zu

{ 601} sagen zur Gruppe? 00:39:04-5

{ 602}

{ 603}

{ 604} P: meint sie jetzt zu der Stimmung während der Gestaltung oder so ? 00:39:07-7

{ 605}

{ 606}

{ 607} I: ja zum Beispiel! 00:39:11-8

{ 608}

{ 609}

{ 610} P: also des war jetzt so am Anfang eher so, das man während der, während man gestaltet

{ 611} hat, dass es relativ ruhig war, also dass dann teilweise auch im Hintergrund leise Musik

{ 612} gelaufen is oder so. Dass jeder so mit sich beschäftigt war, (lacht) und so in den letzten

{ 613} Stunden ...da also isch eigentlich, konkret war es eben da isch ein Mitpatient in der Gruppe

{ 614} jetzt und des isch halt son luschtiger irgendwie und da wars immer total hat man immer eher

{ 615} viel geschwätzt und swar es war son bissle ausgelassene Stimmung, son bissle luschtig,

{ 616} wo man dann halt irgendwie so Bemerkungen gemacht hat oder so. 00:40:04-2

{ 617}

{ 618}

{ 619} I: ja, mhh, o.k. Dann würd ich einfach noch sie fragen ob sie was dazu erzählen können, was

{ 620} sie an Veränderung bei sich wahrgenommen haben, über den Dauer, über die Dauer der

{ 621} Therapie? 00:40:24-7

{ 622}

{ 623}

{ 624} P: Jetzt in Bezug auf Kunst, oder ? Sonst auch? 00:40:33-4

{ 625}

{ 626}

{ 627} I: Sonst auch! Alles was ihnen einfällt. Bezug auf die Kunst oder sonstiges. 00:40:36-4

{ 628}

{ 629}

{ 630} P: ok. Also, ähm...ja also ich bin halt seit ich hier bin, insgesamt irgendwie ..i dächt mal sagen

{ 631} einfach gelassener geworden. Also ich bin nicht mehr so.. dass jeder kleine Veränderung,

{ 632} die jetzt irgendwie sich anbahnt, mich total ...äää im Vorfeld..i ch mir da so ein riesen Kopf

{ 633} davon mach. Also des isch mal des eine und ähm...ja also ich bin schon au was i merk, ich

{ 634} bin einfach wieder ...äää...ja auch ruhiger geworden. Also i han jetzt au ähm häufig bei mir,

{ 635} also außerhalb der Kunscht, im Zimmer was gemalt oder han viel gestrickt oder ähm konnt

{ 636} da einfach bissle mehr, ähm, ja...bissle eher zur Ruhe kommen. Also gut, des hat jetzt (lacht)

{ 637} also ich han jetzt durch die Kunscht viele Anregungen gekriegt, au was ich gern mach oder

{ 638} was ...(lacht) was i au gut kann oder so, des, ja, des hat ma scho, ja des hat mir schon sehr

{ 639} viel geholfen, aber i denk gut da gabs natürlich auch andere Gründe, dass i des so

{ 640} ..entwickelt hat, ja einfach...ein großer Punkt is, denk ich mal, das es mir einfach äää

{ 641} körperlich besser geht, dass ich einfach schon ziemlich viel zugenommen hab und i des au

{ 642} echt merk, klar mir isch nimmer so dünnhäutig man isch nimmer so am Limit, sag ma mal

{ 643} so, und des hat sich dann schon an vielen Punkten ausgewirkt. Ja. Und man hat einfach

{ 644} mehr Spass am Leben..(lacht) . und dadurch auch einfach...an der pff an ... ja an= an

{ 645} ...pfff...irgendwas zu ...ja .. also so bissle so diese= diese Glücksgefühle, die manchmal so

{ 646} hochkommet. (lacht) des han i hier halt au wieder gelernt, bissle da ähm...also des isch jetzt

{ 647} nix aus der Kunsttherapie sondern aus der Körpertherapie, die Körpertherapeutin Fr. B. die

{ 648} spricht immer vom kleinen Glück. Das man so erleben kann, einfach so einen Moment, ..und

{ 649} des isch jetzt was= was i au nimmer gekannt han und wo i jetzt hier au wieder wieder  
 { 650} kennengelernt han. Und ähm, ja... 00:44:15-0  
 { 651}  
 { 652}  
 { 653} I: Wenn sie vorher gesagt haben , dass sie einfach auch Anregungen aus der Kunst  
 { 654} mitnehmen , gibts da was ganz bestimmtes an was sie denken? oder was sie erfahren  
 { 655} haben ? an Anregungen? 00:44:33-5  
 { 656}  
 { 657}  
 { 658} I: Ja! also grad des Malen mit Pastellkreiden, des han i zwar früher sau schon gemacht aber  
 { 659} han des einfach (lacht) , schon lang ganz lang irgendwie ruhen lassen. Und ähm ..han des  
 { 660} halt hier wieder ..die Anregung gekriegt und han jetzt halt au für mi oft mit Pastellkreide  
 { 661} gemalt, also Pastellkreide is des Bild mit den Blumen und des mit dem Vulkan. 00:45:03-9  
 { 662}  
 { 663}  
 { 664} I: aah, Vulkan is au..mh, ok. und des heisst dass sie, dass sie au viel für sich alleine malen?  
 { 665} Wenn sie sagen, des nehmen sie mit, jetzt auch wieder mit Patsellkreide zu malen..? mh,ok.  
 { 666} 00:45:13-9  
 { 667}  
 { 668}  
 { 669} P: ja, also i han ganz oft im Zimmer gemalt. und des hat mir auch echt wirklich (lacht), viel  
 { 670} geholfen, muss ich ehrlich sagen, weil i han a ganze Zeit lang ...ähm  
 { 671} Ausgangsbeschränkung gehabt, und durfte dann am Tag bloss eine halbe Stunde rauß..und  
 { 672} des war schon ziemlich hart für mich, dass muss ich ehrlich sagen...und da hat mir des  
 { 673} einfach sehr viel geholfen ...(lacht), weil da au einfach , wie gesagt i hans vorher schon  
 { 674} beschrieben, dass man einfach abgelenkt is, dass man sich ..dass man sich auch nicht an  
 { 675} was anderes denkt und dass man halt auch sehr gut die Zeit damit ausfüllen kann ..und dann  
 { 676} halt auch nachher..ja klar...gut manche Bilder sind schöner , manche sind net so schön, aber  
 { 677} ..ähm ja man hat ja nacher was wo man sich auch wo man sich anguckt und sagen kann ok.  
 { 678} des isch mir gelungen oder so, des macht ja dann au ..ein gutes Gefühl irgendwie.  
 { 679} 00:46:09-9  
 { 680}  
 { 681}  
 { 682} I: Ja, Ja! und erinnern sie sich daran wie sie die Pastellkreide entdeckt haben ? oder war  
 { 683} des einfach dass sie damit aus...also..? 00:46:21-8  
 { 684}  
 { 685}  
 { 686} P: Ja, also des war ganz ..ähm, des war des Bild, wo ich ihnen vorher gesagt han, mit dem  
 { 687} ersten, mit dem Baum, den i jetzt leider nicht dabei han. der mir nach der  
 { 688} Stabilisierungsgruppe in den Kopf gekommen isch und den ich malen musste. und da  
 { 689} ...davor han i nämlich immer mit Speckstein gemacht ...und dann plötzlich han i gewusst..i  
 { 690} han jetzt unheimlich LUST einen Baum zu malen, und ähm.. ja warum i den jetzt grad mit  
 { 691} Pastellkreide, wahrscheinlich weil ich damit früher auch schon gemalt han und einfach etwa  
 { 692} gewusst han wie des, wie des rauskommt. Aber ich muss dann au sagen, den Baum zum  
 { 693} Beispiel, des war dann ..des erste Bild des ich mit Pins, ne des war des erste mit Pinsel  
 { 694} (zeigt auf ein Bild) ...ähm aber bei dem Baum hat mir des dann au total Spass gemacht mit  
 { 695} dem Pinsel. Weil man da einfach nochmal anders, man kann jetzt zum Beispiel, ähm grad,  
 { 696} bei der Krone ...i han da ersch die Äste gemalt, so grob, und dann halt des Grüne..und klar  
 { 697} man kann dann ..wenn man des grün relativ wässrig macht und einen Ast übermalt, dann  
 { 698} scheint, der halt noch so durch. und kann dann nacher wenn .., man kann da einfach nochmal  
 { 699} besser drüber malen. Des isch bei der Pastellkreide gut.Pastellkreide kann man dann eher  
 { 700} bissle verwischen , des geht dann au, aber ähm so so dieses jetzt wie zum Beispiel ..(geht  
 { 701} zu einem Bild), da ...dass man sieht des is ein Ascht aber drüber sind einfach blätter, des  
 { 702} hat mir dann irgendwie Spass gemacht...ausserdem kann man mit dem Pinsel, des war so  
 { 703} ein ...so ein Rotmarderpinsel, wo halb wo mit der Spitze ..ganz fein und wenn man dan  
 { 704} stärker aufdrückt dann breiter wird..und des (lacht) grad bei den Wurzeln zum Beispiel ...des  
 { 705} isch schon was , was dann au ähm..einfach wieder= wieder anders is, wo man dann au, wo  
 { 706} i dann au denkt han, des macht eigentlich au Spaß. 00:48:18-2  
 { 707}  
 { 708}  
 { 709} P: Des isch allerdings so, dass man da einfach viel viel aufwändigere Ausrüstung braucht,  
 { 710} sozusagen, als Pastellkreiden. Gut da hat man die Kreide und hat ein Papier und dann kann  
 { 711} man anfangen...und jetzt mit Wasser..klar man braucht Wasser, man braucht ein Lappen,  
 { 712} dann braucht man die= ...die Farben und so ein kleine Maler- wie sagt man da...Palette, ne  
 { 713} wie heisst des? Des Ding wo man die Farben drauf macht? (lacht) 00:48:52-1

{ 714}  
 { 715}  
 { 716} I: Oh? Ä ja, aber ich weiss was sie meinen. 00:48:53-7  
 { 717}  
 { 718}  
 { 719} P. ja, genau. des is einfach viel aufwendiger. und so was hät ich jetzt zum Beispiel, klar in  
 { 720} denen Patientenzimmern oben kann man ja net anfangen dann mit Wasserfarben zu malen.  
 { 721} Also des war Pastellkreide dann schon geschickter , sagen wir mal so. Aber grundsätzlich  
 { 722} han i da gemerkt, also mit Pinsel und ähm, des sind so, was waren des für Farben ? Des  
 { 723} waren keine Aquarellfarben aber so was ähnliches...also au in so Zyklen, des macht Spass!  
 { 724} aber es...des han i auch schon ..einfach lang nimme gemacht, und hab dann au gemerkt, ok.  
 { 725} des isch au was , was au mal schö isch zwischendurch. 00:49:38-4  
 { 726}  
 { 727}  
 { 728} I: Jetzt haben sie ja vorher erzählt, dass sie meistens, schon genau wussten, also ne Idee  
 { 729} hatten, hat dann au dazu dazu gehört, dass sie wussten mit was sie malen wollen oder war,  
 { 730} war die Idee die sie hatten erst, des Motiv.? 00:49:52-8  
 { 731}  
 { 732}  
 { 733} P: Also des war eigentlich des Motiv. des war des Motiv. 00:49:55-5  
 { 734}  
 { 735}  
 { 736} I:OK. und wie sie es dann umsetzten, haben sie dann später ? entschieden? 00:50:05-0  
 { 737}  
 { 738}  
 { 739} P: also gut, ähm.. bei denen zwei, bei dem Baum. äää bei denen Blumen und bei dem  
 { 740} Vulkan, da han i mir glaub ich gar nichts anderes überlegt, weil i da wars irgendiwe klar  
 { 741} dass ichs mit Pastellkreide mal und ..bei dem Baum? des weiss i gar nimmer, da han i mir  
 { 742} glaub ich...stimmt des war ganz, bei dem Baum han i mir vorher des Motiv irgendwie gar  
 { 743} net überlegt, da han ich eigentlich eher vorgehabt, was planloses zu malen. da han ich  
 { 744} eigentlich eher denkt, ich geh in die Richtung (zeigt auf ein anderes Bild). und da han i also  
 { 745} gewusst dass i mit Pinsel malen will und dann han i aber kurz vor der Stunde oder so, han i  
 { 746} aber gewisst, ok. ne ähm i mal heut ein Baum . Warum des dann so war, weiss i net.  
 { 747} 00:51:03-6  
 { 748}  
 { 749}  
 { 750} I: ok. Ja,...ja...ok. überlegen sie noch? 00:51:16-9  
 { 751}  
 { 752}  
 { 753} P: nee, (lacht) 00:51:19-5  
 { 754}  
 { 755}  
 { 756} I: ok, dann wollt ich nochmal nachfragen, vorher haben sie ja gesagt , wo ich sie nach den  
 { 757} Veränderungen gefragt habe , dass sie also zum einen Anregungen mitgenommen haben  
 { 758} aus der Kunst und zum anderen aber auch die Veränderungen zu merken, dass sie aber  
 { 759} auch was gut können. Können sie da noch mehr dazu erzählen? Einfach, was sie gut  
 { 760} können? Können sie des näher beschreiben? 00:51:53-0  
 { 761}  
 { 762}  
 { 763} P: allgemein, oder jetzt in Bezug auf Kunsttherapie ? 00:51:58-4  
 { 764}  
 { 765}  
 { 766} I: auch, auch was ihnen dazu einfällt, sowohl allgemein als auch in Bezug auf die  
 { 767} Kunsttherapie . Wenn es da was gibt? 00:52:07-0  
 { 768}  
 { 769}  
 { 770} P. also gut, was was i einfach .ähm...denk i mal ganz gut kann isch , also i han halt wenn i  
 { 771} irgendwas konkretes gemalt han dann halt Pflanzen, Blumen oder Bäume oder so. weil i mir  
 { 772} des jetzt sehr gut vorstellen kann also i brauch da auch keine Vorlage. Und jetzt zum  
 { 773} Beispiel..äää ..Tiere oder so, des könnt i mir scho au vorstellen dass ich des mal aber da  
 { 774} bräucht ich ein Bild. Weil des kann i jetzt (lacht) des gind i muss au...a Blume, gut des kann  
 { 775} dann man erkennt des dann net unbedingt als die oder die spezielle Sorte oder so, aber  
 { 776} wenn man jetzt hier ein Hund malt und der dann muss des ja schon au richtige Proportionen  
 { 777} haben, sonst sieht es nicht aus wie ein Hund und dann isch des schwieriger, bei einer  
 { 778} Pflanze kann man dann eher sagen, ok. des isch jetzt ne rote Blume, ob des jetzt ne Rose

{ 779} isch oder was anderes, des kann ja trotzdem irgendwie schön sein. Aber wenn des jetzt ein  
{ 780} Tier isch und des is in den Proportionen irgendwie nicht richtig, dann sieht des irgendwie  
{ 781} unförmig aus. Also deswegen bin ich eher jemand der so so Pflanzen malt oder so. Und...ja ,  
{ 782} was i vielleicht au, des sich jetzt was heisst gut können ,aber was einfach einfach so ein  
{ 783} bissle Eigenschaft isch von mir, sowas...ähm ja..man hat ein Ziel sozusagen. 00:53:43-4  
{ 784}  
{ 785} I: Wie bitte? 00:53:43-4  
{ 786}  
{ 787}  
{ 788} P: Man hat ein Ziel. Also man hat eine Vorstellung was man malt, was man aufs Papier  
{ 789} bringt und des ...will man dann auch irgendwie erreichen. Also ich hätt mir jetzt zum Beispiel  
{ 790} nicht vorstellen können ...man fängt irgendwas an...und klar man weiss nie, wirklich wie es  
{ 791} rauskommt,.. aber ähm ja...also gut Ausnahme war vielleicht bei dem Stein, gut da han i  
{ 792} eigentlich nix, da han i nix vorgehabt. Also da wollt i einfach eine schöne Form machen. und  
{ 793} ähm ja der isch eigentlich au dann ..i weiß gar nimmer, ne da han i mir eigentlich nix  
{ 794} vorgestellt. Da han i einfach denkt i mach mal. 00:54:38-9  
{ 795}  
{ 796}  
{ 797} P: weil des au des erste Mal war, dass ich mit Speckstein irgendwas mach, da weiß man ja  
{ 798} au gar net wie des, wie des nacher rauskommt und so. Ähm ja,... war aber dann, also mit  
{ 799} dem Stein bin i nach wie vor sehr zufrieden. (lacht) 00:54:56-7  
{ 800}  
{ 801}  
{ 802} I: Des war der erste Speckstein? 00:54:56-3  
{ 803}  
{ 804}  
{ 805} P: des war der erste!. Der gefällt, mir eigentlich (nicht zu verstehen) weil der auch von der  
{ 806} Maserung eigentlich ganz gut rauß gekommen is. des sieht man ja vorher irgendwie nicht.  
{ 807} Also wenn man den bearbeitet, dann isch des ja ganz stumpf, und au wenn man ähm dann  
{ 808} mit Schmirgelpapier glatt macht hat, sieht man des noch net so., des kommt eigentlich erst  
{ 809} rauß, wenn man das mit dieser ähm, na wie heisst des .. kein Öl, mit dieser Lösung einreibt.  
{ 810} und dann erst kommt des diese Farbe so rauß. 00:55:34-0  
{ 811}  
{ 812}  
{ 813} I: Ja, dann wollte ich sie zum Schluss einfach nochmal so fragen, was sie sagen würden,  
{ 814} was sie ..aus der Kunsttherapie mit nehmen für die Zukunft? 00:55:43-2  
{ 815}  
{ 816}  
{ 817} I: sie haben ja vorher gesgat, sie gehen morgen nach hause, gibts was wo sie sagen des  
{ 818} nehm ich hier aus der Kunst mit? 00:55:53-6  
{ 819}  
{ 820}  
{ 821} P: ja, (lacht) also es isch so die ähm, 00:56:04-2  
{ 822}  
{ 823} was ich hier eigentlich wieder entdeckt han , des isch so die Freude am= am Malen ...und  
{ 824} au . ja und au, dass i gemerkt han i ..iii.. kann des eigentlich ganz gut. oder mir gefällt des  
{ 825} ganz gut, was i jetzt da , was da ähm entsteht. Und des nehm i auf jeden Fall mit. und i hab  
{ 826} mir jetzt au schon vorgenommen, ...das i ähm..scho au irgendwie guck, dass i irgend ein  
{ 827} Volkshochschul oder irgendwie was mach. Das i des einfach, net nur für mich alleine mach ,  
{ 828} weil da besteht halt schon die Gefahr, wenn dann wieder viele andere Sachen kommet,  
{ 829} dass man des dann wieder, wieder liegen lässt und so und wenn man dann irgendwie son  
{ 830} bissle in der Gruppe des macht dann denk ich mal hat man eher so schon sone Motivation,  
{ 831} da oder ja ..wenn man da so ein Kurs belegt, dann will man da ja scho au nah gangen und  
{ 832} so , dann hat man irgendwie son , so ´n Anstoß, da nochmal was zu machen. 00:57:03-0  
{ 833}  
{ 834}  
{ 835} I: o.k. o.k. ....ja...Gibt es sonst noch was was sie abschließend irgendwie loswerden möchten  
{ 836} ..was wir vielleicht bisher noch gar nicht angesprochen haben ? Zur Kunst oder zur  
{ 837} Kunsttherapie hier? 00:57:29-0  
{ 838}  
{ 839}  
{ 840} P: nee, eigentlich..aber ich han ja am Anfang schon gesagt, dass es mir einfach unheimlich  
{ 841} gut gefallen hat ...ja jetzt eigentlich auch im, i han also vor dem Aufenthalt hier au schon zwei  
{ 842} mal stationäre Therapie gemacht und han da auch irgendwie immer Kunst..therapie gehabt  
{ 843} und es hat mir eigentlich noch nie so gut gefallen wie hier. Ich weiss eigentlich nicht warum,



{ 844} aber so wars halt. Mir hat es echt (lacht) ja es war so richtig ein Highlight immer . Aber  
 { 845} woran des jetzt liegt weiss i net. Aber es war so. 00:58:01-8  
 { 846}  
 { 847}  
 { 848} I: War so. Mh. 00:58:01-8  
 { 849}  
 { 850}  
 { 851} P: Genau. 00:58:04-2  
 { 852}  
 { 853}  
 { 854} I: o.k. Ich geb ihnen einfach noch geschwind ein Moment zum überlegen und ...(lange Pause)  
 { 855} 00:58:33  
 { 856}  
 { 857}  
 { 858} I: o.k. Dann ganz herzlichen Dank ihnen für die Bereitschaft und Offenheit ... 00:58:36-9

#### Interview Frau Y:

{ 1} I: also ich hab ein paar Fragen dabei und vielleicht ähm breiten wir erst einmal die  
 { 2} Gestaltungen aus, dass wir die auch vor uns liegen haben und sehen können. Ich hab auch  
 { 3} noch nicht reingekuckt. Vielleicht können sie sie auch in eine Reihenfolge bringen so wie sie  
 { 4} auch entstanden sind. 00:00:29-8  
 { 5}  
 { 6}  
 { 7} P: Mh, also die zwei waren die ersten, die sind in der ersten Stunde entstanden (zeigt auf  
 { 8} das rote Bild und auf das Sternbild), dann kam der Stein und dann des (zeigt auf das Bild  
 { 9} mit der Kastanie). 00:00:37-7  
 { 10}  
 { 11}  
 { 12} I: Also, ...ja vielleicht können sie mir einfach ein bisschen erzählen, auch anhand der  
 { 13} Gestaltungen wie sie die Kunsttherapie erlebt haben. Also sie können da anfangen wo sie  
 { 14} möchten, sich soviel Zeit lassen, ich werd sie da jetzt auch erstmal nicht unterbrechen, werd  
 { 15} mir vielleicht ein paar Notizen machen. Und dass sie einfach mal erzählen, was ihnen  
 { 16} gerade so einfällt ähm, wie sie die Kunsttherapie erlebt haben. 00:01:21-4  
 { 17}  
 { 18}  
 { 19} P: mmh, ähm soll ich mich jetzt nur auf die Zeit hier in der Tagesklinik beziehen oder auch  
 { 20} auf die Zeit ..auf Station.? 00:01:23-7  
 { 21}  
 { 22}  
 { 23} I: sie können alles mal...auch auf Station die Zeit. 00:01:27-1  
 { 24}  
 { 25}  
 { 26} P: Also, ja so generell ähm hatte ich am Anfang hauptsächlich das Problem, dass ich halt  
 { 27} immer so das Bedürfnis hatte irgendwie sowas möglich Schönes zu machen also es musste  
 { 28} immer perfekt sein ich konnte da nicht einfach, ja einfach mal so ..wie andere irgendwas  
 { 29} was ganz Abstraktes einfach so was mir gerade auf der Seele gebrannt hat sozusagen  
 { 30} malen sondern ähm, ja hatte halt immer so das Gefühl das muss jetzt möglichst schön sein.  
 { 31} Und weiß nicht und dann ähm.. hat mich Frau KT. auch immer wieder darauf aufmerksam  
 { 32} gemacht, ja ich soll eben schau dass ich nichts mach irgendwie zu ästhetisch wird sondern  
 { 33} halt wirklich so aus mir heraus gehen und dann ja..mit der Zeit ging des dann auch besser  
 { 34} ..da hab ich dann auch teilweise einfach durch das Material oder die Art wie ich gearbeitet  
 { 35} hab. Ähm , ja war des für mich irgendwie n bisschen Therapie, also so zum Beispiel hab ich  
 { 36} mal ne Weile mit ähm... so Gipsbinden gearbeitet und einfach so des Gefühl da so richtig  
 { 37} (lacht) drauf los zu matschen sag ich jetzt mal (lacht) ...und egal wie es nachher aussieht  
 { 38} einfach und dann Farbe drauf und total abstrakt und des hat mir echt gut getan und dann hab  
 { 39} ich mir auch immer wieder so..ja.. eigentlich schon mehr oder weniger vorgenommen ich hat  
 { 40} dann auch was aus Holz gemacht des eben nicht mehr ganz abzuschmiegeln , dass es  
 { 41} dann halt nicht mehr so ganz perfekt wird und mich dann auch damit zufrieden zu geben und  
 { 42} so...gings dann immer besser, dass ich ähm ja eben dann auch geschafft hab, dann wirklich  
 { 43} so des zu malen was mich so ..innerlich bewegt hat und des dann durch die Kunst so zum

{ 44} Ausdruck zu bringen. Also ich hab da schon lange gebraucht, aber hier (meint die  
 { 45} Tagesklinik) war ich dann eigentlich schon ...relativ soweit. und da hab ich dann eben die  
 { 46} Sachen hier gemacht und ähm..in der ersten Stunde ähm, hab ich hier (zeigt auf das rote  
 { 47} Bild) meine Wut, wollt ich da zum Ausdruck bringen. 00:03:24-0  
 { 48}  
 { 49}  
 { 50} P: weil ich eben auch in der Einzeltherapie Thema war, dass ich so Gefühle oder vorallem  
 { 51} eben Wut oder sowas, nicht auf jemanden wütend bin, ähm, des nich so ähm wirklich verbal  
 { 52} zum Ausdruck bringen kann sondern eben alles mehr so in mich ..rein..fress sozusagen und  
 { 53} dann gegen mich selber richte und dann dachte ich ja wenn ich es verabl nicht so äußern  
 { 54} kann dann versuchs ichs eben mal zu malen...und ich fand eigentlich auch dass es relativ gut  
 { 55} getroffen hat, also ...ja kann ich mich auch gut so damit identifizieren. Und ähm dann des  
 { 56} Bild hier (zeigt auf das Sternbild) is entstanden, weil ich ähm ein Buch gelesen hab, wo  
 { 57} eben so verschiedene Sprüche oder Anregungen drin waren, ähm wie man sich selber  
 { 58} etwas Gutes tun kann oder eben so zum Thema nach sich selber schauen. Des hieß gönn  
 { 59} dir einen Stern und irgendwie hat mich des noch so beschäftigt, weil des auch so ein  
 { 60} Problem von mir is dass ich halt nich ...wirklich nach mir schau sondern (unverständlich) wie  
 { 61} soll ich sagen recht zu machen. Aber mir selber nichts Gutes tun kann und so..und um mich  
 { 62} da einfach immer wieder auch so dran zu erinnern ähm, hab ich dann des Bild noch  
 { 63} gemacht (meint das Sternbild) ..ja.. (atmet aus) und der Stein. ..so rum (stellt ihn richtig hin).  
 { 64} Des war eigentlich so ein totales Zufallsprojekt, also da hab ich mir wirklich mal überhaupt  
 { 65} nicht vorher überlegt, was da draus werden soll oder so. 00:04:44-2  
 { 66}  
 { 67}  
 { 68} P: sondern hab einfach drauf losge..feilt und geschmirgelt und ähm, wir haben dann aber  
 { 69} relativ schnell zusammen so gesehen dass auf der Seite ähm so eine Art Vogel entstanden  
 { 70} is, ähm..und auf der anderen Seite ein Auge eben. Des war auch schon so im Stein drin,  
 { 71} des hab ich bloss noch ein bisschen halt rauss gearbeitet. Und ähm, ja, so im Nachhinein  
 { 72} hat des für mich dann jetzt so die Bedeutung das so ein bisschen die zwei Seiten ähm, wie  
 { 73} ich immer abwechselnd so ein bisschen mit meiner Krankheit umgehe, also einerseits so  
 { 74} der Vogel so nach dem Motto einfach davon fliegen und..egal ignorieren und irgendwie  
 { 75} wirds schon und andererseits dann halt des Auge also wirklich hin schauen und mich damit  
 { 76} konfrontieren und an mir arbeiten und eben kucken dass es wirklich bergauf geht und so ein  
 { 77} bisschen der Zwiespalt is dann halt ...deswegen hab ich dann noch son so...Spalt in die  
 { 78} Mitte rein gemacht ...und ja mir is dann auch son bisschen klar geworden oder weiss nicht,  
 { 79} das war auch mehr Zufall also, ähmm. 00:05:49-1  
 { 80}  
 { 81}  
 { 82} P: dass der Vogel...also des einfach wegfliegen und ignorieren und nichts machen dann so  
 { 83} eigentlich voll im Sturzflug is. also des is bisschen unheilvoll, also .. 00:06:01-8  
 { 84}  
 { 85}  
 { 86} I: ja..  
 { 87}  
 { 88}  
 { 89} P: eher negativ eben ..auch belegt, nich so ..ja aber von dem her, des fand ich eigentlich  
 { 90} sehr interessant, dass ich mir vorher eigentlich überhaupt keine Gedanken gemacht habe  
 { 91} und einfach so die Form von dem Stein frei gelegt hab und trotzdem was entstanden is , wo  
 { 92} ich mich so identifizieren kann oder wo so einfach auch passt von der Thematik und des so  
 { 93} für mich auch erkannt hab. Des hat mich echt gefreut. 00:06:26-2  
 { 94}  
 { 95}  
 { 96} I: Mh, ja. 00:06:32-8  
 { 97}  
 { 98}  
 { 99} P: und ja des letzte Bild des hab ich dann letztes Mal dann noch gemacht. Des is ähm ne  
 { 100} aufkeimende Kastanie und ähm, ja des is so (lacht) des is n bisschen längere Geschichte,  
 { 101} also ähm Kastanien mit Kastanien...des war auch des erste Werk wo ich in der  
 { 102} Kunsttherapie gemacht hab, also auf Station. Hab ich so ein Familienbaum, hab ich des  
 { 103} genannt gemacht wo ich eben verschiedene Kastanien dran gemacht hab und ähm des is  
 { 104} so, dass is irgendwie so entstanden bei uns in der Familie, dass wir uns des immer so als  
 { 105} Glücksbringer mitgeben also wenn man (lacht) irgendwie weiss nicht irgende Prüfung oder  
 { 106} ne schwierige Situation oder so dann geben wir uns halt immer als Glücksbringer ne  
 { 107} Kastanie mit so in die Hosentasche , und ähm ja damit wollt ich jetzt zeigen, dass ich  
 { 108} sozusagen, ähm ja so die Unterstützung von Außen, also von meinen Eltern, von meinen

{ 109} Freunden, hier von den Therapeuten, die is quasi da, bloß ähm ..so wirklich was drauß  
 { 110} machen also so aufkeimen und aus mir rauß kommen und des dann umsetzen und  
 { 111} annehmen, muss ich eben selber und des wollt ich damit eben noch so zum Schluss ...ja  
 { 112} zum Ausdruck bringen. 00:07:43-2  
 { 113}  
 { 114}  
 { 115} I: mh, ja...mh...(lange Pause) Können sie noch n bisschen, also ich frag jetzt noch n bisschen  
 { 116} nach, können sie noch n bisschen erzählen wie des war, die Sit ...oder vielleicht erinnern sie  
 { 117} sich auch noch an die Situation oder den Moment wo sie, oder wie kams dazu, wo sie  
 { 118} gemerkt haben des bringt mich vielleicht nicht weiter, wenn ich nur des Ästhetische oder  
 { 119} Schöne beachte beim künstlerischen Arbeiten sondern dass es vielleicht auch mal wichtig  
 { 120} is das was von inneren heraus zum Ausdruck kommt, was vielleicht auch nicht so schön  
 { 121} anzuschauen is. Können sie sich an den Moment noch erinnern? 00:08:43-4  
 { 122}  
 { 123}  
 { 124} P: ne, ich glaub des war eher son Prozess. Es ging eben eher so wirklich son bisschen über  
 { 125} die Stufe dass ich dann ähm nich mehr irgendwie was Ästhetisches unbdedingt schaffen  
 { 126} musste, weil ich mich mehr so mit dem Prozess an sich, also des was weiss ich, des Feilen  
 { 127} oder Malen und drauf los matschen also des an sich für mich dann eben schon so ne Art  
 { 128} Therapie war und mir dann gar nicht mehr so große Gedanken machen musste ooooh wird  
 { 129} des nachher auch schön, sonder einfach ...naja die Wut rauß lassen und auf den Holz  
 { 130} einschlagen oder wie auch immer. Und über den Prozess, und dadurch sind dann halt auch  
 { 131} mal nich so schöne Sachen entstanden , des ...ja ich hab dann aber gemerkt ich kann mich  
 { 132} damit dann auch identifizieren also des gibt, zeigt mir dann auch was oder symbolisiert was  
 { 133} und des ..von dem her..... 00:09:31-6  
 { 134}  
 { 135}  
 { 136} I: Also hat ihnen das Material ansich auch geholfen.. ?und des ausprobieren damit?  
 { 137} 00:09:34-5  
 { 138}  
 { 139}  
 { 140} P: ja! 00:09:34  
 { 141}  
 { 142}  
 { 143} I: Mmh, ok. 00:09:34-5  
 { 144}  
 { 145}  
 { 146} P: Ja eben , des arbeiten ansich da hab ich mir ja seit langem immer dann immer mal  
 { 147} wieder so ...Momente gehabt wo ich mich wirklich so ganz selber vergessen konnte und  
 { 148} einfach , weils halt einfach Spaß gemacht hat oder weiss nich, und einfach drauf los  
 { 149} gearbeitet hab und ne Stunde später erst wieder auf die Uhr geschaut hab oder so und des  
 { 150} gibts bei mir eigentlich gar nicht. Und schon allein des hat mir echt gut getan. 00:09:57-9  
 { 151}  
 { 152}  
 { 153}  
 { 154} I:Mh...OK. Mh... 00:10:07-4  
 { 155}  
 { 156}  
 { 157} I: Also dann haben sie des Sich- Selbst- Gutes Tun, des sie auch bei dem Sternbild ähm  
 { 158} beschrieben haben auch im gestalterischen Tun sozusagen erlebt . In dem sie so loslassen  
 { 159} konnten und die Zeit auch vergessen konnten. 00:10:19-8  
 { 160}  
 { 161}  
 { 162} P: Ja!, Mmh. 00:10:18-3  
 { 163}  
 { 164} I: Mmmh, ok....und... was wollt ich noch fragen? Bei dem ersten Bild haben sie ja gesagt, da  
 { 165} gings dann um die Wut die sie rauß lassen wollten. Wie gings ihnen denn dann da danach,  
 { 166} oder wie haben sie des erlebt als des Bild fertig war? 00:10:35-6  
 { 167}  
 { 168}  
 { 169} P: also ja da wars so, dass ich mich damit dann zwar gut identifizieren konnte also ich  
 { 170} konnte dann schon sagen ja genau so wollte ich es machen und des is meine Wut und so.  
 { 171} des passt schon, aber ähm die Wut dadurch wirklich losgeworden bin ich nich , also des war  
 { 172} jetzt nich so ne Art abreagieren sondern ich hab sie halt einfach nur dargestellt und des war  
 { 173} dann auch ok., aber die Wut war dann halt immer noch da. Aber ähm was eigentlich ganz

{ 174} interessant war, ähm so wirklich ausgelebt hab ich die Wut eigentlich eher bei dem Stein.  
 { 175} Also , da wars dann auch so, dass direkt vor der Kunsttherapie auch irgendwas vorgefallen  
 { 176} is, wo mich total auf die Palme gebracht hat und ich wirklich total dann aggressiv war und  
 { 177} ähm dann einfach so auf den Stein da so (lacht) weiss nich dran rum zu feilen und so des ,  
 { 178} danach gings mir dann wirklich gut und des ja, da hab ich dann die Wut son bisschen eher  
 { 179} zum Ausdruck gebracht ... 00:11:32-1  
 { 180}  
 { 181} Also nich durch des was entstanden is sondern einfach halt beim Arbeiten. 00:11:38-6  
 { 182}  
 { 183}  
 { 184} I: Mh..mh..und den Vorgang, den sie da gerade beschrieben haben, können also, wie könnte  
 { 185} der sie ...des is ja jetzt in der Kunsttherapie passiert, könnte des auch irgendwie für des  
 { 186} Leben drau..ja im Alltag hilfreich sein? 00:12:02-2  
 { 187}  
 { 188}  
 { 189} P: Grad jetzt mit der Wut, oder wie meinen Sie des? 00:12:05-7  
 { 190}  
 { 191}  
 { 192} I: ja, was haben sie da für Erkenntnisse oder auch mitgenommen dann? 00:12:11-3  
 { 193}  
 { 194}  
 { 195} P: also, es ist so jetzt zuhause is es eigentlich eher so, dass ich ähm malen oder so wieder  
 { 196} angefangen hab irgendwie was zusammen zu basteln oder irgendwelche Collagen zu  
 { 197} machen, einfach damit mirs selber halt wieder gut geht. Eben eher zu dem Thema, mir was  
 { 198} gönnen oder was für mich tun. Also, nich irgendwie um mich abzureagieren. Dass is dann  
 { 199} auch meistens schwierig, weil in der Situation wo halt die Wut aufkommt, da hab ich dann  
 { 200} halt nich grad ein Stein da oder ja...die Materialien. Von dem her, des nutze ich eigentlich  
 { 201} grad eher so auf der Ebene. 00:12:43-3  
 { 202}  
 { 203}  
 { 204} I: ok. ....Gut. Vielleicht können sie noch ein bisschen was zum Ablauf der  
 { 205} Kunsttherapiestunde sagen. Einfach son bisschen erzählen, wie sie des erlebt haben. Wie  
 { 206} so ne Kunsttherapiesitzung abläuft. 00:13:01-9  
 { 207}  
 { 208}  
 { 209} P: Ja also, ähm..ich fand irgendwie, teilweise am Anfang da dachte ich mir naja, nur ne  
 { 210} Stunde arbeiten und hinterher dann ne halbe Stunde besprechen, des is ja voll lang und ich  
 { 211} würd eigentlich lieber die ganze Zeit irgendwie arbeiten und so...aber grad in den letzten  
 { 212} Stunden wars dann so, dass uns eigentlich hinterher beim besprechen eigentlich immer die  
 { 213} Zeit ausgegangen is und ich mir dann auch da noch mehr Zeit gewünscht hätte. Also, ..und  
 { 214} für mich wars allgemein immer irgendwie zu kurz. Weil wenn ich dann grad so richtig im  
 { 215} Arbeiten drinn war, war die Arbeitsphase schon wieder vorbei und...ich wollt eigentlich nich  
 { 216} anfangen zu besprechen aber gleichzeitig wusste man ja auch wieder , da geht auch die  
 { 217} Zeit aus. Und..also ich hätts mir allgemein länger gewünscht so... 00:13:55-1  
 { 218}  
 { 219}  
 { 220} I: Ja...ok. Dann wie sind sie denn ähm.. zu den Materialien gelangt? Also,...also wie haben  
 { 221} sie sich für die Farben entschieden oder für den Stein ..oder für die Pastellkreiden ? Können  
 { 222} sie sich da noch erinnern wie des zustande kam? 00:14:14-8  
 { 223}  
 { 224}  
 { 225} P: Ähm, ja also....ähm..des is jetzt ein bisschen schwierig, weil ich schon auf Station mit  
 { 226} allen Materialien schon gearbeitet hab. 00:14:22-6  
 { 227}  
 { 228}  
 { 229} I: Oder so allgemein, vielleicht...isses eher so ein spontan...dass sie reinkommen und sich  
 { 230} überlegen des möchte ich jetzt machen. Oder haben sie immer schon ne genaue  
 { 231} Vorstellung? 00:14:37-7  
 { 232}  
 { 233}  
 { 234} P: Nee, schon eher spontan, nach was mir gerade is. Und kommt halt auch drauf an was ich  
 { 235} gerade ähm umsetzen will. Wenn ich jetzt weiss ja Wut, dann wüsst ich jetzt erstmal nich so  
 { 236} wirklich, wie ich des an nem Stein jetzt zeigen soll oder so, und dann sind mir halt so  
 { 237} spontan die Farben so gekommen. Oder bei den Pastellkreiden, da wollt ich halt irgendwie  
 { 238} sowas harmonisches ...und ja ...des dacht ich kommt damit vielleicht am besten zum

{ 239} Ausdruck.. 00:15:04-7  
 { 240}  
 { 241}  
 { 242} I: Mh, ...mh,ok. Können sie vielleicht noch ´n bisschen erzählen was für ne Rolle auch die  
 { 243} Kunsttherapeutin gespielt hat? Wie sie des so erlebt haben für sich? 00:15:25-6  
 { 244}  
 { 245}  
 { 246} P: also, ich fands gut, dass sie eben am Anfang einfach nur so gefragt hat...ja und was  
 { 247} wollen sie heute machen? und des dann ganz offen gelassen hat. Also sie hat eigentlich nie  
 { 248} irgendwelche Anregungen gegeben. Des fand ich gut. Also nie irgendwie gesagt: ja, ach  
 { 249} Frau XXX da wären ja auch noch die Aquarellfarben oder so...sondern einfach nur ganz  
 { 250} Allgemein...hat sie am Anfang eben eingeführt, ja also sie wollen malen, ja sie wissen ´ja es  
 { 251} gibt die Pastellkreiden, es gibt die weiss..nicht..die Aquarellfarben und die Buntstifte ...hat  
 { 252} allgemein.. dass man so wusste, ganz neutral...o.k. des und des is da, aber sie hat nie  
 { 253} irgendwie versucht einen zu beeinflussen so jetzt...son Stein wär doch auch mal gut oder so.  
 { 254} Sondern hat einfach die Möglichkeiten aufgezeigt, aber dann so des selbständige Arbeiten  
 { 255} eigentlich einem überlassen. Und des fand ich gut. Und ähm.. 00:16:19-8  
 { 256}  
 { 257}  
 { 258} P:Ja, sie hat des dann hinterher eigentlich echt immer gut hinbekommen , selbst wenn ich  
 { 259} manchmal selber nicht wirklich gewusst hab, was des jetzt darstellt oder was ich damit jetzt  
 { 260} sagen will. oder wie auch immer. Ähm...ja hat sie und natürlich auch mit Unterstützung von  
 { 261} der Gruppe dann immer auch hinbekommen, dass dann wirklich was für mich dann  
 { 262} sinnvolles dabei rauskam. Und ich dann erkannt hab, ok. des hat wirklich einen Hintergrund  
 { 263} und ähm...ja..des fand ich echt gut. Und eben, dass für mich...war eben auch wichtig, dass  
 { 264} sie mich immer wieder drauf aufmerksam gemacht hat, dass ich nicht in den Ästhetischen  
 { 265} Bereich so arg rutschen soll. Sondern, ja des hat mir auch geholfen. 00:16:57-2  
 { 266}  
 { 267}  
 { 268} I: Mh..ok. Ähm...ja jetzt würd ich gerne noch was zur Gruppe fragen. Da einfach auch mal,  
 { 269} wie sie des erlebt haben in einer Gruppe zu gestalten ...und die anderthalb Stunden zu  
 { 270} verbringen. Wie es ihnen damit ging. Was sie da erfahren haben. 00:17:18-1  
 { 271}  
 { 272}  
 { 273} P: Ähm, irgendwie während dem Arbeiten selber hab ich die Gruppe irgendwie gar nicht  
 { 274} wahrgenommen, also wie gesagt da war ich ziemlich bei mir und ...ähm deswegen, des  
 { 275} hätte für mich keine Rolle gespielt ob ich da jetzt allein gesessen wär oder ähm mit anderen  
 { 276} drum rum, aber was halt hilfreich war, danach zu besprechen, weil halt wirklich von den  
 { 277} verschiedenen Leuten dann so unterschiedliche Sachen gekommen sind oder immer: ooooh,  
 { 278} kuck mal bei deinem Stein, ja da könnte man ja auch des und des drin sehen oder und  
 { 279} vorallem hilfreich war halt auch, die haben einen halt auch von drumrum gekannt also hier  
 { 280} von den anderen Therapien und wussten dann eben auch son bisschen was die  
 { 281} Schwierigkeiten sind und konnten des dann halt auch ähm noch besser auf die ähm..ja  
 { 282} Dinge die entstanden sind beziehen, also ich mein so...als Kunsttherapeutin hat man halt  
 { 283} dann doch nich so den Blick auf die Person, denk ich mal, wie die MItpatienten, wo einen  
 { 284} halt die ganze Zeit sehen. 00:18:12-5  
 { 285}  
 { 286}  
 { 287} P: und dann einfach so...wenn man mit denen davor halt irgendwie ein Gespräch geführt hat  
 { 288} ...ooo ich bin wieder so wütend, und konnt es nich zeigen...weiss nicht, dann hat der des halt  
 { 289} da drin sofort drin gesehen. und konnt einen dann da auch drauf aufmerksam machen. Und  
 { 290} des hat mir auch oft geholfen. Und dann hab ich auch für mich gesehen, dass ich bei  
 { 291} anderen in den Bildern oder so Sachen erkannt hab, wo ich halt einfach gemerkt hab, ja des  
 { 292} passt dazu und ..des trifft zu. 00:18:36-2  
 { 293}  
 { 294}  
 { 295} I: dann war des so gegenseitig? 00:18:36-2  
 { 296}  
 { 297}  
 { 298} P: Ja, genau. 00:18:40-4  
 { 299}  
 { 300}  
 { 301} I: mh...mh...ähm..wie haben sie denn-wie haben sie denn so die Gestaltungen von den  
 { 302} anderen erlebt? Von den anderen Gruppenmitgliedern haben sie jetzt schon ein bisschen  
 { 303} gesagt, aber vielleicht können sie des noch ein bisschen ausführen. Wenn sie dann auch

{ 304} gesehen haben, was die so machen? 00:18:57-2  
 { 305}  
 { 306}  
 { 307} P: Ähm...also was meinen sie jetzt? Was dann hinterher dabei heraus gekommen is ?  
 { 308} 00:19:09-0  
 { 309}  
 { 310}  
 { 311} I: Ja.. also sie waren ja Teil der Gruppe und da entstehen ja dann auch andere Sachen, die-  
 { 312} die auch auf einen selber wirken, sozusagen. Vielleicht gibts da auch Erfahrungen, die sie  
 { 313} gemacht haben oder wie haben sie das erlebt? 00:19:27-7  
 { 314}  
 { 315}  
 { 316} P: Ja , ich hab halt...ok. hier wars jetzt eher weniger der Fall, weil eben die meisten anderen  
 { 317} Patienten eben nicht mich Essstörungen da waren sondern mit anderen Symptomen, aber  
 { 318} auf Station oben da hab ich eben ganz oft auch gemerkt, ja des- des könnt- könnt jetzt auch  
 { 319} ich sein. Also des würde auch auf mich passen oder, hab da eben dann auch in den Werken  
 { 320} wieder gesehen, die haben genau die gleichen Probleme wie ich, des trifft es eigentlich voll.  
 { 321} und hab da dann auch gemerkt, ja...oder gings mir dadurch auch besser, weil ich auch  
 { 322} gesehen hab, ich bin nicht alleine sondern die anderen haben die gleichen Probleme  
 { 323} und...müssen des auch irgendwie so verarbeiten. 00:20:06-1  
 { 324}  
 { 325}  
 { 326} I: Mh...Können sie da ein Beispiel nennen? 00:20:05-4  
 { 327}  
 { 328}  
 { 329} P:Mh...(lange Pause). Ja, es gab dann eben öfters mal irgendwie so - so Bilder mit ääh..ja  
 { 330} wo irgendwie, weiss nich irgendwie so-so ne Art schwarzes Loch oder so ein Strudel, wo  
 { 331} man dann einfach sieht ja die Essstörung und oh nein da is so ....da will ich jetzt nicht enden  
 { 332} oder ...so des negativ Beispiel, oder auch so-so zwei Seiten so-so schwarz weiss oder so  
 { 333} und ..ja es gab immer wieder so Sachen wo ich gesehen hab, des passt doch irgendwie. ..  
 { 334} 00:20:49-6  
 { 335}  
 { 336}  
 { 337} I: Mh..mh... Haben sie des dann auch als Anregung genommen? oder....? 00:20:52-7  
 { 338}  
 { 339}  
 { 340} P: Nee, eigentlich eher weniger. Ich hab mich da eigentlich von den anderen eh..nich wirklich  
 { 341} irgendwie dazu verleiten lassen ..so auch die macht des und des dann mach ich des jetzt  
 { 342} auch so sondern hab schon geschaut, dass ich eher des mach, was mir selber grad wichtig  
 { 343} is. 00:21:10-4  
 { 344}  
 { 345}  
 { 346} I: Mmmh, ...Vielleicht können sie nochmal ein bisschen erzählen, da sind sie auch schon zum  
 { 347} Teil drauf eingegangen. Ähm, was sie auch für Veränderungen durch die Kunsttherapie  
 { 348} wahrgenommen haben? Also des mit den- mit dem perfekten oder auch dem künstlerisch-  
 { 349} ästhetischem Arbeiten, des haben sie vorhin schon benannt, aber gibt es auch noch andere  
 { 350} Dinge, wo sie sagen da hat sich irgendwas verändert? Jetzt in Bezug auf die  
 { 351} Kunsttherapie? Da haben sie eine Veränderung wahrgenommen? 00:22:09-4  
 { 352}  
 { 353}  
 { 354} P: Ja, also zum einen,...also des mit dem -mit dem Ästhetischen des war eben so des  
 { 355} Hauptding, sozusagen was sich verändert hat. Und ähm.. was auch dazu kam, dass ich mir  
 { 356} immer mehr irgendwie Sachen dann auch zugetraut hab, weil ich halt am Anfang auch eher  
 { 357} skeptisch war so äähhhh Holz, nnnh neeeh also des kann ich ja bestimmt nicht und so. Und  
 { 358} einfach so durch des ausprobieren und hier in nem geschützten Rahmen, sag ich mal, wo  
 { 359} einfach auch nichts dabei raußkommen muss. Wenn ich dabei ein paar mal drauf klopf und  
 { 360} es wird halt nichts, dann wirts halt nichts. Aber einfach so, dass ich des mal ausprobieren  
 { 361} konnte und dann immer gesehen hab, ja klappt ja und ich kanns ja und des hat mir schon  
 { 362} ...dann auch geholfen und ...ja...und eben dass ich mich da eben so wirklich selber  
 { 363} vergessen konnte und des so genießen konnte so für mich und zu sehen ja des macht mir  
 { 364} Spass. .... 00:23:30-8  
 { 365}  
 { 366}  
 { 367} I: Mh...Ja,dann haben sie jetzt auch gesagt was sie so mit nehmen auch für die Zukunft auch.  
 { 368} Gibts denn noch was, was sie ...was wir jetzt vielleicht total vergessen haben, was sie

{ 369} vielleicht noch hinzufügen möchten? 00:24:09-7  
{ 370}  
{ 371}  
{ 372} P: Spontan jetzt grad eigentlich nichts... 00:24:09-4  
{ 373}  
{ 374}  
{ 375} I: Ja, ...gut...ja dann würd ich sagen: vielen Dank! dass sie so offen waren und ein bisschen  
{ 376} davon berichtet haben wie es ihnen ging in der Kunsttherapie und ich wünsche ihnen alles  
{ 377} Gute! 00:25:02-3

Kategoriensystem nach der Qualitativen Inhaltsanalyse:

## 1. Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen aus Patientinnensicht

- Nacherleben des gestalterischen Tuns

„(...) bei der Krone ...i han da ersch die Äste gemalt, so grob, und dann halt des Grüne..und klar man kann dann ..wenn man des grün relativ wässrig macht und einen Ast übermalt, dann scheint, der halt noch so durch. und kann dann nacher wenn .., man kann da einfach nochmal besser drüber malen. Des isch bei der Pastellkreide gut.“ (696-699)

- Erleben, wie das gestalterische Tun wirkt

„O.k. Ähmm..also es war so, also der Stein war des erste was i gemacht han, und ähm..also beimir wars..ss.ss..ääh.. so dass ich ähm..also den Stein geschafft han, da hat des einfach rein die Tätigkeit hat mir unheimlich gut getan.“ (21-23)

- Erleben, wie die Gestaltung wirkt

„Ja aber von dem her, des fand ich eigentlich sehr interessant, dass ich mir vorher eigentlich überhaupt keine Gedanken gemacht habe und einfach so die Form von dem Stein frei gelegt hab und trotzdem was entstanden is , wo ich mich so identifizieren kann oder wo so einfach auch passt von der Thematik und des so für mich auch erkannt hab.“ (90-93)

- Erleben von Gefühlen

„ (...) Sachen hier gemacht und ähm..in der ersten Stunde ähm, hab ich hier (zeigt auf das rote Bild) meine Wut, wollt ich da zum Ausdruck bringen. (41-43)

- Symbolisierungserleben

„(...)und ähm, wir haben dann aber relativ schnell zusammen so gesehen, dass auf der Seite ähm so eine Art Vogel entstanden is, ähm..und auf der anderen Seite ein Auge eben“ (69-70).

## 2. Kunsttherapeutische Erlebensdimensionen in Bezug auf die Kunsttherapeutin und in Bezug zur Kunsttherapiegruppe

- Erleben der Beziehung zur Kunsttherapiegruppe

„Dann wars halt au so, dass die anderen Mitpatienten, einfach au gsagt han, was ihnen da jetzt auffällt oder was ihnen dazu einfällt oder wie sie des Bild jetzt ..ähm..findet.“ (378-380)



- Erleben der Beziehung zur Kunsttherapeutin

„Also, ich fands gut, dass sie eben am Anfang einfach nur so gefragt hat...ja und was wollen sie heute machen? und des dann ganz offen gelassen hat. Also sie hat eigentlich nie irgendwelche Anregungen gegeben. Des fand ich gut.“ (246-248)

### 3. Veränderte Selbstwahrnehmung der Patientinnen

„O.k. Also, ähm...ja also ich bin halt seit ich hier bin, insgesamt irgendwie ..i däht mal sagen einfach gelassener geworden. Also ich bin nicht mehr so.. dass jeder kleine Veränderung, (...)" (630-631).

Kodierregeln:

Unterscheidung der Unterkategorien in der ersten Hauptkategorie:

- 1.1 „Erleben des gestalterischen Tuns“ meint die Vorgehensweise, technische Abläufe und das gestalterische Tun an sich, ohne Beschreibungen zu einer Wirkung davon.
- 1.2 „Erleben wie das gestalterische Tun wirkt“ schließt nur Aussagen ein, mit denen eine Auswirkung des gestalterischen Tuns beschrieben wird.
- 1.3 „Erleben wie die Gestaltung wirkt“ ist nur auf das Werkobjekt bezogen.
- 1.4 Erleben von Gefühlen, hier werden nur Textstellen eingeordnet, die direkt Gefühle benennen, die mit dem Gestaltungsprozess, der Gestaltung, der Gruppe, mit eigenen Erfahrungen oder der Therapeutin zusammenhängen.
- 1.5 Symbolisierungserleben hier werden nur Textstellen eingeordnet, die eine Interpretation der Gestaltung oder Deutungen aus dem gesamten Therapiegeschehen beinhalten. Textstellen, die Erklärungen abgeben über die Bedeutung der Gestaltung oder zu anderen Situationen, die einen symbolhaften Charakter haben.

Die zweite Hauptkategorie wird unterteilt in das Erleben mit der Kunsttherapiegruppe und der Kunsttherapeutin.

Die dritte Hauptkategorie beinhaltet alle Textstellen, in denen die Interviewten von einer Veränderung in Bezug auf ihre Erkrankung, ihres Wohlbefindens etc. sprechen

Quantitativer Teil:

Fragebogen FEKTP



**Universitätsklinikum Tübingen**  
**Medizinische Klinik**

**Abteilung Innere Medizin VI**  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor  
Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Osianderstraße 5  
72076 Tübingen

# Fragebogen zum Erleben der Kunsttherapiegruppe aus PatientInnensicht

|                      |
|----------------------|
| <b>Patientencode</b> |
|----------------------|

Datum: .....

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten Sie in diesem Fragebogen nach ihren Erfahrungen aus der heutigen Kunsttherapiesitzung befragen.

Dieser Fragebogen soll uns darüber Auskunft geben, inwieweit die Kunsttherapie eine positive Wirkung auf ihren Genesungsprozess hat.

Der Fragebogen dient der Qualitätssicherung.

Bitte beachten sie Folgendes:

- Wichtig ist, dass Sie *alle Fragen* beantworten und keine Frage auslassen. Nur dann können wir Ihre Angaben sinnvoll auswerten.
- Bei der Beantwortung können Sie sich ruhig *Zeit lassen*. Allerdings sollten Sie dabei nicht ins Grübeln geraten, d.h. nicht zu lange nachdenken, sondern wenn möglich spontan antworten.
- Es ist wichtig, dass Sie die Fragen *selbst beantworten* und sich dabei z. Bsp.: nicht „helfen“ oder gar „vertreten“ lassen. Hilfe ist auch gar nicht nötig, denn bei allen Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.
- Genau wie all ihre Daten werden auch Ihre Angaben in diesem Fragebogen *streng vertraulich* behandelt.

Beispiel:

Wenn diese Aussagen „überwiegend zutrifft“, dann bitte die 4 ankreuzen.

|   | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | 5<br>trifft<br>voll und<br>ganz zu |
|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Das Gestalten hat mir Freude bereitet. | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>           |

|   | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwie-<br>gend nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | 5<br>trifft<br>voll<br>und<br>ganz zu |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Das Gestalten hat mir Freude bereitet.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 2. Ich konnte heute in der Kunsttherapie meinen Gefühlen Ausdruck verleihen.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 3. Ich habe mich heute mit meinen Stärken erleben können.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 4. Ich habe heute ein gestalterisches Problem gelöst.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 5. Durch meine Gestaltung sind mir eigene Verhaltensweisen bewusst geworden.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 6. Das Gestalten hilft mir, mich der Gruppe anzuvertrauen.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 7. Das, was ich heute in der Kunsttherapie gemacht habe, hat unangenehme Gefühle hervorgerufen.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 8. Die Kunsttherapeutin hat meinen Gefühlen Beachtung geschenkt.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 9. Die Gestaltung hat mir heute Hoffnung gegeben.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 10. Mir sind heute meine Wünsche bewusster geworden.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 11. Ich habe heute etwas darüber erfahren, wie ich mit anderen Menschen in Kontakt trete.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 12. Ich habe heute einen Hinweis von der Kunsttherapeutin erhalten.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 13. Die Gestaltung eines Gruppenmitglieds zeigte heute ein Thema, das mich inspirierte.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 14. Das Gestalten hat mich heute an meine Probleme erinnert.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 15. Ich habe eine befreiende Wirkung erlebt.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 16. Ich hatte heute das Gefühl, dass mich die Gruppe versteht.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |
| 17. Die Kunsttherapiesitzung hat dazu beigetragen, dass ich Probleme, die ich in der Vergangenheit mit wichtigen Menschen hatte, besser verstehen kann. | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |

|  | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | 5<br>trifft<br>voll<br>und<br>ganz<br>zu |
|--|--------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 18. Ich habe heute beim Gestalten bemerkt, dass ich selbst- verantwortlich für mein Handeln bin.             | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 19. Mir wurde heute durch die Gestaltung klar, worauf es mir im Leben ankommt.                               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 20. Die heutige Kunsttherapiestunde machte mir bewusst, wie es mir in meiner Familie geht.                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 21. Es war heute wichtig, dass mir bei der Umsetzung meiner Gestaltung geholfen wurde.                       | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 22. Ich habe heute in der Kunsttherapie erfahren, wie ich auf andere wirke.                                  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 23. Ich fühlte mich heute von der Kunsttherapeutin unterstützt.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 24. Durch das Gestalten in der Gruppe habe ich heute bemerkt, wie ich mit anderen umgehe.                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 25. Ich habe mich heute der Kunsttherapiegruppe zugehörig gefühlt.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 26. Ich konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben.                   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 27. Es war erleichternd zu sehen, dass auch andere Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihrer Gestaltung haben. | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 28. Ich habe durch das Gestalten bemerkt, dass ich selbst etwas bewirken kann.                               | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 29. Meine Gestaltung ist wie ein Vorbild für mich.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 30. Ich hatte heute den Eindruck, dass ich hilfreich für andere bin.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 31. Heute habe ich bemerkt, dass auch andere ähnlich fühlen und denken wie ich.                              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |
| 32. Zu sehen, dass andere von der Kunsttherapie profitieren, macht auch mir Hoffnung.                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                 |



**Universitätsklinikum Tübingen**  
**Medizinische Klinik**

**Abteilung Innere Medizin VI**  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor  
Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Osianderstraße 5  
72076 Tübingen

Fragebogen  
zum  
Erleben der  
Kunsttherapiegruppe aus  
KunsttherapeutInnen-sicht

Patientencode:

Datum: .....

|  | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend zu | 5<br>trifft<br>voll<br>und<br>ganz<br>zu |
|--|--------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| 1. Das Gestalten hat dem Patient Freude bereitet.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 2. Der Patient konnte heute in der Kunsttherapie seinen Gefühlen Ausdruck verleihen.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 3. Der Patient konnte seine Stärken erleben.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 4. Der Patient hat heute ein gestalterisches Problem gelöst.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 5. Dem Patient sind heute eigene Verhaltensweisen bewusst geworden.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 6. Das Gestalten hat dem Patienten heute geholfen, sich der Gruppe anzuvertrauen.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 7. Die Kunsttherapie scheint heute unangenehm für den Patienten gewesen zu sein.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 8. Der Patient fühlte sich ausreichend von mir beachtet.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 9. Die Gestaltung hat ihm heute Hoffnung gegeben.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 10. Dem Patient sind heute Wünsche bewusst geworden.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 11. Der Patient hat heute etwas darüber erfahren, wie er mit anderen Menschen in Kontakt tritt.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 12. Ich habe dem Patienten einen Hinweis gegeben.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 13. Die Gestaltung eines Gruppenmitglieds inspirierte den Patienten.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 14. Das Gestalten hat den Patienten an seine Probleme erinnert.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 15. Der Patient wirkte befreiter nach der Kunsttherapiestunde.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 16. Der Patient wurde von der Gruppe verstanden.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |
| 17. Die Kunsttherapiestunde hat dazu beigetragen, dass der Patient Schwierigkeiten, die er in der Vergangenheit mit Menschen hatte, besser verstehen kann. | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 |



|   | <b>0<br/>trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</b> | <b>1<br/>trifft<br/>überwie-<br/>gend<br/>nicht zu</b> | <b>2<br/>trifft<br/>eher<br/>nicht<br/>zu</b> | <b>3<br/>trifft<br/>gerade<br/>noch<br/>zu</b> | <b>4<br/>trifft<br/>überwie-<br/>gend<br/>zu</b> | <b>5<br/>trifft<br/>voll<br/>und<br/>ganz</b> |
|---|--|--|---|--|--|---|
| 18. Der Patient hat heute beim Gestalten bemerkt, dass er selbstverantwortlich für sein Handeln ist.                                  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 19. Dem Patienten wurde heute durch die Gestaltung klar, worauf es ihm im Leben ankommt.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 20. Die heutige Kunsttherapiestunde machte dem Patienten bewusster, wie es ihm in seiner Familie geht.                                | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 21. Es war heute wichtig, dass dem Patienten bei der Umsetzung seiner Gestaltung geholfen wurde.                                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 22. Der Patient hat heute gemerkt, wie er auf andere wirkt.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 23. Ich denke, dass sich der Patient von mir unterstützt fühlt.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 24. Durch das Gestalten in der Gruppe, hat der Patient gemerkt, wie er mit anderen umgeht.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 25. Der Patient war heute in die Kunsttherapiegruppe integriert.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 26. Der Patient konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben.                                    | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 27. Zusehen, dass auch andere Schwierigkeiten mit einem bestimmten Material haben, erleichterte das Arbeiten für den Patienten heute. | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 28. Der Patient hat heute bemerkt, dass er selbst etwas bewirken kann.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 29. Die Gestaltung könnte wie ein Vorbild für ihn sein.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 30. Der Patient war heute für andere hilfreich.   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 31. Der Patient bemerkte heute, dass auch andere ähnlich fühlen und denken wie er.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |
| 32. Zu sehen, dass andere von der Kunsttherapie profitieren, macht ihm heute Hoffnung.  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                      |

Bei Verwendung des Fragebogens wird gebeten, die Autorin  
([cganter.argast@yahoo.de](mailto:cganter.argast@yahoo.de)) zu benachrichtigen.

Fragebogen  
zum  
Erleben der  
Kunsttherapiegruppe  
aus PatientInnensicht  
(FEKTP)  
Neue Version 2015

|             |
|-------------|
| <b>Code</b> |
|-------------|

Datum: .....

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten Sie in diesem Fragebogen nach ihren Erfahrungen aus der heutigen Kunsttherapiesitzung befragen.

Dieser Fragebogen soll uns darüber Auskunft geben, inwieweit die Kunsttherapie eine positive Wirkung auf ihren Genesungsprozess hat.

Der Fragebogen dient der Qualitätssicherung.

Bitte beachten sie Folgendes:

- Wichtig ist, dass Sie *alle Fragen* beantworten und keine Frage auslassen. Nur dann können wir Ihre Angaben sinnvoll auswerten.
- Bei der Beantwortung können Sie sich ruhig *Zeit lassen*. Allerdings sollten Sie dabei nicht ins Grübeln geraten, d.h. nicht zu lange nachdenken, sondern wenn möglich spontan antworten.
- Es ist wichtig, dass Sie die Fragen *selbst beantworten* und sich dabei z. Bsp.: nicht „helfen“ oder gar „vertreten“ lassen. Hilfe ist auch gar nicht nötig, denn bei allen Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.
- Genau wie all ihre Daten werden auch Ihre Angaben in diesem Fragebogen *streng vertraulich* behandelt.

Beispiel:

Wenn diese Aussagen „überwiegend zutrifft“, dann bitte die 4 ankreuzen.

|   | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwiegend<br>nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | 5<br>trifft<br>voll und<br>ganz zu |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Das Gestalten hat mir Freude bereitet. | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>           |

|   | 0<br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | 1<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>nicht zu | 2<br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | 3<br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | 4<br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | 5<br>trifft<br>voll<br>und<br>ganz |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Das Gestalten hat mir Freude bereitet.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 2. Ich habe mich heute mit meinen Stärken erleben können.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 3. Ich habe heute ein gestalterisches Problem gelöst.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 4. Durch meine Gestaltung sind mir eigene Verhaltensweisen bewusst geworden.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 5. Das Gestalten hilft mir, mich der Gruppe anzuvertrauen.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 6. Die Kunsttherapeutin hat meinen Gefühlen Beachtung geschenkt.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 7. Die Gestaltung hat mir heute Hoffnung gegeben.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 8. Ich habe heute etwas darüber erfahren, wie ich mit anderen Menschen in Kontakt trete.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 9. Ich habe heute einen Hinweis von der Kunsttherapeutin erhalten.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 10. Die Gestaltung eines Gruppenmitglieds zeigte heute ein Thema, das mich inspirierte.   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 11. Ich habe eine befreiende Wirkung erlebt.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 12. Ich hatte heute das Gefühl, dass mich die Gruppe versteht.  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |
| 13. Die Kunsttherapiesitzung hat dazu beigetragen, dass ich Probleme, die ich in der Vergangenheit mit wichtigen Menschen hatte, besser | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |

|  | <b>0</b><br>trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | <b>1</b><br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>nicht<br>zu | <b>2</b><br>trifft<br>eher<br>nicht<br>zu | <b>3</b><br>trifft<br>gerade<br>noch<br>zu | <b>4</b><br>trifft<br>überwie-<br>gend<br>zu | <b>5</b><br>trifft<br>voll<br>und<br>ganz<br>zu |
|--|---|---|---|--|--|---|
| 14. Mir wurde heute durch die Gestaltung klar, worauf es mir im Leben ankommt.             | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 15. Die heutige Kunsttherapiestunde machte mir bewusst, wie es mir in meiner Familie geht. | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 16. Es war heute wichtig, dass mir bei der Umsetzung meiner Gestaltung geholfen wurde.     | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 17. Ich habe heute in der Kunsttherapie erfahren, wie ich auf andere wirke.                | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 18. Ich fühlte mich heute von der Kunsttherapeutin unterstützt.                            | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 19. Durch das Gestalten in der Gruppe habe ich heute bemerkt, wie ich mit anderen umgehe.  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 20. Ich habe mich heute der Kunsttherapiegruppe zugehörig gefühlt.                         | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 21. Ich konnte heute einem Gruppenmitglied hilfreiche Hinweise zu seiner Gestaltung geben. | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |
| 22. Meine Gestaltung ist wie ein Vorbild für mich.   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                        |

Vielen Dank!