

*Kunsttherapie-Symposium des Instituts für Kunst und Therapie München (IKT) am
1.2.2009*

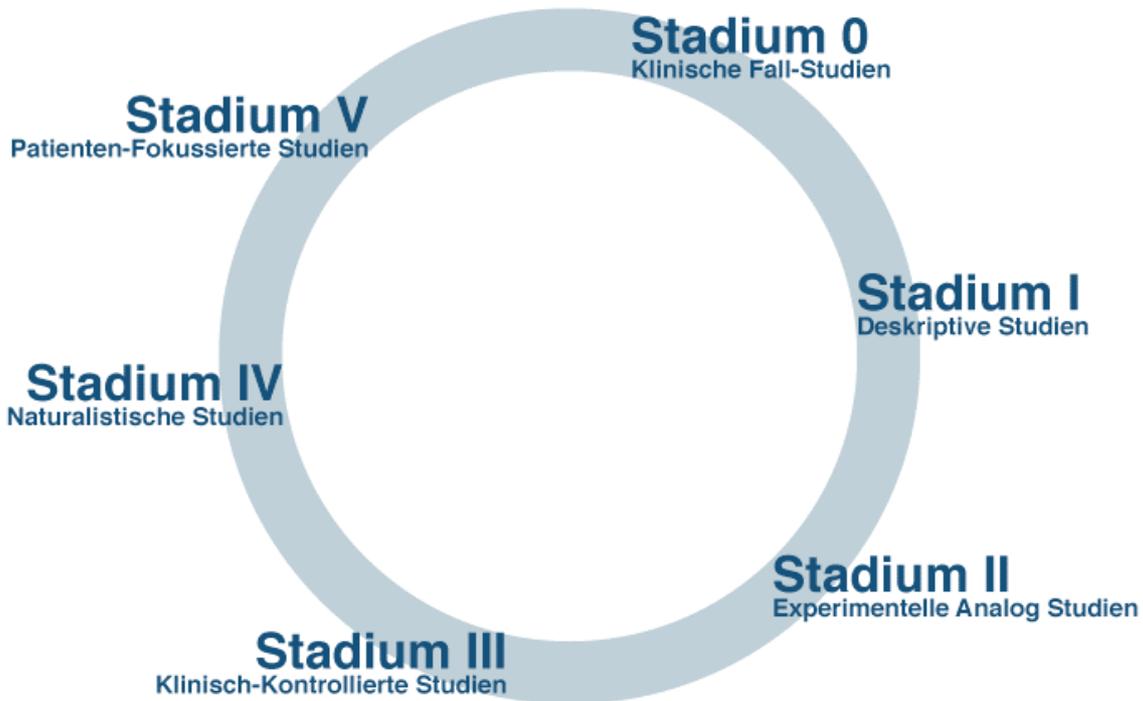
KUNSTTHERAPIE – EIN GEGENSTAND NICHT-KÜNSTLERISCHER FORSCHUNG?

HORST KÄCHELE, JOERN VON WIETERSHEIM & ALEXANDRA DANNER-
WEINBERGER

UND DIE ULMER STUDIENGRUPPE KUNSTTHERAPIE

Es dürfte vernünftig sein, am Beginn darauf hinzuweisen, dass Forschung vielfältiges meinen kann: ein Baby erforscht, untersucht mit allen Sinnen, welcher Umgang mit der Pflegeperson, der vernünftigste ist, um das Ziel einer zuverlässigen Bindung zu erreichen. Zielkorrigierte Partnerschaft begleitet das Leben von der Wiege bis zur Bahre, und lebt von einem ständigen Erkundungsvorgang auf Vertrautes und Neues. Überlegungen zu einem „Sinn der Sinne in der Kunsttherapie“, wie sie Dannecker (2009) ausgeführt hat, lassen sich als Konzeptforschung auffassen, als Durchdringung von Zusammenhängen zwischen „künstlerischem Material und seiner Beziehung zum menschlichen Körper“ (S.187). Inwieweit solche gedanklichen Ausführungen erhellend – und ob und sie die alltägliche Praxis bereichern, wäre dann ein Schritt zu dem Feld, das von mir als Therapieforschung angesprochen werden wird. Therapieforschung ist auch kein einheitliches Gebilde; seit längerem schlage ich vor, die Forschungsaktivitäten zu sondern, um sie getrennt evaluieren zu können:

Sechs Stadien der Therapieforschung:



© ck · www.jcc-hamburg.com

Mit diesen Unterscheidungen kann klarer benannt werden, welche Bereiche unumstritten und wo gestritten wird.

Unumstritten waren und sind die Klinischen Fallstudien, die als Kommunikationsplattform Identitätsbildende Aufgaben haben. Ich nehme an – ohne es genauer zu wissen – dass auch die Kunsttherapeuten – wie die Psychoanalytiker – Musterbeispiele in der Lehre weitergeben und damit auch Methodenvielfalt dokumentieren. Unumstritten sind in der Psychotherapieforschung deskriptive Ansätze, die seit den fünfziger Jahren vielfältige Beschreibungsverfahren generiert haben. Lange wurden diese Ansätze als Inhaltsanalyse gekennzeichnet; ich ziehe den Begriff ‚deskriptive Analysen‘ vor, weil er sowohl formale wie inhaltliche Aspekte umfasst. In der Kunsttherapie liegen auch erste Übersichtsarbeiten vor (Betts 2005).

Experimentelle Analog-Studien, also mit nicht-klinischen Probanden wurden meist von behavioral orientierten Autoren durchgeführt; sie waren und werden wohl auch kein Interesse der Kunsttherapeuten auf sich vereinen können.

Was ist umstritten? Der Herausgeber eines Sammelbandes zu künstlerischen Therapien, Prof. Petersen, zog vor wenigen Jahren ein lakonisches Fazit "Gegenwärtig gibt es erhebliche Auseinandersetzungen in der Psychotherapieforschung; dieser Streit überträgt sich auch auf die Forschung in Künstlerischen Therapien" (2002, S.II). Nun, worüber wird derzeit in der Psychotherapie gestritten? Nicht mehr über die Frage, ob überhaupt Forschung notwendig ist. Wohl aber wird heftig über eine gegenstands-angemessene Forschung gestritten. Ist die Gleichsetzung von Psychotherapie mit einem Pharmakon hilfreich oder ist schon der Ansatz gegenstandsfremd, da in der Psychotherapie die Patient-Therapeut-Beziehung offenkundig der Träger von hilfreichen, Veränderung induzierenden Prozessen ist? Ist es angemessen, die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Methoden in artefakt-verdächtigen randomisierten, klinisch-experimentellen Studien nach zu weisen oder sind nur naturalistische Studien aussagekräftig, die die Praxisrelevanz einer Methode aufzeigen (Leichsenring & Rüger 2004)? Die künstlerischen Therapien sind in diesen berufspolitisch brisanten Auseinandersetzungen noch gar nicht vertreten. Heißt das nun, dass diese Therapieformen keinen Forschungsbedarf sehen, oder heißt das, dass ihre Vertretern die übliche Form von Therapieforschung nicht als gegenstands-angemessen sehen? Es ist ja vorstellbar, dass das Forschungskonzept der Kunst-Therapien so grundsätzlich verschieden konzipiert ist, dass es bislang nur selten im Horizont von professionellen Therapieforschern aufgetaucht ist. Dabei dürfte gegenwärtig wohl in jeder gut geleiteten psychiatrischen Klinik kunsttherapeutische Angebote vorgehalten werden, auch wenn es derzeit keine fundierten Vorstellungen zu haben sind, wie viel Kunsttherapie es denn nun sein sollte. Die Etablierung einer von der Psychiatrie weitgehend unabhängigen Psychotherapie sowohl im ambulanten

wie im stationären Versorgungssystem hat in der BRD die Entwicklung musischer Therapiemodalitäten gefördert. So hat Heyer schon 1951 auf den Lindauer Psychotherapiewochen über „Bildnerien aus dem Unbewussten“ gesprochen, und diese dann, wie auch die Musiktherapie, im „Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie“ (Hrg. Frankl, Gebattel, Schultz 1959) als künstlerische Verfahren gewürdigt. Die in den sechziger Jahre beginnende Etablierung stationärer psychotherapeutischer Einrichtungen schufen ein günstiges emotionales Umfeld für Förderung musischer Verfahren (Schepank & Tress 1988). Der in diesen Kliniken lange Zeit vorwiegend psychoanalytisch geprägte theoretische Bezugsrahmen lieferte deshalb auch die Sprach-Bilder für die Beschreibung kunsttherapeutischer Prozesse.

Ich zitiere dazu einen typischen Text einer Gestaltungstherapeutin aus einer angesehenen psychotherapeutischen Klinik:

„Gestaltungen können als *selbst steuerbare Probehandlungen* verstanden werden, als kreative Ich-Leistungen, über die das schwache Ich gestärkt werden kann. In ihnen werden innere und äußere Entwicklungsschritte geleistet. Symbole vermitteln in ganz ursprünglicher Art die Erfassung der Welt in individueller und kollektiver Form..... Auf der Ebene der bildlichen Darstellung gewinnen wir Einblicke in die Intensität von Gefühlen, unmittelbarer und direkter als dies nur über Worte möglich ist. Gestaltungen übernehmen die Funktion der Abbildung von Prozeßhaftem, wo innere Spannung über die Aktivität des Gestaltens und der Phantasie sichtbar gemacht wird und darüber verbalisiert werden kann. Außerdem ist das Bild oder die Tonfigur als *selbstgeschaffenes Gegenüber* anzusehen und daher geeignet, das Selbst zu spiegeln. Und so können Gestaltungen Regulativ für ein überzogenes Ich-Ideal und narzisstische Größenphantasien sein“ (Schattmayer-Bolle 1993, S. @).

Große Worte, die gelassen ausgesprochen werden. Vermutlich ließe sich ein ähnlicher Text finden, der aus der Feder einer Musiktherapeutin stammen

könnte.: „Musiktherapeutische Dialoge können als selbst-steuerbare Probehandlungen...usw „. Es ist also Klärungsbedarf vorhanden, der sich sowohl auf Grundlegendes als auch auf Anwendungspraktisches beziehen muss. Klinische Bemühungen um einen differentiellen Einsatz zeigen, dass durchaus ein Klärungsbedarf um den passenden Einsatz von musischen Therapien – Kunst- versus Musiktherapie - besteht (Janssen 1982).

Angesichts solcher Überzeugungen möchte man gerne wissen, ob denn klinisch tätige Kunsttherapeuten ein wie auch immer intuitives Konzept von Forschung haben? Stellen sie selbst Fragen, die nach einer wissenschaftlichen Methodik zur Beantwortung verlangen? Nun das hängt davon ab, wie man wissenschaftliche Methodik definiert. Allein die Vielfalt der Bezeichnungen für Kunsttherapie (Spreti et al. 2005) regt einen Außenstehenden an, kritisch nachzufragen, ob dieser eindrucksvollen Vielfalt ein ‚fundamentum in re‘ zugrunde liegt oder ob nur immer ähnliches mit immer neuen Bezeichnungen angeboten wird. Benannte Heyer (1959) die therapeutischen Bildnereien (angeblich) aus dem Unbewussten als „Künstlerische Verfahren“, so sprechen andere von „Klinischer Maltherapie“ (Wolf 1986); die Verfasser einer umfangreich orientierenden Übersicht ziehen den Begriff „Kunsttherapie“ (Spreti et al. 2005) vor. Ist es Bescheidenheit auf der einen Seite und Anspruch an Kunst auf der anderen? Ist die Bezeichnung „Gestaltungstherapie“, den Schattmayer-Bolle (1993) verwendet, passender, zweckmäßiger; deckt sie eher ab, was im therapeutischen Geschehen sich vollzieht? Hinwiederum stellt Schrode (1995) „Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie“ nebeneinander. Dient diese Vielfalt der Kennzeichnung unterschiedlicher Vorgehensweisen, für die z. B. auch differentielle Überlegungen vorliegen, oder ist sie Ausdruck einer „künstlerischen“ Freiheit?

Es ist es hilfreich, wenn über Forschung gesprochen werden soll, zwei Ziele zu unterscheiden: Es ist ein Ziel der klinischen **ER**-Forschung neue klinisch relevante Erkenntnisse zu gewinnen. Es ist das Ziel der systematischen

Forschung, diese Annahmen stringent zu überprüfen. Das ist vermutlich leichter gesagt als getan.

Systematische Überlegungen auch zu künstlerischen Therapieformen könnten das „Generische Model der Psychotherapie“ von Orlinsky & Howard (1987) nutzen :

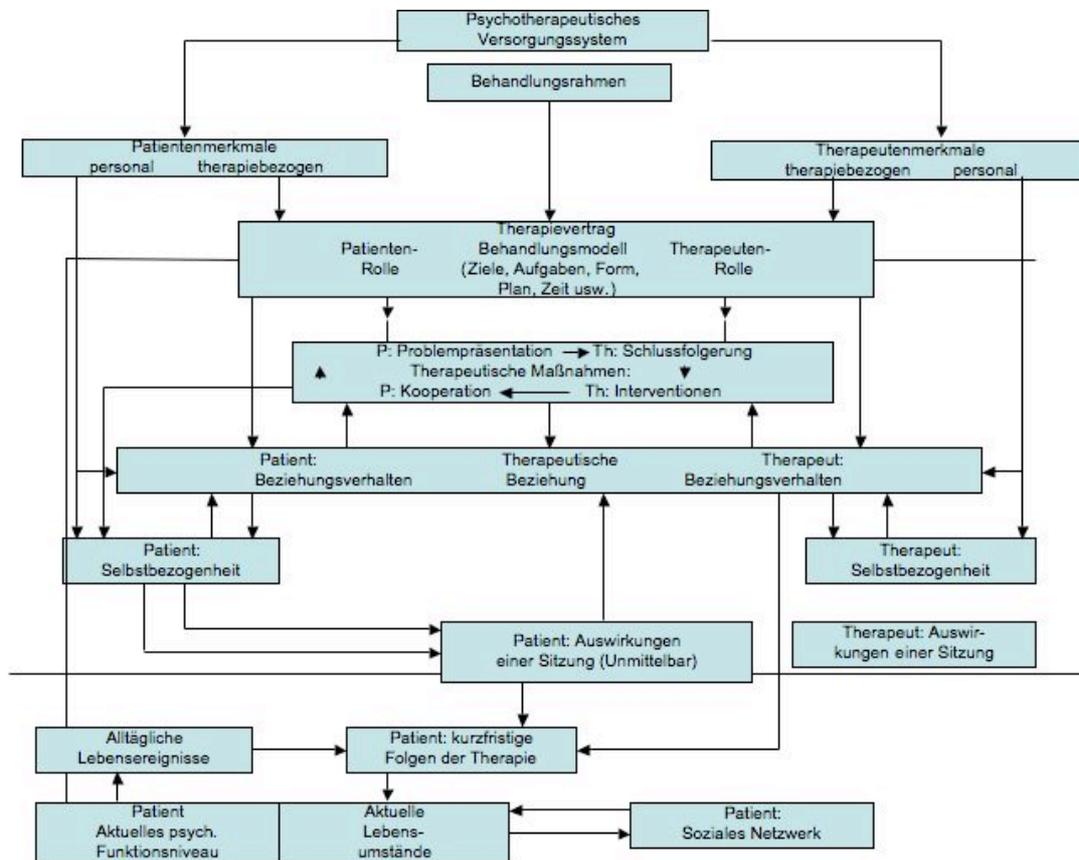


Abb. Das „Generic Model of Psychotherapy“

Dieses Modell nennt die Bestimmungsstücke, die für jede Form von Psychotherapie von konstitutiver Bedeutung sind¹. Es öffnet die Augen für die notwendigen Spezifikationen; d.h. es fordert auf, in detail die handlungsrelevanten Bestandteile zu benennen und ihre Funktionalität zu präzisieren. Dies sind zu allererst die kulturellen Muster, die eine Gesellschaft für psychotherapeutische Bemühungen vorzuhalten bereit ist. Es erzwingt über die Institutionen nachzudenken, die eine psychotherapeutische Situation vorhalten sollen – ob dies Volkshochschulen oder medizinische Settings sind,

¹ Als Beispiel empfehle ich unsere Analyse der japanischen Morita-Therapie mittels des Generic Models (Kusano et al. 2000)

ist nicht trivial. Es müssen die handelnden Personen spezifiziert werden, für die persönliche und aufgaben-orientierte Aspekte differenziert werden wollen. Erst dann werden therapeutische Angelegenheiten verhandelt, bei denen die Rolle der Arbeitsbeziehung genauso bedeutsam ist, wie die jeweilige therapiespezifische Arbeit. Ziel der Anwendung dieses Modells ist es, eine allgemein verständliche Bestimmung dessen zu vermitteln, was aus einer Therapie eine künstlerische Therapie werden lässt. Es wird daran deutlich, dass das therapeutische Geschehen keinesfalls nur von den Produkte, den Gestaltungen bzw. Bildern, handeln darf, sondern dass jede Kunsttherapie zuerst und vor allem eine tragfähige psychotherapeutische Situation herzustellen hat. Grawe's Überlegungen zu den Grundelementen einer solchen Allgemeinen Psychotherapie (1995) dürften auch dort von Bedeutung sein. Es wäre aufschlussreich nachzufragen, welchen qualitativen Merkmale und welchen quantitativen Umfang einer allgemein psychotherapeutischen Schulung die Ausbildungsgänge der künstlerischen Therapien aufweisen.

Es ist keine Besonderheit der Psychotherapie, sondern jeder praktischen Tätigkeit, - gilt also für Lehrer, Sozialarbeiter, Therapeuten gleichermaßen (Buchholz 1999) - dass die Arbeit des Einzelnen dann erst einen wissenschaftswürdigen Status erlangt, wenn der Einzelne seine Erfahrung in eine Referenzgruppe transportiert. Die Überzeugungen dieser Peer-Gruppe steuern diesen Erfahrungstransport und die daraus resultieren Überzeugung selektiv. Die narrative Struktur dieses Transfers erschwert eine nicht-systemimmanente Kritik, oder verhindert sie gar (Kächele 1990).

Dieses professionstheoretische Merkmal vergrößert den verständlichen, allzu menschlichen Narzissmus der kleinen Differenzen zeitweilig ins Riesenhafte. In diesem Sinne schreibt Jadi (2002): "Soweit wir die kurze Geschichte der künstlerischen Therapien rekonstruieren können, kommen (die Theorien) von Praktikern mit verschiedenstem Verallgemeinerungsniveau in der entsprechenden Empirireflexion. Sie (Therapeutinnen, A.d.V.) waren von der Nützlichkeit ihrer Taten und Untaten überzeugt...."(S.149).

Erste Schritte der Forschung

Was wären denn die Ausgangsmaterialien, die für eine kunsttherapeutische Forschungsaktivität zu erschaffen sind? Beginnen sollten solche Aktivitäten mit einer Dokumentation von Behandlungsberichten, die in einem allgemein zugänglichen Archiv verfügbar sein sollten. Protokolle des Therapeuten bzw. Aufzeichnungen des Patienten schliessen notwendigerweise die Erfassung des gestalterischen Materials; digitale Kameras und Speichermedien in allen Händen unterstützen diese Aufgabe.

Allein die Frage, wie zuverlässig Bilder aus der Maltherapie hinsichtlich formaler und inhaltlicher Kriterien beurteilt werden können (Eitel et al. 2008), stellt eine formidable Aufgabe dar.

Hierzu hat unsere Ulmer Kunsttherapeutische Studiengruppe jüngst ein Beispiel veröffentlicht:

Ziel der Untersuchung war den Grad der Übereinstimmung in der formalen Beurteilung von Bildern herauszufinden, die während einer kunsttherapeutischen Sitzung der Ulmer Psychosomatischen Tagesklinik entstanden sind. Dank der Kooperation mit der Nürtinger Hochschule für Kunsttherapie verwendeten wir das dort entwickelte Beurteilungsinstrument NBS (Elbing & Hacking, 2001)². Drei Gruppen von Beurteilern konnten wir für die Studie gewinnen: Studierende der Medizin (N=39), ambulante praktizierende Psychotherapeuten (N= 24) und Kunsttherapeuten (N= 32), die alle ein Bild aus der Therapiesitzung beurteilen sollten. Ohne Ihnen alle

² Although the interrater reliability of the NBS was somewhat lower than that of the SPAR, we decided to use this instrument because the anchor points of the SPAR seemed to leave too much room for interpretation (e.g., scale space, definition of highest value: intuitive awareness of space, endless space, or depth can be implied without loss of personal space, elements on the surface appear to have relationship in depth as well as in length and breadth). The criteria of the NBS were simpler (e.g., bright color) and were rated using a 4-point rating scale (ranging from does not apply to definitely applies).

The NBS was developed as a tracking instrument and should be able to demonstrate changes and developments during the art therapeutic process. However, it should also be suitable and reliable for an assessment at a single assessment point.

Einzelheiten dieser Studie vortragen zu wollen, ist das Fazit doch zum Nachdenken geeignet: Der Grad der Übereinstimmung zwischen Studierenden der Medizin, Psychotherapeuten und Kunsttherapeuten war nicht sehr hoch; mit anderen Worten: die Beurteilung formaler Bildeigenschaften scheint wie die Schönheit in den Augen des Beurteilers zu liegen. Allerdings fällt es nicht schwer, solche objektivistischen Ansätze zu kritisieren; auch in der Psychoanalyse wurde schon 1966 in einer Studie am Chicago Institute of Psychoanalysis festgehalten, dass Psychoanalytiker sich nicht auf Inhalt von präparierten Fallmaterial einigen können (Seitz 1966). Man könnte also sagen, dass Beurteilungen solcher Produkte nur im Kontext einer Beziehung zwischen Patient und Therapeut getätigt werden sollten – was einer objektivierenden Betrachtung schlicht jeden Boden entziehen würde.

Dann wäre zum Beispiel der Einsatz video-gestützter Interaktionsaufzeichnungen sinnvoll, die den Entstehungsprozess von Gestaltungen in der interaktiven Regulation wiedergeben. Auf der Basis solcher Dokumentationen könnte eine objektivierende Rekonstruktion der Therapieprozesse erfolgen, die als notwendige Grundlage eine Durchdringung des komplexen Feldes ermöglichen.

Die gern gestellte Gretchen-Frage „nützt es überhaupt etwas“ lässt sich relativ leicht durch etablierte Veränderungsfragebogen oder prä & post Sitzungs- Fragebögen beantworten (Saunders & Saunders 2000; Grolke et al. 2006).

Auch hierzu hat unsere Studiengruppe erst kürzlich berichtet. Drei Fragen sollten geklärt werden:

1. Welche kurzfristigen Auswirkungen hat die Kunsttherapie auf das körperliche und seelische Befinden der Patienten?
2. Wie kommt es zu den Bildern in der Kunsttherapie und welche Bedeutung haben sie für die Patienten? Erfasst werden sollten Inspiration, Vorsatz, Themen der Bilder und stimmungsmäßige Veränderung.

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

Die Studie teilt sich auf in einen quantitativen und einen qualitativen Teil. Im quantitativen Teil sollten das Befinden und die momentanen Beschwerden der Patienten direkt vor und direkt nach jeder Kunsttherapiestunde erfasst werden. Hierzu wurden die standardisierten Fragebögen Beschwerdeliste und zur Erfassung der momentanen Stimmung eine modifizierte deutsche Kurzfassung der „Profile of mood states“ (POMS) – die aktuelle Stimmungsskala (ASTS) - verwendet. Die Bögen wurden vor und nach jeder Kunsttherapiesitzung in der Gruppe ausgeteilt.

Die Einschätzung und das Erleben der Patienten wurde durch halbstandardisierte Interviews erfasst. Diese orientierten sich an Leitfaden, der aus offenen Fragen zum Bild, dessen Zustandekommen und Bedeutung für den Patienten, Bildinhalt, Farben, Symbolen, aber auch zur Therapiegruppe und dem Einfluss der anderen Therapien bestand. Fragen waren zum Beispiel: „Woher kam das Bild?“, „Wie geht es Ihnen mit dem Bild?“ „Was bedeuten die Farben?“, „Was hat Sie inspiriert?“ „Wie war die Interaktion mit der Gruppe?“ Die Auswertung geschah mit Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. In die Entwicklung des Leitfadens und der Kategorien für die Interviewauswertung wurden die Kunsttherapeuten einbezogen.

Untersucht wurden 26 konsekutive Patienten der psychosomatischen Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm. Das Therapieprogramm der Tagesklinik besteht aus einer Kombination von psychodynamisch orientierter oder verhaltenstherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie und Entspannungsverfahren. Die mittlere Verweildauer beträgt etwa 8 Wochen. Erfasst wurden in dieser Studie 21 Frauen und 5 Männer, das durchschnittliche Alter betrug 34 Jahre (Mittelwert 33,9 Jahre,

Standardabweichung 10,9 Jahre), wobei die jüngste Patientin 18 und die älteste 55 Jahre alt war. Im Schnitt wurden pro Patient während des Aufenthalts an der Tagesklinik 16 Bilder erstellt. Es wurden 104 Interviews mit insgesamt 15 Patienten (11 Frauen und 4 Männer) geführt. Mit diesen wurden auch Abschlussinterviews unter Zuhilfenahme aller angefertigten Bilder durchgeführt.

Die Patienten weisen die in jeder psychosomatischen Klinik vertretenen Diagnosen auf³.

Die Kunsttherapie wurde in Form einer Gruppentherapie in zwei Sitzungen pro Woche á 90 Min. durchgeführt. Zu Beginn der Sitzung gibt die Therapeutin eine kurze Einleitung und regt auch ein mögliches Thema an. Die Patienten sind aber frei, das zu malen, was sie möchten. Sie werden angehalten, bei sich zu schauen, was sie gerade beschäftigt und was sie ausdrücken möchten. Am Ende der Stunde werden die Bilder in der Gruppe besprochen. Die Patienten können etwas zu ihren Bildern und denen der anderen sagen, müssen es aber nicht. Die Erfahrungen der Kunsttherapeutin mit den Patienten aus der jeweiligen Gruppe gehen dann in die gemeinsame Besprechung mit dem Therapeutenteam ein. Die Patienten werden angehalten, jede Gestaltung mit dem Datum und einem Kommentar zu versehen. Dies ist sehr hilfreich, wenn die Bilder zu einem späteren Zeitpunkt oder am Therapieende nochmals betrachtet werden.

Die quantitativen Ergebnisse – durch standardisierte Bögen erhoben - zeigen allen Variablen einen positiven Verlauf; dh negative Stimmungen und körperliche Beschwerden reduzieren sich, die Stimmung wird positiver. Hier schlägt sich die Entwicklung der Patienten während der tagesklinischen Behandlung, von der die Kunsttherapie ein Teil ist, nieder. Die Vergleiche der Werte vor der Stunde zu nachher waren statistisch nicht signifikant,

³ Die größte Gruppe bildeten Patienten mit Essstörungen (7 Patienten, 27%), depressiven Störungen (6 Patienten, 23%), Angststörungen (6 Patienten, 23%), Persönlichkeitsstörungen (4 Patienten, 15%) und somatoformen Störungen (3 Patienten, 12%).

vermutlich liegt dies an den kleinen Stichprobe und den großen Standardabweichungen.

Durch die qualitativen Inhaltsanalyse konnte die klinisch wichtige Frage beantwortet werden, woher die Patienten die Idee für die von ihnen erstellten Bilder bekamen (siehe Tabelle 2). Die Inspiration kommt einerseits aus verschiedenen Therapien der Tagesklinik, aber auch aus den Patienten selbst kommt. Der innere Arbeitsprozess führt dazu, dass die Patienten sich stark mit sich selbst in den unterschiedlichen therapeutischen Settings beschäftigen. Eine weitere Frage war, ob die Patienten eigene Themen im Bild darstellen (Themen, die sie beschäftigen, die mit ihnen zu tun haben). Dies war bei 73% der Interviews in starkem Ausmaß, bei weiteren 11% in mäßigem Ausmaß der Fall. Die Frage, ob die Patienten sich selber auf den Bildern darstellten, verneinen die meisten (69% der Interviews), in 7% der Bilder stellten sie sich als eine Person, in weiteren 24% als Symbol dar. Dagegen wurden die Probleme der Patienten häufig symbolhaft dargestellt (Ausprägungen: stark 60%, mäßig 10%, kaum oder gar nicht 30%).

Als Ziel des Malens ergaben 41% der Interviews, dass die Patienten im wesentlichen Probleme ausdrücken wollten, 33% wollten ihrer Kreativität und den Emotionen Raum geben, 21% wollten sich entspannen und 4% wollten sich eher ablenken. Die Auswirkungen des Bildes und der Kunsttherapie bei den Patienten sind in Tabelle 4 dargestellt. Auch hier zeigt sich die besondere Bedeutung des Problemausdrucks, gefolgt mit Abstand von Entspannung und dem emotionalen Ausdruck. Interessant ist, dass das Bild bei ca. 10% auch zu einer Verwirrung führt. Zwei Drittel fühlten sich gut mit ihrem Bild, 22% hatten eine neutrale Beziehung, 11% fühlten sich schlecht.

Fazit für die Praxis

Eine unmittelbare Veränderung der Stimmung und der Beschwerden während einer Kunsttherapiesitzung war nicht nachweisbar; im Verlauf der tagesklinischen Behandlung einschließlich der Kunsttherapie kommt es aber zu einer Reduktion von körperlichen Beschwerden und einer verbesserten

Stimmung der Patienten. Die Inhalte der erstellten Bilder haben für die Patienten eine große Bedeutung, häufig werden in dieser Art der Kunsttherapie problematische, aktuelle Themen dargestellt. Inhalte aus anderen Therapien in der Tagesklinik finden sich auch in den Bildern wieder, die verschiedenen Therapien ergänzen einander. Eine besondere Möglichkeit der Reflektion des kunsttherapeutischen und des gesamten Therapieprozesses bietet eine gemeinsame Betrachtung und Besprechung der während der Kunsttherapie entstandenen Bilder.

Die Frage nach der 'richtigen' Beobachtungsmethode ergibt sich aus dem Ziel einer Untersuchung und aus der Natur des Gegenstandes und last not least aus den verfügbaren Ressourcen. Qualitative Analysen von Bild- und Interaktions-Beschreibungen scheinen auf den ersten Blick gegenstandsgemäßer. Allerdings, die sachkundige Erstellung von Dokumentationen ist nur eine Voraussetzung; deren detaillierende Analyse erfordert mehr Kompetenz als gemeinhin angenommen wird. Inwieweit der Vorschlag von McNiff (1998) speziellen einer 'art-based research' tragen kann, wäre - wie auch Kriz (2002, S.84) bemerkt - noch zu zeigen.

Aufgrund eigener klinischer Erfahrungen mit Mal- bzw. Kunsttherapie im stationären und tagesklinischen Bereich erscheint mir die Frage einer klinisch relevanten differentiellen Indikation ein Desiderat ersten Ranges zu sein. Nur festzustellen, dass jeder Mensch von einem kunsttherapeutischen Angebot profitieren kann – was durchaus zutreffen kann – ist unter den Bedingungen einer qualitativ hochwertigen und zugleich kosten-bewussten Krankenversorgung nicht ausreichend. Man möchte differenzierter informiert sein, welche Intervention wann bei welchem Patienten zu welchem Zeitpunkt seiner Behandlung eine begründete Indikation darstellt. Fragen, die sich einem für multi-modale Behandlung offenen Psychotherapeuten stellen, richten sich auf eine mögliche Interaktion von sog. verbaler Therapie mit sog.

nonverbaler Therapie, wohl wissend, dass diese vielfach etablierte Unterscheidung unsinnig ist. Zutreffend mag sein, dass der Gebrauch einer bildhaften Sprache in einer psychodynamischen Therapie den Zugang zu nicht-sprachlichem Erleben fördert (Bucci 1997); ob dies dann umstandslos auf das vorsprachlich erworbene Erfahrungswissen bezogen werden darf – eine Lieblingsfigur aller musischen Therapien – sei dahin gestellt. Führt dann die Einbeziehung bildhaftem Gestaltens zu einem Mehr an emotionalen Erleben, zu einem angemesseren Ausdruck von sprachlich noch nicht fassbaren Konflikterlebens? Ein Vergleich mit dem „Katathymen Bilderleben“ von Leuner (1990) müsste doch aufschlussreich sein, wo gezielt bildhaftes Material evoziert wird. Stigler & Pokorny (2001) haben deshalb Sitzungen mit und ohne evozierte Tagtraum-Bilder vergleichend untersucht. Wie unterscheidet sich dieses Bildern vom gestaltenden Bildern, wie differenziert sich passives Aktivieren von imaginiertem Bildern zum aktiven Hervorbringen? Das wären Fragen, die wissenschaftlich auch deshalb interessant sein dürften, da sie Grundlagenfragen der kognitiv-emotionalen Bildverarbeitung einbeziehen müssten.

Daneben stehen vielfältige therapie-praktische Fragen, die zu beantworten sind, wenn künstlerische Therapien einen festen Platz in der Behandlungsplanung haben sollen. Die methodischen Vorgehensweisen, die es erlauben, solche Fragen zu beantworten, sind geklärt – sie müssen in die Tat umgesetzt werden.

FAZIT

Reichhaltige klinische Erfahrungen können zu originellen Forschungsansätzen führen. Diese können eine Rückwirkung auf das klinische Handeln haben, und sei es nur durch eine Sensibilisierung für offene, ungeklärte konzeptuelle und empirische Fragen.

Bibliographie

- Benedetti G (1975) Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Vandenhoeck u Ruprecht, Göttingen
- Betts DJ. (2005) A systematic analysis of art therapy assessment and rating instrument literature. Dissertation of the Department of Art Education, Florida State University, School of Visual Arts and Dance
- Bucci W (1997) Psychoanalysis & cognitive science. The Guilford Press, New York
- Buchholz M (1999) Psychotherapie als Profession. Psychosozial Verlag, Giessen
- Dannecker, K. (2009) Vom Sinn der Sinne in der Kunsttherapie. In . R. Hampe, P. Martius, D. Ritschl, F. v. Spreiti and P. B. Stalder (Hg) Kunstreiz. Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien. Berlin, Frank & Timme, S 187-201.
- Eitel, K., L. Skzura, et al. (2008). Do you see what I see? A study about the interrater reliability in art therapy. Psychotherapy Research 18: 216-224.
- Frankl VE, Gebattel V Freiherr von, Schultz JH (Hrsg) (1959) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Band 1-5. Urban & Schwarzenberg, München
- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130-145
- Gruber H (2002) Ausgewählte Aspekte zu Forschungsansätzen in der Kunsttherapie unter besonderer Berücksichtigung der Systematischen Bildanalyse. In: Petersen P (Hrsg) Forschungsmethoden künstlicher Therapien. Mayer, Stuttgart, S 271-285
- Gulke N, Bailer H, Stähle S, Kächele H (2006) Evaluation eines maltherapeutischen Angebots für onkologische Patienten in einem Akutkrankenhaus - Eine Pilotstudie. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 17: 21-29
- Heyer GR (1951) Bildnereien aus dem Unbewußten. Lindauer Psychotherapiewoche: 26-33
- Heyer GR (1959) Künstlerische Verfahren. Bildnerereien aus dem Unbewußten. In: Frankl VE, Gebattel V Freiherr von, Schultz JH (Hrsg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie: Band 4. Urban & Schwarzenberg, München S. 278-289
- Jadi F (2002) Gibt es eine Grundlagenwissenschaft der Kunsttherapie? In: Petersen P (Hrsg) Forschungsmethoden künstlicher Therapien. Mayer, Stuttgart, S 148-177
- Janssen P (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im

- Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psyche - Z Psychoanal* 36: 541-570
- Kächele H (1990) Welche Methoden für welche Fragen ? In: *Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Materialien aus dem Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt*, S 73-89
- Kächele H (2005) Kunsttherapie und Forschung - wie Hund und Katz. Perspektiven Materialien Methoden Design. In: Sprei F von, Martius P, Förstl H (Hrsg) *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. Urban u. Fischer, München - Jena, S 23-30
- Kächele, H. (2006) Wirkungsnachweise - Das Bessere ist der Feind des Guten. *PsychotherapeutenJournal* 5: 140.
- Kriz J (2002) Kritische Reflexionen über Forschungsmethoden in den Künstlerischen Therapien. In: Petersen P (Hrsg) *Forschungsmethoden künstlicher Therapien*. Mayer, Stuttgart, S 69-94
- Lambert MJ (Hrsg) (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York Chichester Brisbane 5. Auflage
- Leichsenring F, Rüter U (2004) Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? *Zsch Psychosom Med Psychother* 50: 203-217
- Leuner HC (1990) *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Huber, Bern/ Stuttgart
- McNiff S (1998) *Art-Based Research*. Jessica Kingsley, London
- Orlinsky D, Howard KI (1988) Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281.
- Petersen P (Hrsg) (2002) *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien*. Mayer, Stuttgart
- Plecity, D. M., A. Danner-Weinberger, et al. (2008). "Die Auswirkungen der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten - Eine quantitative und qualitative Analyse." *Psychoth Psych Med* DOI 10.1055/s-2008-1067573.
- Schattmayer-Bolle K (1993) Die Bedeutung der Gestaltungstherapie bei eßgestörten Patientinnen. In: Schmidt G, Seifert T, Kächele H (Hrsg) *Stationäre analytische Psychotherapie Zur Gestaltung polyvalenter Therapieräume bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie*. Schattauer, Stuttgart, S. 128-148
- Saunders, E. and J. Saunders (2000) Evaluating the effectiveness of art therapy through a quantitative, outcome- focused study. *Arts in psychotherapy* 27: 99-106.
- Schepank H, Tress W (Hrsg) *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*.

Springer, Berlin Heidelberg New York

Schrode H (1995) Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Regression und Progression im Verlauf einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Seitz, P. (1966). The consensus problem in psychoanalysis. Methods of research in psychotherapy. L. A. Gottschalk and A. H. Auerbach. New York, Appleton Century Crofts: 209-225.

Spreti F von, Martius P, Förstl H (Hrsg) (2005) Kunsttherapie und psychische Störungen. Urban u. Fischer, München

Stigler M, Pokorny D (2001) Emotions and primary process in guided imagery psychotherapy: computerized text-analytic measures. Psychotherapy Research 11: 415-431

Wolff S (1986) Klinische Maltherapie. Springer, Berlin